

TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD

Un análisis de la intervención en México



Belinda Espinosa Cazarez
Jesús Enrique Quevedo Bueno
Nora Hilda Fuentes León
Coordinador (as)



TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD

Un análisis de la intervención en México

Belinda Espinosa Cazarez
Jesús Enrique Quevedo Bueno
Nora Hilda Fuentes León
Coordinador (as)



Primera Edición: noviembre de 2022

© 2022 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.
ISBN: 978-607-99427-5-5

Universidad Autónoma de Sinaloa
Universidad Veracruzana

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

Portada: Belinda Espinosa Cazarez y Martin Castro Guzmán

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
Primer apartado: Intervención Profesional del Trabajo Social	
Intervención profesional del trabajo social ante el Covid-19 en el sistema hospitalario. <i>Olegario Sánchez Angulo</i> <i>Luz Mercedes Verdugo Araujo</i>	19
De lo Multidisciplinar a lo Transdisciplinar. Participación de Trabajo Social Psiquiátrico en el equipo de la Clínica de Trastornos del Espectro Obsesivo Compulsivo en México. <i>María Teresa López Jiménez</i>	38
Intervención del Trabajo Social en una organización hospitalaria: caso hospital de la mujer <i>Marisela Rivera Montoya</i> <i>Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera</i>	63
Ideación Suicida: Identificar un modelo de intervención del trabajador social en pacientes adolescentes con ideación suicida que acuden al Hospital General Francisco I. Madero <i>María del Carmen Flores Ramírez</i> <i>Porfiria Calixto Juárez</i> <i>Guillermina de la Cruz Jiménez Godínez</i>	89
Análisis de la intervención de trabajo social en adolescentes embarazadas menores de 16 años en el ÓOAD DF Norte del IMSS <i>Adriana Pérez León</i> <i>Fabiola Yetzebal Ángeles García</i>	113
Segundo apartado: Género, Familia y Exclusión de la Salud	
Triple presencia femenina e ideación suicida: en el contexto de la pandemia por COVID-19. <i>Belinda Espinosa Cazarez</i> <i>Cindy Margarita López Murillo</i> <i>Guadalupe Lizeth Serrano Ponce</i>	149
Exclusión a la salud desde una perspectiva de género en el módulo de mujeres privadas de la libertad en el centro penitenciario de Aguaruto, Culiacán. <i>Nadia Lizeth Montaña Lugo</i>	170

Padres diagnosticados de cáncer y los efectos colaterales en la familia. <i>Mireya Patricia Arias Soto</i> <i>Jesús David Amador Anguiano</i> <i>Ma. Gregoria Carvajal Santillán</i>	184
Participación comunitaria de las mujeres mayas en la promoción de medicina tradicional, en Maní, Yucatán <i>Jessica Nayeli Be Canul</i> <i>Martín Castro Guzmán</i>	211
Tercer apartado: problemas de salud generados por la pandemia	
Obesidad infantil: percepción corporal en escolares durante la pandemia de Covid 19. <i>María Natividad Ávila Ortiz</i> <i>Ana Elisa Castro Sánchez</i> <i>Georgina Mayela Núñez Rocha</i>	242
Resistencias Sociales frente a los discursos Gordofóbicos en una comunidad virtual. <i>Martín Olvera Ramírez</i> <i>Leonor Tereso Ramírez</i>	259
Conductas Alimentarias de Riesgo en Jóvenes Universitarias de licenciatura en Trabajo Social durante el Pandemia Covid-19. <i>Sandra Rubí Amador Corral</i> <i>Luz Alejandra Escalera Silva</i> <i>María de Lourdes Hernández Escalante</i>	277
Constitución física y alimentos que consume el estudiantado de educación superior del Campus V del Instituto Campechano. <i>María Eugenia López Caamal</i> <i>María Concepción Ruiz de Chávez Figueroa</i> <i>América Nigte Ha Quime Canul</i>	293
Estrategias desarrolladas por las familias durante la pandemia. <i>María Eugenia Perea Velázquez</i> <i>Ma. Teresa Ortiz Rodríguez</i> <i>Ana Helene Sandoval González</i> <i>Miriam Guadalupe Castillo Martínez</i>	312

Introducción

La intervención del profesional en trabajo social se ha ido transformando de acuerdo con los retos y desafíos que enfrenta en su dinámica diaria en los diversos campos y áreas de actuación profesional; para el caso del área de la salud, las adecuaciones se han dado de diversas maneras, sobre todo, cuando se enfrentan situaciones de crisis que han innovado los procesos de intervención, que a su vez simplifican la especificidad del trabajo social. En la actualidad los problemas del área de la salud se han acentuado por la pandemia Covid-19 que ha provocado situaciones al límite de la población en general, donde podemos observar cambio en la conducta, resistencias sociales, obesidad infantil, salud mental, familias, embarazo en adolescentes, enfermedades, transformaciones de la cotidianidad, ideación suicida, triple presencia, exclusión del sistema de salud y la fragmentación del sistema de salud que visibiliza la falta oportuna de políticas públicas que respondan a los nuevos contextos y a las necesidades apremiantes de la población.

En este escenario, donde surgen una diversidad de problemas sociales que dan sentido a las intervenciones innovadoras, creativas y reflexivas desde la triada: la teoría, la metodología y la práctica del trabajador social; para profundizar en esas problemáticas, en este libro se presentan trece capítulos divididos en tres apartados. El primer apartado aborda la *Intervención Profesional del Trabajo Social* y se conforma por cinco capítulos.

El primer capítulo, Sánchez Angulo y Verdugo Araujo, abordan el tema de la “*Intervención profesional del trabajo social ante el Covid-19 en el sistema hospitalario*”, donde exponen el acercamiento de la población a las nuevas realidades sociales que se generaron por la pandemia de Covid-19 y las transformaciones en la cotidianidad de millones de personas por el distanciamiento y confinamiento social como medidas de contención y fragmentación de las relaciones sociales, familiares e institucionales a nivel mundial.

En el segundo capítulo López Jiménez analiza el tema “*De lo Multidisciplinar a lo Transdisciplinar. Participación de Trabajo Social Psiquiátrico en el equipo de la Clínica de Trastornos del espectro Obsesivo Compulsivo en México*”, en el cual describe como

tradicionalmente a la disciplina de Trabajo Social en México se le ubica como una profesión encargada de las evaluaciones socioeconómicas, las referencias y la gestión de apoyos sociales de los usuarios dentro del sistema de las instituciones públicas; esta conceptualización, se desprende de los orígenes y la historia del Trabajo Social. El estudio busca describir el proceso de inserción de Trabajo Social Psiquiátrico en una subespecialidad de la psiquiatría: La Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro (TOC y Te), del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

En el tercer capítulo Rivera Montoya y Zúñiga Rivera, abordan el tema “*Intervención del trabajo social en una organización hospitalaria: caso Hospital de la Mujer*” donde evidencian desde el paradigma cualitativo las características de la intervención que realizan las trabajadoras sociales en este campo profesional. Cabe señalar que para dicha investigación se apoyaron del análisis de discurso e interaccionismo simbólico para sus hallazgos, con el uso de técnicas de la observación, entrevista a profundidad y grupos focales.

Flores Ramírez, Calixto Juárez y Jiménez Godínez, en el cuarto capítulo analizan el tema de la “*Ideación Suicida: Identificar un modelo de intervención del trabajador social en pacientes adolescentes con ideación suicida que acuden al Hospital General Francisco I. Madero*” en el cual enfatizan la importancia de identificar la *conducta suicida* como un fenómeno complejo que resulta difícil de definir y delimitar, para ello señalan que es importante saber diferenciar entre un acto y una conducta suicida. La población que se tomó en cuenta para su estudio fueron los adolescentes de 12 y 18 años que acudieron a recibir atención médica en el Hospital General Francisco I. Madero, utilizando una muestra por conveniencia.

En el quinto capítulo Pérez León y Ángeles García presentan el tema “*Análisis de la intervención de trabajo social en adolescentes embarazadas menores de 16 años en el ÓOAD DF Norte del IMSS*” donde abordan a las adolescentes en situación de embarazo, las cuales presentan necesidades específicas, además de las biológicas, por su vulnerabilidad contextual de su cotidianidad que se reflejan en su proyecto de vida. Asimismo, exponen que, en las instituciones de salud, las trabajadoras sociales a través de una metodología específica, brinda acciones de educación con el propósito de mejorar la calidad de vida de las adolescentes. En el estudio se busca analizar los instrumentos de

investigación aplicados por Trabajo Social para identificar la intervención social y la congruencia del diagnóstico social con el plan de tratamiento. Se trata de un estudio observacional, retroactivo, transversal, integrado por 31 Estudios Sociales Médicos realizados en el año 2021, los cuales son evaluados mediante un instrumento de elaboración propia, realizando el análisis de resultados con estadística descriptiva e inferencial.

El segundo apartado *Género, Familia y Exclusión de la Salud*, está integrado por cuatro capítulos, en el primero Espinosa Cazarez, López Murillo y Serrano Ponce, presentan el tema “*Triple presencia femenina e ideación suicida: en el contexto de la pandemia por covid-19*” donde describen los efectos de la triple presencia femenina: el trabajo remunerado, el trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de los hijos de manera simultánea y la ideación suicida durante la pandemia por Covid-19; variables del estudio que fueron analizadas a través de una metodología con enfoque cuantitativo, descriptivo y no probabilístico, con una muestra de 156 mujeres de 18 a 59 años a nivel nacional, por medio de diferentes redes sociales como Instagram, Facebook y Whatsapp, con un formulario de escala de Likert en Google.

El segundo capítulo de este apartado, Montañó Lugo aborda el tema “*Exclusión a la salud desde una perspectiva de género en el módulo de mujeres privadas de la libertad en el centro penitenciario de Aguaruto, Culiacán*” en el que describe las situaciones de exclusión a la salud y las condiciones desiguales de reclusión que enfrentan las mujeres privadas de la libertad del módulo femenino del Centro Penitenciario de Aguaruto, Culiacán, Sinaloa; desde la perspectiva de género y desde la mirada del trabajo social analiza la problemática de la exclusión a la salud de las mujeres, desde las categorías teóricas de exclusión social, pobreza y género. Esta investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, teniendo en consideración el método fenomenológico y utilizando la historia de vida como técnica cualitativa. Sin embargo, también se utilizó una técnica cuantitativa, que permitió caracterizar a las mujeres que actualmente se encuentran privadas de la libertad en el Centro Penitenciario de Aguaruto.

El tercer capítulo del segundo apartado Arias Soto, Amador Anguiano y Carvajal Santillán, presentan el tema los “*Padres diagnosticados de cáncer y los efectos colaterales en la familia*” en el que exponen las diversas dificultades que enfrenta la familia ante una

de las enfermedades más comunes, el problema del cáncer por alguno de los integrantes de la familia, debido a que existen diversos factores de riesgo que aumentan las posibilidades de padecerlo. Los efectos del cáncer varían de una persona a otra. Para algunos pacientes, enfrentar los desafíos del cáncer junto a su familia, fortalecen su relación. Para otras, el estrés del cáncer puede generar problemas nuevos o empeorar los existentes. El objetivo de esta investigación fue el analizar los efectos colaterales en la familia cuando uno de los progenitores es diagnosticado de cáncer, así como describir los efectos ocasionados en la familia a raíz de la detección del cáncer en uno de los progenitores.

En el cuarto capítulo, Be Canul y Castro Guzmán, abordan el tema de la “*Participación comunitaria de las mujeres mayas en la promoción de medicina tradicional, en Maní, Yucatán*”, donde analiza el tema de la Medicina Tradicional (MT), la cual se ha utilizado durante varios siglos atrás, como un medio para afrontar los problemas de salud enfermedad, desde la prevención, curación o tratamiento de una diversidad de enfermedades, tanto físicas, como psicosomáticas. Esta medicina, debido a las múltiples aportaciones que ha tenido hacia el bienestar humano, ha alcanzado una aceptación cultural al paso de los años, incluso actualmente en las comunidades mayas del estado de Yucatán, las personas siguen confiando en su efectividad.

En este tercer apartado *Obesidad Infantil, Conductas Alimentarias, Gordofobia y Constitución Física*, está compuesto por cinco capítulos; en el primero Ávila Ortiz, Castro Sánchez y Núñez Rocha abordan el tema de la “*Obesidad infantil: percepción corporal en escolares durante la pandemia de Covid-19*”, en el cual señalan que durante la pandemia por Covid-19, las niñas suelen percibir en mayor porcentaje las figuras que corresponden a bajo peso y obesidad en comparación con los niños. Asimismo, señalan que el sobrepeso y la obesidad es mayor en comparación a los últimos datos nacionales reportados la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020. Entre los resultados, se destaca que el 46.7% presenta malnutrición, ya sea por bajo peso, sobrepeso u obesidad.

En el capítulo dos del tercer apartado, Olvera Ramírez y Tereso Ramírez, abordan el tema de las “*Resistencias sociales frente a los discursos gordofóbicos en una comunidad virtual*” donde se expone en primer lugar la consideración política de los discursos hacia la obesidad y la gordofobia y el activismo mediante comunidades virtuales; desde

una revisión documental describen teóricamente los discursos gordofóbicos.

En el capítulo tres, Amador Corral, Escalera Silva y Hernández Escalante presentan el tema de “*Conductas alimentarias de riesgo en jóvenes universitarias de licenciatura en trabajo social durante la pandemia Covid-19*”, en la que describen la relación que tiene la alimentación con situaciones estresantes o difíciles de la vida, como lo fue el caso de la contingencia por Covid-19, por distanciamiento social y confinamiento en el hogar que dieron como resultado que algunos grupos de la población, particularmente en situaciones relacionadas a la alimentación se generarn conductas alimentarias de riesgo (CAR).

En el cuarto capítulo López Caamal, Ruiz de Chávez Figueroa y Quime Canul, exponen el tema “*Constitución física y alimentos que consume el estudiantado de educación superior del campus v del instituto campechano*” en el que señalan el compromiso que tienen las Instituciones de Educación Superior para coadyuvar en la promoción de una alimentación saludable, que incorpore acciones en el control del peso conforme a los estándares y normativas de la organización mundial de la salud.

En el último capítulo Perea Velázquez, Ortiz Rodríguez, Sandoval González y Castillo Martínez, abordan el tema de las “*Estrategias desarrolladas por las familias durante la pandemia*” en las que exponen que las medidas aplicadas por la contingencia sanitaria del Covid-19, implicó el aislamiento social con el cierre de lugares de trabajo, escuelas, cancelación de eventos sociales y actividades grupales, la obligación del uso de cubrebocas, el lavado de manos y el uso de desinfectante; estas medidas trajeron consigo efectos secundarios de carácter familiar, económico, sanitario, social y cultural que han venido a recrudecer los problemas estructurales: pobreza, desempleo, violencia social, desigualdad y exclusión social.

Los temas expuestos en este último apartado resultan relevantes para el trabajo social; en este sentido la mirada de los investigadores en trabajo social recupera las ideas de percepción corporal, gordofobia y los discursos de este tipo en comunidades virtuales, conductas alimentarias riesgosas; mismas que conllevan a otros problemas como la discriminación en el aspecto social. Asimismo, es pertinente notar que algunos de estos trabajos se desarrollaron en entornos de

confinamiento por Covid-19, lo que llevó a los investigadores a observar estos temas con una nueva perspectiva.

En cuanto al enfoque de los trabajos son en su mayoría cuantitativos, aunque también se abordan aspectos cualitativos. Podemos apreciar que en cuanto a la población objetivo encontraremos que en su mayoría son jóvenes y niños, algunos de ellos estudiantes de trabajo social y otros más son personas que conviven en espacios virtuales con algunas afinidades entre ellos.

Los resultados de estas investigaciones dan muestra de la importancia de la cultura alimentaria en nuestra sociedad, la necesidad de revisar los factores implícitos en conceptos como obesidad, sobrepeso, el discurso gordofóbico y la percepción que se tiene del cuerpo. Para ello el trabajo social es un elemento que debe estar presente en la revisión de esta problemática para promover y generar entornos adecuados para una mejor cultura alimentaria pero también para indagar los elementos que la generan. La investigación de las conductas alimentarias debe abordarse de manera multidisciplinaria, ya que, si bien la salud es muy importante, también lo son los factores psicológicos, sociales y culturales que repercuten en la forma de alimentarse de cada individuo.

En este sentido, los aportes contribuirán a que el Trabajo Social reflexione y proponga nuevas ideas para las próximas intervenciones desde la perspectiva de salud. En general este libro conjuga reflexiones de diversas problemáticas sociales con lo que nuestra disciplina marca desafíos y retos en la contemporaneidad desde sus diversos ámbitos de acción y específicamente en los servicios de salud y la especificidad del quehacer del profesional, el cual convoca a replantear teorías desde el ámbito académico y práctico del trabajador social para fortalecer de fundamentos teóricos, prácticos y metodológicos que permitan el impacto de alternativas de solución de manera innovadora, creativa y teórica.

*Belinda Espinosa Cazarez
Jesús Enrique Quevedo Bueno
Nora Hilda Fuentes León*

Primer Apartado

Intervención Profesional del Trabajo Social

Intervención profesional del trabajo social ante el Covid-19 en el sistema hospitalario

Olegario Sánchez Angulo¹
Luz Mercedes Verdugo Araujo²

Resumen

La pandemia de Covid-19 generó nuevas realidades sociales; transformando la cotidianidad de millones de personas ya que el distanciamiento y confinamiento social como medidas de contención, fragmentaron las relaciones sociales, familiares e institucionales a nivel mundial. La emergencia sanitaria mostró que se cuenta con un sistema de salud fragmentado y que los profesionales de la salud no estaban preparados para atender esta problemática actuando de manera rápida con recursos limitados. Precisamente, los trabajadores sociales en el ámbito de la salud tuvieron que actuar con metodologías tradicionales ante la ausencia de protocolos de atención. Debido a lo anterior, este trabajo tiene como objetivo analizar la intervención profesional del Trabajo Social en la primera línea de atención de Covid-19 en el sistema hospitalario. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo de análisis documental, donde se abordan cómo fueron las intervenciones profesionales en el campo de la salud en diversos contextos, buscando recuperar todo el bagaje teórico y práctico. Esta investigación visualiza la intervención como “una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objetivo desencadenar procesos de cambio social” (Tello, 2008, p. 7). Necesariamente, el escenario

¹ Maestrante en Trabajo Social de la Facultad de Trabajo Social Mazatlán de la Universidad Autónoma de Sinaloa

² Profesora Investigadora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

social abre nuevas áreas de análisis en el campo de la investigación en salud, generando modelos alternativos de intervención. Las experiencias adquiridas aportan a la solidez de la especificidad profesional de la disciplina, que trascendió su intervención tradicional asistencial hacia nuevas intervenciones emergentes: manejo de situaciones de crisis; gestión social; acompañamiento tanatológico y creación de redes virtuales de atención por medio de las nuevas tecnologías.

Introducción

Las políticas de salud tradicionalmente han buscado mejorar las condiciones de salud de las personas otorgándoles acceso al sistema de seguridad social, abordando a la salud como un derecho humano. El acceso a la salud es un derecho universal, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un derecho fundamental de todo ser humano, que se debe ejercer sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición (OMS, 2017). Bajo esta premisa, el Estado está obligado a garantizar, desde todos sus niveles jerárquicos de responsabilidad social y política, el acceso a la salud como un derecho inalienable, oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención a la salud de calidad a sus gobernados a través de instituciones hospitalarias en condiciones estructurales y de equipamiento óptimos. Sin embargo, la realidad de las instituciones sanitarias no responde a las necesidades y demandas de atención que los ciudadanos solicitan y merecen.

El Sistema Nacional de Salud en México, tanto en el sector público como privado, enfrenta problemáticas diversas en su objetivo institucional de garantizar el derecho humano, universal y constitucional de acceso a la salud en condiciones de igualdad, dignidad y respeto a la sociedad mexicana. En este sentido, Gómez, et al (2011), coinciden que el Sector Salud funciona de manera fragmentaria, con estructuras burocratizadas carentes de personal suficiente y necesario. En consecuencia, la lentitud en la capacidad de respuesta a los servicios solicitados es una constante, en detrimento de la atención inmediata y eficaz que demandan los derechohabientes de las instituciones del

Sistema Nacional de Salud, al que se encuentran integrados los hospitales del país.

Debido a lo anterior las estructuras hospitalarias están obligadas a prestar una atención de calidad, oportuna y digna. En un proceso progresivo de mercantilización de la salud, la intervención profesional de los grupos multidisciplinarios de atención a la salud en general, y de los trabajadores sociales en particular, se realiza a través de procesos de atención burocratizados e ineficientes. Este escenario quedó evidenciado ante la contingencia Sanitaria de Covid-19 que demostró que el Sistema de Salud no estaba preparado para atender esta emergencia mundial ni contaba con la infraestructura para la demanda de millones de personas afectadas.

El covid-19 fue declarado pandemia mundial el 11 de marzo de 2020, impactando en la cotidianidad de las personas. La enfermedad se ha esparcido de manera inmediata por la facilidad de su trasmisión, la letalidad del virus y el mundo interconectado en el que se vive. A dos años del primer caso registrado a nivel mundial, se han registrado 535 millones 248 mil 141 casos confirmados y han fallecido 6 millones 613 mil 229 personas por Covid-19. En el mismo periodo de tiempo, en México se han confirmado 5 millones 852 mil 596 casos, con 325 mil 340 defunciones (Dirección General de Epidemiología, 2022). En el estado de Sinaloa se contabilizan 129 mil 517 casos, con 9 mil 881 fallecidos, a causa del virus SaersCov2 causante de la pandemia de Covid-19 (SSA Sinaloa 2021).

Los datos estadísticos muestran cómo las cifras siguen en aumento, los hospitales podrían saturarse nuevamente, para otorgar atención a personas contagiadas. En el contexto histórico inmediato, ante el surgimiento de la pandemia de Covid-19 y sus consecuencias políticas, sociales, económicas y culturales, los procesos de atención a la salud en las instituciones tanto públicas como privadas, se han diversificado. En consecuencia, la intervención profesional de los grupos multidisciplinarios en el área de la salud en general ha experimentado nuevas realidades y, desde su especificad profesional, la intervención del Trabajo Social no es la excepción.

En tiempos de pandemia, ante personal insuficiente, falta de capacitación profesional e insumos inapropiados, las y los trabajadores sociales del sector salud priorizaron la atención directa, holística y humana de los pacientes enfermos y sus familiares, sobre la diversidad

de su responsabilidad administrativa. Sin embargo, aún después del cambio en la política pública en el sector, la intervención profesional de Trabajo Social se circunscribe a la reiteración de un conjunto de mecanismos institucionales, tendientes a mantener el estado de cosas en el funcionamiento de las instituciones de la que forma parte.

Proceso metodológico

El presente estudio es de tipo exploratorio-descriptivo basado en un análisis documental, donde se abordan cómo fueron las intervenciones profesionales en el campo de la salud en diversos contextos, buscando recuperar todo el bagaje teórico y práctico desde el enfoque teórico de la teoría de sistemas. Así, el análisis documental se define como una investigación;

“técnica, un conjunto de operaciones intelectuales, que buscan describir y representar los documentos de forma unificada y sistemática para facilitar su recuperación. Comprende el procesamiento analítico-sintético que, a su vez, incluye la descripción bibliográfica y general de la fuente” (Dulzaides y Molina, 2004, p. 2).

Este análisis permite clasificar, anotar, extraer, traducir y confeccionar reseñas de un conjunto de documentos identificados dentro de un tiempo y espacio sociohistórico, con relación a uno o varios temas de interés particular o colectivo. Su centro de interés es la producción documental generada diariamente. Sobre ella, el investigador asume una posición a fin de asimilar y organizar un conjunto de fuentes bibliográficas y por medio de un lenguaje social aceptable, organizarlas para facilitar su utilidad. Por tanto, para Trabajo Social el análisis documental permite construir conocimiento científico específico, para generar aproximaciones e interpretaciones de la realidad social.

La transición epidemiológica de México: Un bosquejo

La salud y la enfermedad, más allá de cualquier conceptualización, son dos condiciones convergentes en el concepto de un perfil epidemiológico, considerando que su elaboración, es eminentemente

descriptiva, relativo al estado de salud de una determinada comunidad; permite delimitar tanto el estado de salud como la carga de enfermedad de esta. Para la Secretaría de Salud (SSA), en el binomio Salud-Enfermedad, la salud es parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medio ambientales y sociales. Generalmente, se entiende a la enfermedad como la pérdida de la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel (SSA, 2021).

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al Perfil Epidemiológico como: “la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida”. Por tanto, la trascendencia de atender los resultados de un perfil epidemiológico sobre las enfermedades que aquejan a los mexicanos debió atenderse de manera efectiva, desde antes de la irrupción de pandemia de Covid-19.

Desde principios del siglo XX, en México se han manifestado transformaciones trascendentes en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, aunadas a los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales y culturales, paralelos al avance en la atención a la salud, modificando el perfil epidemiológico de los mexicanos; generándose “un fenómeno identificado como transición epidemiológica” (Peralta, 2018, p 2). Este proceso permite determinar las características relativas a la prevalencia de la enfermedad o muerte de la población mexicana. Expresa las causas socio históricas por las cuales morían, mueren o moriremos en México.

En esta transición epidemiológica las enfermedades infectocontagiosas, consideradas la primera causa de mortalidad en el país, fueron desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas, a saber: hipertensión, cáncer y diabetes. Esta última, por sí sola, es causa de altos índices de mortalidad en el país; o bien, consecuencia de otros males, como la obesidad y el sobrepeso. En la actualidad, todas estas enfermedades y sus consecuencias se presentaron como comorbilidades al virus SarsCov2 causante de la pandemia de Covid-19.

Para la primera mitad del siglo pasado, el país padecía los riesgos epidemiológicos propios de una sociedad caracterizada por un manejo precario en sus condiciones de higiene, hacinamiento, esquemas

truncos de vacunación y baja calidad en el agua de consumo humano, entre otras condiciones de vulnerabilidad sanitaria, las cuales a través de la urbanización, el desarrollo social y los avances tecnológicos, han mejorado, contribuyendo a transformar éstas condiciones de vida; dando paso a nuevos riesgos (además de la violencia), tales como el consumo de tabaco, drogas, estrés y sedentarismo, aunado al consumo indiscriminado de la llamada “comida chatarra”, por su alto contenido calórico.

De esta manera, mientras en el siglo XX prevalecían las muertes por enfermedades infecciosas transmisibles como paludismo, difteria, fiebre amarilla, tos ferina y tuberculosis, entre otras; el sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y colesterol elevado, son factores de riesgo que elevan la carga global de la enfermedad; y que en sí mismos han degenerado en enfermedades crónico degenerativas, también conocidas como no transmisibles, causantes de las enfermedades y muertes en la sociedad mexicana del siglo XXI. La pandemia de Covid-19 evidenció los altos índices de mexicanos enfermos, agravados y fallecidos tras padecer la enfermedad de Covid-19, por sufrir enfermedades crónico-degenerativas.

En la Era de la información y las nuevas tecnologías, la inmediatez en el procesamiento, uso y divulgación de contenidos digitales dirigidos a un conglomerado de individuos heterogéneo y geográficamente disperso suprimió las fronteras económicas, sociales y culturales en la sociedad globalizada. Las relaciones interpersonales modificaron la conducta colectiva, caracterizada por el individualismo, el materialismo, el consumismo y el hedonismo social. Estos cambios de convivencia familiar, grupal y colectiva, “han sido identificados por distintos autores con metáforas de sociedad del riesgo, sociedad global, sociedad cosmopolita, sociedad red, y están también reconocidos en la modernidad líquida de Bauman (2002, citado en Peralta, 2018).

La sociedad mexicana envejece y demandará atención de salud geriátrica especializada con mayor frecuencia. Los esfuerzos gubernamentales para hacer frente a las enfermedades crónico-degenerativas han sido insuficientes. La mortalidad de la Covid-19 en México habría sido mucho menor si se hubiesen atendido con éxito. Los propios datos oficiales demuestran que el actual Sistema de Salud ha sido rebasado ante la transición epidemiológica. Si bien este panorama no es privativo del país, lo cierto es que la pandemia de Covid-19

encontró en México condiciones para su propagación; y las comorbilidades de la población, consecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas, son explican uno de los factores del tercer lugar que, en 2021, ocupaba México a nivel mundial en cuanto a muertes por Covid-19.

El Covid 19: Abordaje de la intervención profesional desde la teoría de sistemas

Para abordar la intervención profesional de Trabajo Social ante la pandemia de Covid-19, se propone como marco teórico referencial la Teoría General de Sistemas (TGS) desde la perspectiva de la Teoría Ecológica de los Sistemas (TES). Este enfoque considera al entorno y al ambiente como elementos de influencia bidireccional en la conducta individual y colectiva, lo que nos permite analizar, identificar, caracterizar y sistematizar de manera integral, las experiencias de las y los trabajadores sociales sanitarios, durante su proceso de intervención en la primera línea de atención en los centros hospitalarios.

Esencialmente la intervención social recae en lo social. Sin embargo, debemos considerar, que los individuos son los constructores de la realidad social histórica y sus actos el resultado de las transformaciones sociales en evolución constante. En esta lógica, “la intervención de trabajo social es una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objetivo desencadenar procesos de cambio social. La participación del sujeto es indispensable, para hablar de una acción de trabajo social” (Tello, 2008, p. 7).

Por lo tanto, la intervención es un campo de conocimiento, aunque aún se considere a la práctica cotidiana como secundaria a los objetivos de la teoría, que busca proporcionar explicaciones generales sobre acontecimientos más particulares, distantes a la cotidianidad de las personas sobre las que se interviene. En consecuencia, se asume que el sujeto es una entidad social en permanente construcción “nunca es el mismo” (Carballeda, 2008).

Ante esta realidad, la intervención profesional de Trabajo Social debe considerar una visión integradora, que otorgue cohesión y forma a los diversos elementos contrapuestos de la realidad social. Entre los distintos paradigmas sociológicos que vinculan la práctica de Trabajo

Social, la Teoría General de los Sistemas (TES), genera perspectivas de intervención acción, hacia una concepción sistémica de una práctica profesional holística y significativa. Los elementos fundamentales de la Teoría General de Sistemas (TGS), son el concepto de sistema y la interrelación entre sus componentes.

Esta Teoría fue propuesta por Ludwin Von Bertalanffy (1901-1972), quien concibe a un sistema como “un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas” (p. 1). Desde su óptica, existen dos tipos de sistemas: 1. Cerrados (no interactúan con el entorno) y 2. Abiertos (interactúan con el entorno), y por ello, pueden modificar o ser modificados por el contexto social, económico, político o cultural, en el que se interrelacionan las personas, con objetivos diversos, comunes o contrapuestos.

El enfoque sistémico concibe al individuo como un elemento activo del sistema social, en unidad y vinculado con el resto de los integrantes del sistema a través de sus interrelaciones. No se refiere a la suma de sus partes a la que remite la concepción de Mary E. Richmond (1861-1928), a saber: “El hombre es la suma de sus propias relaciones”. Lo sistémico no se circunscribe a la suma de las partes del sistema, sino a la totalidad de estas, que se encuentran en una constatación interconexión circular entre los elementos que lo constituyen, lo que permite su retroalimentación, garantizando la funcionalidad de los objetivos que persigue.

Desde el Trabajo Social contemporáneo, el concepto de sistema significa “un conjunto organizado de elementos que interactúan entre sí o son interdependientes, formando un todo complejo, identificable y distinto” (Paredes, 2008, p. 9). Por tanto, la Teoría General de Sistemas (TGS), aboga por la integralidad de la sociedad; y con ello presenta a las y los trabajadores sociales escenarios de interpretación cualitativa de la realidad socio histórica, en la que deciden intervenir, para modificar o mantener situaciones sociales determinadas.

De esta manera, la intervención profesional en Trabajo Social es, ante todo, un conjunto de interrelaciones entre elementos del sistema social, colocados en posiciones distintas, contradictorias y contrapuestas a sus objetivos inmediatos. Donde cada uno de estos elementos tiene un rol de acciones específicas, determinadas por factores personales, institucionales y contextuales. Ante la interacción

de estos factores, la intervención profesional se torna un proceso complejo de relaciones humanas.

Para explicar dicha complejidad, el enfoque de la Teoría Ecológica de los Sistemas (TES), propuesta por Urie Bronfenbrenner (1917-2005), en 1979, defiende el abordaje holístico, crítico y humanista, de los complejos fenómenos sociales, en tanto procesos de transformación multidimensional y multidireccional en el entorno individual, relacional, institucional y cultural de las personas. Quienes, a través de sus interacciones sociales, configuran y reconfiguran su conducta y toma de decisiones con referencia a situaciones cotidianas.

Por tanto, los sistemas sociales condicionan al sujeto, en tanto entidad activa de la sociedad, dando sentido a su comportamiento y cosmogonía social. Desde esta óptica, la sociedad representa un sistema abierto compuesto por subsistemas en interacción permanente. En otras palabras, para Trabajo Social la sociedad debe ser vista e interpretada como un todo donde la integralidad de sus partes reviste la posibilidad de solución a las problemáticas sociales a partir del análisis, interpretación y abordaje desde su propia complejidad.

Desde esta mirada, el desarrollo del individuo está determinado por la interacción recíproca entre su entorno y los diversos subsistemas estructurales de la sociedad, a saber: Entorno familiar; Relaciones afectivas; Instituciones del Estado; Cultura, entre otros. Todos ellos ubicados en cuatro dimensiones diferentes:

- **Microsistema:** Está integrado por el conjunto de roles, actividades y relaciones afectivas, experimentadas por el individuo en desarrollo: (género, temperamento, salud), en su entorno social más próximo. Ejemplo: la familia, el vecindario, la escuela.
- **Mesosistema:** Lo componen elementos del microsistema (dos entornos o más). Ejemplo: experiencias familiares o laborales, a través de las conexiones establecidas con sus iguales.
- **Exosistema:** Se refiere a los propios entornos (uno o más) que no incluyen directamente al individuo. Pero en esta dimensión acontecen fenómenos externos que lo impactan. Ejemplo: el Sistema de Salud, los medios de comunicación, el ambiente laboral que afecta las relaciones familiares.

- **Macrosistema:** Lo integran la ideología o la cultura, cuyos efectos son transversales en otros sistemas. Ejemplo: creencias religiosas, valores sociales, leyes.

En consecuencia, se puede afirmar que el desarrollo del individuo es un proceso dialéctico micro-meso-exo-macro sistémico. Donde experimenta una evolución en su personalidad, que determina sus maneras de actuar y concebir el mundo. En el contexto histórico de la pandemia de Covid-19, esta evolución se tradujo en escenarios de confrontación, en lo individual y lo colectivo, entre los elementos del sistema social, que representaron transformaciones en la intervención profesional del Trabajo Social Sanitario.

Ahora bien, el objeto de estudio de la presente investigación es la intervención profesional de Trabajo Social, durante el fenómeno socio histórico sanitario y mundial de la pandemia de Covid-19. Intervención que, en el Modelo Ecológico de los sistemas, se sitúa en su dimensión más íntima: El Microsistema. Mientras que los impactos de la pandemia, si bien se ubican en la dimensión más distante, sus efectos han sido transversales a todas las dimensiones del modelo y, por tanto, en la vida cotidiana.

Por estas razones, se pretende conocer las experiencias de las y los trabajadores sociales sanitarios de la primera línea de atención, en su dimensión micro institucional, que pudieran traducirse en transformaciones en la referida intervención profesional, e impactar de manera significativa, tanto en la percepción social como institucional de la profesión. Traduciéndose en su visibilidad profesional a niveles macro-meso-exo institucionales. Además, sitúa su intervención profesional en una perspectiva de análisis crítico, propositivo y prospectivo del funcionamiento de la red de centros hospitalarios del Sistema de Salud en su conjunto.

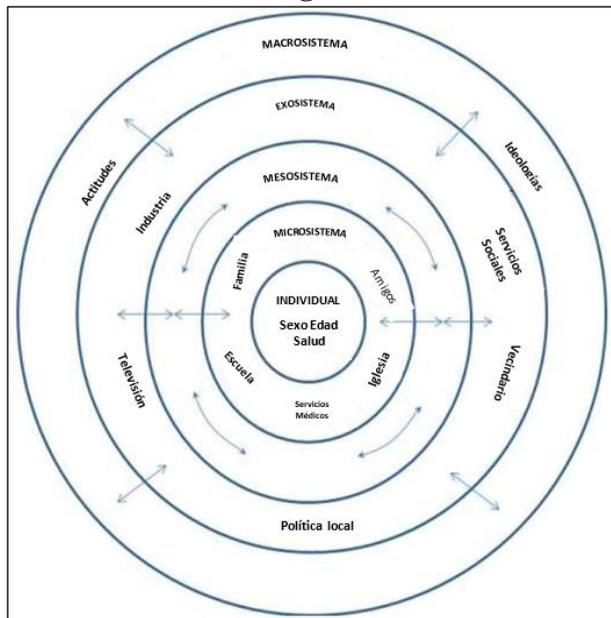
De esta forma, el entorno social tiene relación con las estructuras del Estado, que materializan la política social y sus procesos de atención en el área de la salud. Desde estos espacios, el Trabajo Social Sanitario “se constituye como una respuesta eficaz a las demandas de los usuarios de una atención sociosanitaria por parte del Sistema Nacional de Salud” (Ramos, Alvarado y Ramírez, 2019, p. 89).

Por lo anterior, la intervención profesional del trabajo social sanitario, en los procesos de atención a pacientes con Covid-19, requirió

una práctica profesional con acciones emergentes, distintas al quehacer profesional cotidiano de los trabajadores sociales de la llamada primera línea de atención, en la que

Se considera personal de primera línea el que tiene mayor riesgo de exposición por llevar a cabo actividades la atención directa de pacientes COVID (contacto estrecho y con mayor tiempo de exposición), así como por tener mayor probabilidad de tener contacto con una persona con infección por SARS-CoV2. Además, este grupo de población también está priorizado por los principios de beneficio social y reciprocidad. *Personal en el ámbito sanitario [sic]* que trabaja de cara al paciente, en los siguientes entornos (incluidos los que desempeñan otras funciones distintas a la prestación de servicios sanitarios, administrativo, limpieza) (s/p).

Ilustración 1 Representación gráfica: dimensiones y elementos de la teoría ecológica de los sistemas.



Fuente: Elaboración propia, 2022

En esta orden de ideas, estas transformaciones se manifiestan al interior de las instituciones hospitalarias, entre las y los trabajadores sociales de

la primera línea de atención a los pacientes contagiados por Covid-19, que a la fecha se mantienen vigentes y en constante modificación, en paralelo a los cambios que les ha requerido la estrategia gubernamental de contención sanitaria del virus SarsCov2, causante de la pandemia de Covid-19 y el proceso de atención bio-psico-social de los pacientes y sus familiares.

Por todo lo anteriormente expuesto, es menester reconocer que la pandemia de Covid-19 generó transformaciones en la intervención profesional de las y los trabajadores sociales sanitarios. Ante sus diversas y complejas experiencias, se requiere su rescate a través de un análisis cualitativo e integrador de estas. Es decir, una sistematización teórica y metodológica integral, como la que propone el enfoque ecológico sistémico.

Los estudios existentes muestran que la intervención profesional, en un primer momento, demostró deficiencias de carácter instrumental, operativo y organizacional, ante las nuevas realidades sociales y las situaciones emergentes provocadas por Covid-19. Sin embargo, posteriormente y tras un proceso de adaptación en un tiempo mínimo, de forma gradual y sostenida, las y los trabajadores sociales de la primera línea de atención implementaron procedimientos y acciones novedosas de atención, acordes a las condiciones socio sanitarias y las exigencias de atención de los pacientes enfermos de Covid-19 y sus familiares. Además de las demandas de coordinación institucional exigidas por el resto de los integrantes de los grupos multidisciplinarios, todos ellos, actores sociales, entre los que la intervención de Trabajo Social se tornó indispensable.

En consecuencia, hoy existen nuevos escenarios sociales post pandemia para la intervención profesional de Trabajo Social, a los que sus profesionales deben adaptarse con inmediatez, no solo en los espacios sanitarios. Actualmente, por ejemplo, existe un nuevo tipo de pobreza post pandemia (Nomen, 2021, p. 59). Condición social en la que sobreviven aquellos individuos que, viviendo en condiciones de desigualdad y pobreza, afrontaron desde el seno familiar, la enfermedad de alguno de sus miembros. El resultado final, en el mejor de los casos, fue el desgaste económico que generó sufragar los gastos de medicamentos, materiales e insumos con los cuales no contaban las instituciones de salud, en su mayoría de alto costo.

Además, a este tipo de pobreza debe agregarse que, si bien la pandemia no es selectiva, la sociedad sí lo es. Ello explica los diferentes grados de exposición a la enfermedad. El distanciamiento y la reclusión como medidas de contención, fragmentó a la sociedad en una nueva categorización de clases. De acuerdo con Izquierdo, 2020, (citado en Nomen, 2020): “Por ahora, este enclaustramiento nos ha partido en cuatro clases: los confinados seguros, los expuestos necesarios, los confinados vulnerables y los desarraigados” (p. 56). De esta manera, Trabajo Social afronta nuevas condiciones de exclusión social, no sólo económica sino también laboral y tecnológica. Una de las clases sociales reconocidas antes de Covid-19: los pobres, debieron elegir entre sobrevivir a dos escenarios mortales: morir por contagio o morir por hambre.

Para afrontar los impactos económicos provocados por la emergencia sanitaria dentro del contexto europeo y sus economías emergentes, Manzano, 2020 (citado en Nomen, 2020), señala: “se deberán diseñar políticas de garantía de ingresos, complementarias a las estatales y autonómicas, para paliar los efectos sociales de la pandemia” (p. 58). En México, el modelo económico de bienestar, cerrado parcialmente a las políticas económicas de participación del libre mercado, se prevé un aumento significativo en los índices de pobreza debido a las afectaciones de la pandemia en otros sectores. Covid-19, no representa sólo una crisis sanitaria. Según Bartra (2022): “Nos tocaron tiempos de la Gran Crisis: una sacudida epocal, civilizatoria y ontológica” (p. 11).

Cualquiera de las variantes de una enfermedad, causa a quien la padece experiencias y vivencias, así como cambios en su entorno, que desbordan emociones y sentimientos. A ellos no son ajenos los profesionales de la salud ya sea por contagio o proximidad, con las personas que requieren de sus procesos de atención, en busca de recuperar su salud. La intervención de Trabajo Social durante la evolución de la pandemia de Covid-19, se caracterizó por la proactividad “en la búsqueda de recursos y herramientas que sean necesarios para el establecimiento de la relación de ayuda y el fomento del bienestar social” (Belda, et al, 2020, p. 68).

En el contexto español, García (2020), refiere que ha sido bastante el trabajo realizado por los trabajadores sociales sanitarios durante la pandemia. Sin embargo, acota que queda aún trabajo por cumplir en

otros ámbitos de la sociedad a raíz de que “Los retos abarcan desde la economía, la atención social, atención sanitaria... así como, cambios en nuestra vida diaria, de relaciones personales y de planteamientos de acciones futuras frente a una nueva crisis, tras lo aprendido con la Covid 19” (p. 22).

Pondera sobre la necesidad de que el Sistema Sanitario -español-, debe reordenarse para realizar una atención específica a la población afectada por la enfermedad, y también cumplir con las normativas del estado de alarma. Trabajo Social tiene retos por afrontar desde la economía, la gestión social y, por supuesto, la atención sanitaria. Así mismo en cuanto a los cambios en nuestra vida diaria de relaciones personales y planteamientos de acciones futuras, frente a una nueva crisis, tras lo aprendido con el Covid-19.

Por lo que respecta a México, la pandemia obliga al personal de Trabajo Social a potencializar sus conocimientos profesionales de forma inmediata. Estableciendo nuevas estrategias de comunicación asertiva, para la toma rápida de decisiones, que le permitan reforzar el trabajo en equipo. Sobre ello, argumenta García, et al:

El personal de TS [*sic*], conoce el impacto que las enfermedades generan y por las que los usuarios acuden, pero, sobre todo, identifica las consecuencias familiares, económicas y sociales que implican, lo que les permite proyectar el escenario de los familiares a lado de la persona enferma, con la pandemia la situación se agrava y se convierte en un conjunto de pérdidas económicas y sociales inmediatas además de requerir distanciamiento social por el posible contagio, que les lleva a realizar las intervenciones necesarias para que enfrenten de la mejor manera posible el efecto que la enfermedad tendrá sobre su paciente y su núcleo familiar (p. 91).

Con lo anterior, queda patente la proactividad del Trabajo Social Sanitario a la que hacía referencia Colom (2010) en la búsqueda de recursos y herramientas que sean necesarios para el establecimiento de la relación de ayuda y el fomento del bienestar social. Este hecho ha sido posible debido a la participación de la profesión del Trabajo Social como parte activa y necesaria en la emergencia, integrándose al equipo interdisciplinar como profesional sanitario. Han sido muchos los aprendizajes que el contexto de emergencia ha traído consigo, en tanto que han adquirido valor social aquellas profesiones de las que éramos

conocedores y se han conocido aquellas profesiones que eran invisibilizadas; el sistema hospitalario, como estructura, ha sido capaz de ver la parte social del ser humano y de su interacción con el entorno.

Consideraciones finales

La intervención profesional de Trabajo Social se constituye en un instrumento que legitima una política pública de atención a la salud, como instrumento de poder y control político y social del Estado, ejerciendo una práctica profesional sujeta a protocolos de atención institucionalizados; orientados a la recuperación biológica o psíquica de los individuos que padecen un proceso de enfermedad, omitiendo el aspecto sociocultural en el abordaje del mismo y, por lo tanto, limitando la intervención profesional de las y los trabajadores sociales a un conjunto de tramitologías administrativas.

El proceso de recuperación de la salud representa la concatenación de tres dimensiones: salud-enfermedad-atención (Monrroy, 2021). A partir de esta triada conceptual, se presentan rupturas teóricas, metodológicas y prácticas entre la intervención del Trabajo Social asistencial y contemporáneo, sobre las que habría que precisar. La legitimidad hacia las estructuras del Estado por medio de la instrumentalización de las políticas sociales emana de la intervención profesional tradicional-asistencial. Aquella que se realiza de manera testimonial y acrítica, sin la participación de los sujetos. Es decir, la intervención que se hace *para* los otros y que tiene una connotación indivisible de ayuda, apoyo, asistencia y caridad. Es una intervención de corte administrativo, protocolario, paliativo y remedial.

La intervención profesional contemporánea, por su parte, abreva de su génesis asistencial, sumando a sus conceptos el aspecto sociocultural del proceso de salud-enfermedad- atención. Ello permite visibilizar la dimensión social del proceso, en tanto espacio y tiempo en el cual la intervención de Trabajo Social cobra complejidad; por lo que su abordaje requiere la integralidad de sus procesos epistemológicos, teóricos, metodológicos y prácticos en un proceso de intervención sistémico, el cual además, debe realizarse dentro del marco de su dimensión ético-política, por la vulnerabilidad de la intimidad de los sujetos y sus familias que buscan recuperar su salud, no sólo física, sino

biopsicosocial en los sistemas hospitalarios. Es una intervención holística que se hace *con* los sujetos, incentivando su participación crítica, analítica, propositiva y prospectiva en las problemáticas sociales.

Finalmente, es indiscutible que la pandemia de Covid-19 reconfiguró la intervención profesional de Trabajo Social en los sistemas hospitalarios, situándola en esta perspectiva contemporánea. Las y los trabajadores sociales mexicanos, no abandonaron su génesis asistencial. Si no que, adaptaron su intervención, a las nuevas realidades sociales que suscitó la emergencia sanitaria. Implementando acciones emergentes de atención que visibilizaron a la profesión desde su especificidad profesional, privilegiando el aspecto social y humano del derecho de atención a la salud a través de una intervención profesional ecléctica, integral y, por lo tanto, sistémica, del proceso de salud-enfermedad-atención, de los pacientes enfermos por el virus Sars-Cov2 causante de la pandemia de Covid-19 y sus familias.

Referencias

- Barha, A. (2021). *Exceso de muerte*. México. Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Belda, L., García, A., Morena, M., y Ruíz, A. (2020). Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19. *Sociales y Política Social*. pp. 57-69. Recuperado de <https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/trabajo-social-sanitario-protocolo-de-intervencion-psiscosocial-por-la-covid-19> el 17 de junio de 2022.
- Carballeda, A., (2010). La intervención en lo social como dispositivo. *Revista de Trabajo Social UNAM*. 5 (1). pp. 46-59. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/viewFile/23881/22460> el 16 de junio de 2022.
- Dirección General de Epidemiología (DGE, 2022). Coronavirus COVID-19. Informe diario. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid19-informe-tecnico-diario> el 17 de junio de 2022.
- Dulzaides, M., Molina, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso.

- Revista *ACIMED*, 12 (2), 1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000200011&lng=es&tlng=es el 17 de junio de 2022.
- Gracia, M. (2020). El Trabajo Social Sanitario en la pandemia de Covid-19: Retos y consecuencias. *Revista Transformación*. pp 19-22. Recuperado de <https://trabajosocialevilla.es/wp-content/uploads/2020/07/TRANSFORMACION-N3-sanitarios.pdf> el 17 de junio de 2022.
- García, C., Trujillo, Z., Volkens, G., y Ochoa, A. (2020). Participación del personal de trabajo social durante la pandemia de COVID-19, en un instituto de tercer nivel de atención. *Archivos de neurociencia*, 5 (2), pp. 87-93. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane202h.pdf> el 15 de junio de 2022.
- García, P., García, R., Esnaola, M., Curieses, I., Álvarez, D., y Millán, R. (2015). El trabajo social en Mary Richmond. Fundamentación de su teoría. *Trabajo Social Hoy*. pp. 74, 17-34. Recuperado de file:///C:/Users/Hp/Downloads/17_34.pdf el 19 de junio de 2022.
- Gómez O; Sesma, S; Becerril V; Knaul, F; Arreola, H; y Frenk, J, (2011). Sistema de Salud en México. *Revista de Salud Pública*. 53 (2), pp. 220-232. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017 el 17 de junio de 2022.
- Monrroy, A (2021). Diario contra república. *El aspecto social debe considerarse al tratar la enfermedad*. Recuperado de <https://www.contrareplica.mx/nota-El-aspecto-social-debe-considerarse-al-tratar-una-enfermedad20212154> el 20 de junio de 2022.
- Nomen, L. (2021) La nueva normalidad y los futuros escenarios en Trabajo Social. *Revista Itinerarios de Trabajo Social*. (1), pp. 55-61. Recuperado de: <https://revistes.ub.edu/index.php/itinerariosts/article/view/its.v0i1.32432> el 17 de junio de 2022.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), Salud y Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=Todas%20las%20personas%20deben%20poder,legi>

- slaci%C3%B3n%20pr%C3%A1ctica%20o%20pol%C3%ADtica%20discriminatoria. el 16 de junio de 2022.
- Paredes, I; Ensayo: Influencia del Enfoque sistémico en Trabajo Social, Recuperado de <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000309.pdf> el 12 de junio de 2020.
- Peralta, E. (2018). *Análisis de los problemas relacionados con el Trabajo Social. Salud pública y desarrollo; el cambio epidemiológico*. Mazatlán, Sinaloa; México. Recuperado el 10 de Abril de 2021
- Ramos, I; Alvarado, C; Ramírez, J (2019). Tipo de Trabajador Social y Clínico. Diferencias. Revista Perspectivas Sociales.21 (2), pp. 89-103. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7390224> el 12 de abril de 2021.
- Revista Rioja-Salud (2021) ¿Quiénes son los profesionales de primera línea? Recuperado de <https://www.riojasalud.es/newsletter/14-enero-2021/quienes-son-profesionales-de-primera-linea> el 14 de junio de 2022.
- Secretaría de Salud en Sinaloa (SSA, 2022). Estadística Covid Sinaloa al 13 de junio de 2022. Recuperado de <https://covid.sinaloa.gob.mx/> el 13 de junio de 2022.
- SSA. (Mayo de 2021). *Glosario*. Recuperado de <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html#:~:text=Es%20una%20alteraci%C3%B3n%20del%20estado,por%20un%20agente%20etiol%C3%B3gico%20espec%C3%ADfico.&text=Se%20incluye%20a%20las%20enfermedades,originadas%20en%20el%20per%C3%ADodo%20perinat> el 17 de junio de 2022.
- Tello, N. (s.f.). *Slidesshare*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/jvtldm1982/trabajo-social-disciplina-del-conocimiento> el 29 de Marzo de 2021.

De lo Multidisciplinar a lo Transdisciplinar. Participación de Trabajo Social Psiquiátrico en el equipo de la Clínica de Trastornos del Espectro Obsesivo Compulsivo en México

María Teresa López Jiménez³

Resumen

Tradicionalmente a la disciplina de Trabajo Social en México se le ubica como una profesión encargada de las evaluaciones socioeconómicas, las referencias y la gestión de apoyos sociales de los usuarios dentro del sistema de las instituciones públicas, esta conceptualización se desprende de los orígenes y la historia del Trabajo Social. Los requerimientos actuales de intervención demandan que este profesional trascienda el papel que cotidianamente ha desempeñado, para dar lugar a una nueva configuración de conocimientos, habilidades y recursos teóricos, técnicos y metodológicos, tendientes a crear una nueva figura del quehacer profesional. Para cumplir con esta transformación es necesario traspasar el bagaje de conocimientos que curricularmente se imparte en los centros académicos, integrar e incorporar nociones del área en la que se desenvuelve el profesional, de manera que sus acciones cuenten con el sustento teórico necesario para mejorar la calidad de la atención que brinda y hacer más eficientes los procedimientos que se requieren en la renovación de la calidad de los servicios.

³ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

El estudio busca describir el proceso de inserción de Trabajo Social Psiquiátrico en una subespecialidad de la psiquiatría: La Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del espectro (TOC y Te), del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Resultados. Participación en el diseño de los programas de TCC para los trastornos de TOC, TDC, Tricotilomanía y Tx por atesoramiento, colaboración en la coordinación de 73 grupos de TCC fungiendo rol de terapeuta y/o coterapeuta, en el que han sido beneficiados 1 mil 014 personas con distintos diagnósticos psiquiátricos del espectro obsesivo y 694 familiares, proceso que ha permitido establecer un modelo de intervención que recupera y utiliza de forma holística los conocimientos en beneficio de las personas que son usuarios de los servicios que brinda.

Introducción

El tránsito de la multidisciplina a la transdisciplina puede ser complejo, requiere de flexibilidad, creatividad, ruptura de estereotipos y una elevada tolerancia a la frustración y al cambio constante.

Para poder hablar de esta transición es menester considerar el significado de estos términos, Piaget (1972) realiza una descripción del grado de interacción que se alcanza en cada componente y así llega a distinguir tres niveles en la interdisciplinariedad. Considera en el nivel inferior a la multidisciplinariedad, considerando que este proceso se gesta cuando la solución de un problema requiere obtener información, de una o dos ciencias o sectores del conocimiento, sin que en las disciplinas que contribuyen se gesticine un cambio. También plantea como en un trabajo a largo plazo esta interacción podría constituir una primera fase que sería posteriormente trascendida. Sin embargo, se debe considerar que existen campos en donde el nivel multidisciplinario no puede ser trascendido debido a la persistente heterogeneidad de la información empleada.

El segundo nivel corresponde a la interdisciplinariedad, proceso en donde la cooperación entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia llevan a interacciones reales, es decir, hacia una reciprocidad de intercambios que den por resultado un enriquecimiento mutuo.

En el último nivel estaría una etapa superior de relaciones interdisciplinarias que sería la transdisciplinariedad, que no solo cubre las investigaciones o reciprocidades entre proyectos especializados de investigación, sino que también sitúa estas relaciones dentro de un sistema total en el que no existen fronteras sólidas entre las disciplinas.

Otros autores como Martínez (2003) han conceptualizado a las interacciones entre diferentes disciplinas como un continuo que va de lo monodisciplinario, hasta lo transdisciplinario, considerando que la diferencia radica en la naturaleza de la integración que se hace tanto del proceso de investigación como de la comprensión e integración de los resultados o hallazgos de las diferentes disciplinas. La monodisciplinariedad, apunta al trabajo que involucra a una sola disciplina, dando prioridad a la amplitud del conocimiento por sobre la comprensión. Lo multidisciplinario se encuentra dado por una yuxtaposición o agregación de disciplinas, que como ha señalado Klein (1990) es esencialmente una agregación de disciplinas y no una integración, existiendo una relación acumulativa, pero no interactiva; con la particularidad de privilegiar la independencia del trabajo entre disciplinas con un pobre interés y necesidad de conocer el trabajo de los otros. Martínez (2003).

Lo interdisciplinario implica integración y síntesis, con la finalidad de lograr que los elementos inherentes a dos o más disciplinas se integren entre sí, orientándose a las bases del conocimiento y contribuyendo a que cada una se perfeccione. Gyarmatti (1991), con el apoyo especial del desarrollo del trabajo en equipo que debe contemplar la coordinación, la comunicación, el diálogo y el intercambio, para la traducción de términos propios, aclarar lenguajes ambiguos, establecer procedimientos metodológicos similares, en términos generales compartir algunos de los presupuestos, puntos de vista y lenguajes de los otros. Klein (1990).

El método de trabajo que trasciende a los anteriores es el transdisciplinario, conceptualizado como aquel que permite una completa integración teórica y práctica, dando lugar a un nuevo mapa cognitivo sobre el problema de estudio Martínez (2003). La Dra. Melanie Klein (1990) sostiene que el proceso integrativo que facilita la transdisciplinariedad incluye pasos como:

- La definición del problema, tema o pregunta.

- Establecer todos los conocimientos necesarios -incluyendo asignar a representantes disciplinarios y consultores.
- Desarrollo de contexto integrativo y preguntas de investigación apropiadas.
- Especificar el tipo de situaciones o estudios que serán aceptados,
- Búsqueda y recopilación de material actual.
- Resolver conflictos disciplinarios trabajando por un vocabulario común (enfocado al aprendizaje recíproco en equipo de trabajo),
- Construir y mantener la comunicación a través de técnicas integrativas.
- Recopilar todos los aportes conceptuales y evaluar si son adecuados y relevantes.
- Ratificar y rectificar las soluciones propuestas.
- Decidir sobre el manejo o disposición futura de la tarea, proyecto, paciente o currículum.

Traspasar las fronteras entre las diferentes disciplinas involucradas en el estudio y atención de determinados problemas de salud, requiere de cambios en las creencias e interpretaciones de los individuos sobre la conveniencia e importancia de las aportaciones en un proceso de tratamiento.

Este trabajo pretende compartir el proceso de sistematización de la experiencia de integración del trabajo transdisciplinario, logrado en una clínica de subespecialidad de una institución psiquiátrica, en el que Trabajo Social se convierte en uno de los actores principales; pero también es un intento por compartir la vivencia personal que involucró una serie de cambios personales, a nivel cognitivo, emocional y conductual, que considero fueron útiles y necesarios para la consecución de este proceso.

Los perfiles profesionales no solo contienen las cualidades académicas, algunas o muchas de las características personales que se plasman en ellos son componentes indispensables que permitieron mantener el equilibrio necesario para superar los obstáculos y enfrentar las diferencias, permitiendo la integración de un equipo sólido con objetivos claramente definidos y un crecimiento constante que ha favorecido el logro de metas académicas, de productividad, pero por sobre todas las cosas apoyar para que un número importante de

afectados por estos trastornos pueden recuperar su calidad de vida y acceder a la posibilidad de tener una vida productiva y satisfactoria.

Antecedentes contextuales

Hace 22 años se integra un equipo de profesionales en el Instituto Nacional de Psiquiatría con la tarea de diseñar protocolos de atención desde las diferentes disciplinas involucradas, psiquiatría, psicología y trabajo social para personas diagnosticadas con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Este proceso de construcción fue transformándose y completándose paulatinamente hasta integrarse como se aplica en la actualidad.

En este devenir pluri-profesional se fueron sucediendo eventos de trabajo, de formación y de la deconstrucción y reconstrucción misma de cada uno de los individuos involucrados, partiendo de los esfuerzos continuos, en un inicio segmentados y paulatinamente vinculados, hasta lograr una participación integral y dirigida a un único objetivo común, el completo bienestar de los usuarios de los servicios de la Clínica de TOC y Trastornos del Espectro Obsesivo (CTOC Y TEO).

Con frecuencia escuchamos sobre la importancia del trabajo en equipo para la consecución rápida y eficaz de objetivos de tratamiento, pero lograr que un grupo de personas realmente logre integrarse y consolidarse como un equipo, no es tarea sencilla; menos sí se trata de colaboración entre diferentes disciplinas en las que los estereotipos profesionales, establecen que es él médico quien tiene que liderar, situación que para personas con formaciones no médicas puede resultar amenazante por la creencia de que algunos médicos suelen desestimar las aportaciones de las áreas paramédicas, creencias que favorecen la creación de barreras en ocasiones infranqueables de superar, pero cuando un equipo logra lidiar con ellas se construyen relaciones sólidas y estables de trabajo.

Tampoco podemos dejar de lado la realidad sobre la construcción cognitiva que los propios trabajadores sociales llegamos a tener sobre el rol que debemos desempeñar dentro de los equipos de profesionales y como esta conceptualización influye de manera determinante en la profundidad y compromiso con el que nos insertamos en el trabajo,

estableciendo lo amplia o restringida que puede ser la participación y aportaciones.

En este trabajo pretendo plasmar la experiencia que me llevó a participar, colaborar y ahora ser integrante de un equipo transdisciplinario, con todas las vicisitudes y retos que fue necesario enfrentar, quiero aclarar que esta visión es personal, a pesar de saber que algunos de mis compañeros pudieran compartirla no puedo asumir la responsabilidad de pretender que este proceso ha sido el mismo para todos.

Pensando en una descripción didáctica del proceso vivido en el equipo de trabajo, trataré de representar distintos momentos, que considero cruciales para ejemplificar las etapas y circunstancias que favorecieron y/o en algunas ocasiones obstaculizaron el proceso de crecimiento del grupo.

En un intento por ser objetiva, solicito a mis compañeros una descripción de mi ejercicio profesional, para poder integrar una descripción más enriquecida y menos subjetiva, que permita dar una idea de aquellas características que han contribuido en la integración de este equipo.

Hablar de años de trabajo es sencillo, recordar y escribirlo.... no tanto, en la reseña de profesionales, realizo una descripción detallada de aquellos que estuvieron por más de cinco años y de quienes permanecen en la actualidad: sin embargo, no puedo dejar de mencionar a muchos que, a pesar de que su paso fue breve, contribuyeron de manera significativa en lo profesional o en lo personal.

En este espacio hago mención, aunque no es el objetivo central, de la separación paulatina, no propositiva, pero sí necesaria, que se ha dado con el departamento de trabajo social, sin que ello signifique dejar de cumplir con todas las actividades inherentes al puesto, pero que ha permitido libertad de acción.

Reseñas profesionales

Para comenzar tengo que describir algunos aspectos de la formación profesional de cada uno de los integrantes, que permita contextualizar talentos y talentos dentro de las interacciones cotidianas.

La líder del equipo, una médica psiquiatra especialista en Esquizofrenia con doctorado en Ciencias Médicas fue nombrada coordinadora; mujer inteligente, comprometida, entusiasta, respetuosa, apasionada por el conocimiento y siempre dispuesta a enseñar a quienes se muestran curiosos por conocer el área en la que es experta; pero por sobre todo humana, con un alto sentido ético e interesada en tratar los padecimientos psiquiátricos y ayudar a aliviar el sufrimiento que causan.

Una maestra en Psicología General Experimental con énfasis en psicología de la salud, que por la demanda de actividades dentro del departamento al que pertenecía, colaboró en la formación, diseño y conducción de los primeros grupos de Terapia Cognitivo Conductual, pero no le fue posible participar en todas las actividades académicas y clínicas que el proyecto demandaba; mujer conocedora de su área, intuitiva, sensible, comprometida, humana, conciliadora y responsable.

En el 2002 un médico psiquiatra en formación se interesa en participar activamente en las acciones de la Clínica, integrándose paulatinamente y posterior a concluir su formación en alta especialidad y su maestría en Ciencias Médicas, se convierte en adscrito de la Clínica de TOC; hombre capaz, amante de su profesión y fanático de la adquisición de conocimiento novedoso sobre su área, empático, comprensivo, siempre dispuesto a trabajar, alegre, honesto y con alto compromiso social.

En el 2009, una médica que cursaba su segundo año de especialidad en psiquiatría tiene sus primeros acercamientos con el espectro obsesivo, quedando cautivada por la reciente adquisición diagnóstica del Trastorno Dismórfico Corporal, que se convertiría en su línea principal de investigación e interés clínico. Fémica en la segunda década de la vida, ávida de conocimiento, vivaz, comprometida en extremo, confiable, afectuosa, en lucha constante entre los estereotipos aprendidos y un panorama polifacético que la retaba constantemente a movilizar sus esquemas. En ese mismo año otra psiquiatra, en proceso formativo, descubre y se interesa por los diagnósticos de tricotilomanía y excoriación psicógena, dando lugar a un nuevo proceso de aproximación al conocimiento y comprensión de estas entidades diagnósticas. Mujer tenaz, acuciosa en su trabajo, discreta y respetuosa, poco tolerante ante las injusticias y en extremo comprometida con el bienestar de las personas aquejadas de un trastorno mental.

Cuando solicité a los compañeros de la Clínica una breve descripción de las características personales y/o profesionales que poseo y que consideran han contribuido al trabajo del equipo, no esperaba una reseña tan completa, así que tome la decisión de respetarla íntegramente.

“Hace 22 años cuando en el Instituto Nacional de Psiquiatría se nos dio la tarea de formar Clínicas de subespecialidad, me tocó encabezar este trabajo para la formación de la *Clínica de TOC y Trastorno del Espectro*. Este camino lo iniciamos solo dos personas, yo como médico psiquiatra y la entonces Licenciada en Trabajo Social y hoy Maestra en Trabajo Social, María Teresa López Jiménez, quien suscribe el presente trabajo. A ella la conocía ya desde hacía cuatro años cuando ingresé a la Residencia, pero solo sabía que era una persona amable y responsable. Comenzamos a trabajar en armar de la nada y sin entrenamiento específico esta Clínica, primero incluso en diferentes espacios físicos. El tiempo y el trabajo conjunto me permitieron conocerla en lo profesional y en lo personal y darme cuenta de que se trataba además de un mujer inteligente, fuerte, organizada, sumamente responsable, cooperadora, con intereses académicos que podrían parecer no necesariamente vinculados con su formación inicial, pero siempre tendientes a la comprensión de todos los aspectos vinculados con las características de los pacientes que atendemos y de sus familias; una profesionista profesional y sensible a las necesidades de otras personas y siempre atenta para buscar soluciones. Es respetuosa, honesta, cálida y solidaria. Ç

Hoy, dos décadas después veo que no pude encontrar mejor compañera para el inicio de esta aventura, no solo de trabajo, sino de vida profesional y de muchas horas más robadas a la vida personal, esta aventura a la que se han añadido colaboradores de igual talla. Un viaje que inició en el año 2000 y ya no tiene fin, incluso aunque con el paso del tiempo algunos de los integrantes salgamos y otros lleguen, un viaje en el cual lo importante es lo que hagamos en el trayecto para aprender y trabajar en pro de quienes padecen este amargo, difícil y desgastante proceso psicopatológico, pero en el que a la vez la esperanza y el trabajo con consciencia y con pasión siempre los ayuda a ellos y a nosotros”.

Definición del problema y delimitación del conocimiento

En sus primeros años el grupo se constituyó como un equipo multidisciplinario, en el que los representantes de cada área, desde sus respectivas perspectivas formativas realizaban acciones tendientes a facilitar el proceso de tratamiento de los usuarios. La asignación de los espacios físicos no favoreció un trabajo cercano y cotidiano.

A pesar de esta aparente lejanía, la coordinadora diseñó un programa académico para los psiquiatras en formación, pero en el que todos los involucrados estaban invitados a participar, con el objetivo de conocer minuciosamente todos los aspectos relacionados con el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se trataba de una actividad optativa, en apariencia no del todo de la competencia de un trabajador social, pues serían abordados temas relacionados con etiología, fisiopatología, neurofisiología, anatomía funcional, genética, farmacología y muchos otros que podría pensarse no tendrían una aplicación práctica en la tarea inicial asignada, la cual consistía en diseñar un programa de intervención educativa para los familiares de los pacientes.

En ese momento se presentaron algunos obstáculos relacionados con la organización de las actividades propias del departamento de trabajo social y como empatarlas con las nuevas demandas.

La postura de la jefatura del departamento fue contradictoria, solicitaba que cada trabajadora social se adhiriera a alguna de las clínicas recién formadas, pero no ofrecía facilidades para desarrollar las nuevas acciones; en parte por la falta de personal y por la preocupación de que las actividades sustantivas del área pudieran ser descuidadas; este panorama no muy alentador podría haberse convertido en la justificación perfecta para abandonar el proyecto.

La convicción de que los trabajadores sociales cuentan con los conocimientos y habilidades para hacer más de los que la concepción general establecía, hizo que buscara otras alternativas, la opción fue establecer comunicación con la coordinadora de la clínica para hacer de su conocimiento las posibilidades reales de involucramiento que trabajo social podía ofrecer, solicitar su comprensión y flexibilidad para que el proceso de inserción fuera paulatino, permitiendo también establecer una vía directa de intercambio y definición, evitando así que la

inconsistencia inicial se interpretara como una falta de interés o compromiso.

Definición y búsqueda de material actualizado

Asistir a todas las actividades programadas semanalmente, dos académicas y una clínica, fue un trabajo arduo, que en momentos llegaba a ser abrumador, pues incorporar información tan compleja y alejada de los conocimientos básicos del área social, era un reto a vencer semana a semana; además de un desafío de organización, pues para lograr la participación en todas las actividades de la Clínica de TOC era menester cumplir primero con las funciones sustantivas del departamento de Trabajo Social.

En el primer año de funcionamiento de la Clínica se forman los primeros grupos de terapia cognitivo conductual a cargo de psicología, que se empataron con el grupo de orientación para familiares, este último a cargo de Trabajo Social. El programa inicial consistía en 8 sesiones en donde al utilizar técnicas de comunicación, análisis, organización, dinámicas vivenciales entre otras se pretendía dar psicoeducación a los familiares para facilitar el proceso de toma de conciencia y aceptación del diagnóstico; esta modalidad de intervención se mantuvo durante año y medio, trabajando con un grupo semanalmente durante dos horas; tras una evaluación realizada por el equipo de profesionales involucrados, se determina integrar a pacientes y familiares dentro del mismo proceso terapéutico, buscando mejorar la comprensión sobre las características del padecimiento y capacitar a los familiares como facilitadores en la ardua tarea de ejecutar de forma cotidiana las estrategias y técnicas aprendidas en las sesiones terapéuticas.

En este nuevo diseño los psiquiatras se involucran en un número mayor de sesiones y trabajo social empieza a alternar funciones de terapeuta y coterapeuta en el programa completo que se amplía a 12 sesiones. Este programa terapéutico se aplica durante dos años, después de los cuales es necesario realizar nuevos ajustes, producto tanto de las necesidades expresadas por los participantes en las evaluaciones, como de los cambios en la disponibilidad de tiempo del área de psicología por

su ingreso a doctorado, que le impediría responsabilizarse como lo había hecho hasta entonces del programa terapéutico.

Ante este imprevisto escenario, la coordinadora de la clínica decide invitar a quienes estén interesados en un proceso de revisión sistemática de planteamientos teóricos y aplicación práctica de terapia cognitivo conductual, con la finalidad de contar con los conocimientos y habilidades necesarias para suplir, cuando fuera necesaria la intervención de psicología.

Cabe señalar que en este momento la demanda del trabajo terapéutico había incrementado, se trabajaban dos grupos por semana que hacían un total de 6 por año, con una participación de al menos quince pacientes y entre 8 y 10 familiares en cada grupo.

Comprometerse con este nuevo proceso formativo, implicó hacer más ajustes a la ya de por sí apretada agenda y lidiar con los comentarios y objeciones de la jefatura de departamento, que derivarían en mayores exigencias, en su momento interpretadas como un intento por separarme de las actividades de la Clínica, pues sería más constantes y evidentes las acciones para tratar de detener la participación en todas las actividades, con el consabido desgaste innecesario que esto implica. Sin embargo, al analizarlo en retrospectiva esta actitud alentó más el interés para profundizar la incipiente especialización en el espectro obsesivo que ya se gestaba en mí.

Tres años después de iniciado el proceso de socialización del conocimiento, fue evidente la utilidad inicialmente cuestionada, de que un trabajador social adquiriera amplios conocimientos sobre un padecimiento particular, permitiendo mejorar la intervención en el proceso psicoeducativo utilizado al inicio del protocolo de tratamiento para los usuarios, encontrar personal no médico capaz de entender y explicar con precisión aspectos del padecimiento y del tratamiento genera un sentido de comprensión confiable. Lo anterior fue fundamental en la ejecución del programa de terapia cognitivo conductual, ya que permitió que la trabajadora social empezara a intervenir como terapeuta del programa. También fue más evidente la necesidad de continuar incorporando conocimientos que permitieran intervenir más ampliamente en la terapia cognitivo conductual.

En estos primeros años el reto a vencer como Trabajador Social, fue trabajar constantemente en la reconceptualización cognitiva del ser y hacer profesional, los cuestionamientos externos generaban

incomodidad, enojo y frustración, pero si he de ser sincera no provocaron dudas de que la tarea voluntariamente aceptada era la correcta, la actitud comprensiva, el trato profesional y respetuoso que prevaleció al interior de la Clínica de TOC, es decir, fue un elemento determinante para continuar con el proceso de especialización en el espectro obsesivo.

Tengo que señalar que aprender a interactuar en un ambiente médico no fue sencillo, si bien como ya se mencionó, la relación con la coordinadora fue un elemento determinante para no claudicar, también he de compartir que lidiar con la conceptualización que algunos psiquiatras en formación tenían de las competencias de un trabajador social, no fue siempre la mejor dando lugar a actitudes condescendientes y en ocasiones claramente devaluadoras, que ponían a prueba el autoconcepto profesional; lamentablemente esta visión estereotipada no era exclusiva de algunos miembros del gremio médico, también era compartida por algunos colegas y jefes, convirtiendo una actividad laboral en un privilegio electivo por el que había que luchar pues al interior del departamento de trabajo social no se trataba de una actividad propia del área; al final de este trabajo me he permitido realizar un análisis de cómo esta conceptualización generalizada dentro del gremio de trabajo social no ha permitido se evolucione a estadios mejor posicionados como se da en otras partes del mundo.

Para finales del 2004 la estructura, organización e interacción de la Clínica de TOC, apuntaban a un trabajo interdisciplinario, los esfuerzos aislados se habían transformado en acciones conjuntas que permitieron identificar fallas importantes en el programa terapéutico, llevando al equipo a buscar herramientas de evaluación más eficientes y realizar modificaciones sustantivas que describiré ampliamente en el apartado de reestructuración programática.

Recopilación de los aportes conceptuales del Modelo Cognitivo Conductual. (Formación Autodidáctica)

Si bien ya contaba con una formación como orientador familiar sistémico, y como Trabajador Social Psiquiátrico, el conocimiento al que estaba por acceder y la dinámica del proceso representaría uno de los aprendizajes más significativos en la vida profesional y personal,

pero sobre todo le permitiría al equipo transformar el objetivo institucional en un vínculo profesional y personal que en el futuro facilitaría concretar uno de los logros más difíciles para cualquier equipo de trabajo, integrar una ideología común.

¿Por qué un aprendizaje autodidacta? En ese momento el país contaba con escasas opciones formativas, de alto costo y sin el aval académico necesario para que una institución pública permitiera a su personal acceder a ella. La opción atinada y viable considerada por la coordinadora del equipo, dio como resultado un proceso altamente formativo.

La revisión conceptual fue sencilla, aunque requirió de muchas horas invertidas, gran parte de ellas fuera de la jornada laboral, los planteamientos de la teoría cognitivo conductual son claros, describen la relación directa entre pensamiento, emoción, conducta y su impacto en las interacciones cotidianas, la parte compleja consistió en aplicar estos principios a las irracionalidades presentes en el pensamiento de quienes nos estábamos formando; inicialmente realizando análisis incipientes de los pensamientos asociados a las interacciones cotidianas con los usuarios y paulatinamente coqueteando con la apertura a trabajar con aspectos más personales e incluso con eventos de la relación profesional cotidiana.

El proceso terapéutico implícito permitió la transformación paulatina de las juntas técnicas en ejercicios de análisis para buscar las adecuaciones pertinentes a la aplicación específica a la sintomatología obsesiva; de forma más natural y enriquecida por el vasto conocimiento teórico y la experiencia clínica acumulada.

En este momento del proceso cobran sentido todas las horas invertidas en conocer la presentación clínica de los síntomas, las teorías etiológicas, la heterogeneidad de la presentación clínica del trastorno, ya que para adecuar las técnicas y estrategias del modelo cognitivo conductual es necesario conocer a profundidad diversos aspectos de los síntomas.

El proceso formativo completo llevo año y medio de sesiones dos veces por semana, con trabajo práctico aplicado dentro del mismo proceso y en las sesiones de los grupos de pacientes para TOC. Una vez concluida la capacitación el siguiente paso fue reestructurar el programa terapéutico.

A cuatro años de iniciada la aventura, trabajo social y su participación habían avanzado consolidando la confianza del equipo, a través del compromiso y constancia demostrado en el trabajo grupal y en las sesiones académicas, la tarea de lidiar con las distorsiones sobre lo que los demás pudieran pensar de las intervenciones y lo atinadas que podían ser, se tornó sencilla, gracias a todo lo aprendido en la formación cognitivo conductual y al respeto, la motivación y reconocimiento siempre demostrados por la coordinadora.

El trabajo fue complejo, pues para su realización había que primero cumplir con las actividades sustantivas del departamento de trabajo social, las lecturas, en su mayoría en inglés, hacían la tarea más tardada teniendo que regresar varias veces en la lectura para lograr comprender planteamientos con los que no estaba muy familiarizada; al realizar esta labor en horarios no laborables, también se presentaron repercusiones en la vida personal, había que robar horas de sueño para no impactar en la relación con pareja e hijos. Al final, el esfuerzo permitió que mejorara mi comprensión y rapidez en la lectura en inglés que hasta ese momento no practicaba con tanta regularidad.

Los cuestionamientos sobre los motivos que me llevaban a involucrarme tanto, dedicar parte de mi tiempo personal y saturarme de trabajo eran comunes entre compañeras del departamento, jefes, familiares, amigos y conocidos; pues una creencia culturalmente aceptada es que las personas no deben comprometerse tanto con las instituciones, pues al final del camino laboral, nadie te lo agradecerá.

Reestructurar esta idea, me llevó tiempo de reflexión constante, pero sobre todo de análisis en relación con las evidencias objetivas de los beneficios que obtenía del esfuerzo y tiempo invertidos. Los comentarios llegaron a ser severos, poniendo en tela de juicio mi identidad como trabajador social y asumiendo que el interés que motivaba mi trabajo obedecía a necesidades de reconocimiento personal. Sería antihumano realizar actividades que no retroalimenten, motiven y generen satisfacción ya que todos requerimos de reforzadores positivos para mantener o incrementar conductas deseables, sin embargo, llegar a esta conclusión requirió del apoyo y comprensión del equipo.

Tengo que compartirles que para este momento la integración del equipo, los vínculos afectivos generados y el proceso de formación compartido favorecieron que el espacio de intercambio técnico

adquiriera un tinte de supervisión terapéutica, facilitando el análisis y solución de conflictos en el proceso terapéutico grupal, así como de situaciones personales de índole profesional, espacio que con el transcurrir de los años se constituiría como uno de los más importantes para lograr y consolidar la transición hacia la transdisciplinariedad.

El tiempo, las múltiples y grandiosas satisfacciones obtenidas a lo largo de estos años ayudarían a reforzar la creencia personal de que el compromiso y la entrega es con uno mismo y su crecimiento, lo que indudablemente tiene repercusiones en todas las cosas en las que nos involucramos.

Resolución de Conflictos disciplinarios y de contexto integrativo

Tomando como punto de partida los conocimientos adquiridos y las evaluaciones aplicadas al finalizar cada uno de los grupos, el equipo tomo la decisión de ampliar el programa a 16 sesiones, extendiendo a dos las sesiones de reestructuración y a dos las de exposición, se incluyó también una sesión de sexualidad y otra de cuidados generales de salud.

En este momento la definición de los roles en el equipo fue cambiando, flexibilizándose para favorecer que todos los conocimientos recién adquiridos fueran aplicados por quienes nos habíamos comprometido en la formación, fue así que se formaron dos equipos, cada uno con rol de terapeuta y coterapeuta intercambiables para facilitar que todos fueran capaces de dirigir cada una de las sesiones, evitando así que en algún momento se tuviera que suspender alguna por causas no previstas; en los 73 grupos que se han trabajado en estos años, gracias al modelo de trabajo flexible, no ha sido necesario cancelar ninguna sesión.

Al involucrarme activamente en todas las sesiones, fue también sencillo identificar qué tipo de conocimientos tenía que continuar afinando, con el apoyo tanto de la coordinadora como de algunos de los psiquiatras que rotaban por la clínica, mis cuestionamientos en los momentos en los que coincidíamos se hicieron constantes y afortunadamente siempre encontraron respuesta.

Después de aplicar la nueva modalidad en dos grupos se hizo evidente que algo faltaba dentro del proceso, los conocimientos se

habían adaptado a un lenguaje coloquial haciéndose comprensibles a cualquier nivel educativo sin llegar a ser tan simples que resultaran insultantes para quienes sí contaban con una formación académica profesional, los tiempos de práctica de técnicas y estrategias fueron adecuados a las características sintomatológicas y a los procesos que sabíamos pasaban la mayoría de los pacientes, ampliar el tiempo dedicado a la reestructuración cognoscitiva mejoró los logros y avances en exposición, sin embargo, aún era constante la renuencia de los pacientes a creer en un proceso que se ofrecía como excelente por un grupo de profesionales que en realidad no sabían lo que significaba tener obsesiones y compulsiones.

El equipo se dio a la tarea de encontrar estrategias didácticas, ejemplos cotidianos para hacer más amigable la comprensión de lo que implica el trabajo con la identificación y reestructuración del pensamiento, aprendimos a utilizar experiencias personales como modelos para esta tarea, a trabajar con soltura y naturalidad con las emociones de los asistentes y las propias; este cambio fue complejo, pues requirió un trabajo de reestructuración cognitiva de la postura tradicional en la que se coloca a terapeutas y participantes, para intentar una relación centrada en la naturaleza humana más que en los convencionalismos sociales. La reestructuración requirió de monitoreo y retroalimentación constante entre los miembros del equipo, para que no se perdiera el beneficio de la jerarquía en la relación terapéutica, pero sí se transmitiera la naturaleza vulnerable que nos hace igualmente frágiles independientemente del rol social o profesional que se desempeñe.

Para este momento podíamos decir que ya se trataba de un equipo interdisciplinario, las evaluaciones, decisiones y cambios se tomaban por consenso, todos participábamos activamente en los grupos terapéuticos y en todas las actividades académicas, clínicas y de investigación que continuaban su curso normal.

Para los psiquiatras en formación que cumplían con su rotación por el servicio resultaba curioso ver la participación que la trabajadora social había adquirido en el equipo, en sus evaluaciones finales era común que hicieran referencia a lo inusual que les parecía lo involucrada y familiarizada que me encontraba en todos los proyectos de la Clínica; estas percepciones funcionaron como reforzadores positivos importantes, saberse en una posición en la que podemos

favorecer que otras profesiones transformen el concepto tradicional que tienen de un trabajador social fue altamente satisfactorio.

Recopilación de los aportes conceptuales y evaluación de su relevancia en el proceso

Durante tres o cuatro años los cambios en la rutina fueron escasos, la organización alcanzada y el dominio de los procesos facilitaba la consecución de las metas. Los retos constantes estaban ligados a la complejidad de la mayoría de los cuadros clínicos, entre el 2004 y 2008 la mayoría de los pacientes ingresaban con síntomas de moderados a graves, lo que en términos cotidianos significa que dedican más de ocho horas al día a los síntomas, ocasionando disfunción incapacitante en la vida cotidiana.

Otro parámetro importante por considerar es el tiempo de evolución sin tratamiento con el que llegaban los usuarios, estimado entre 7 y 15 años situación congruente con el grado de disfunción y la gravedad presentada; características que complejizaban el proceso de intervención terapéutica, ya que aun con una mejoría del 35% de los síntomas con el tratamiento farmacológico, el trabajo en el proceso terapéutico se tornaba complejo y desgastante para el equipo de trabajo.

Para este momento del proceso del trabajo en equipo, los obstáculos se enfrentaban en conjunto, las reuniones semanales proporcionaban el espacio adecuado para trabajar tanto en el proceso metodológico como en las inquietudes personales que representaban realizar reestructuraciones cognitivas, regulaciones emocionales y modelamiento de conductas de los miembros del equipo de profesionales.

En el 2008 la colaboración del área de psicología era cada vez menos constante debido al inicio de su formación doctoral y la incursión en una nueva entidad diagnóstica, fibromialgia, que le demandaba cada vez más tiempo. Ante este nuevo panorama se toma la decisión de que el trabajo social se integre como terapeuta auxiliar en el segundo grupo a manera de respaldo y en el 2010 queda de forma definitiva en ambos grupos debido a que se abre la clínica de fibromialgia que requiere de tiempo completo al departamento de psicología.

Definición de manejo y disposición de tareas, proyectos a futuro y de las necesidades curriculares para el equipo

En el 2008, tras dos años de trabajo intenso aplicando evaluaciones sobre severidad de los síntomas, características de inteligencia emocional, presencia de comorbilidad con ansiedad y depresión, creencias sobre la enfermedad y características del funcionamiento familiar a pacientes y familiares del grupo de TCC, la construcción del proyecto de investigación iniciado en el 2006 concluye con la publicación de resultados en una revista indexada, apareciendo trabajo social como primer autor. (López, 2011)

En esta nueva etapa se conjugan otros retos importantes para trabajo social, el inicio de la maestría en trabajo social, con enfoque en intervención familiar y la invitación para formar parte del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría. Estos dos eventos generan nuevos obstáculos por la resistencia del departamento para otorgar las facilidades establecidas en las condiciones generales del trabajo, pues la falta de personal continúa siendo un tema no resuelto. Tras diversas negociaciones se logra llegar a un acuerdo que permita iniciar el proceso formativo y cumplir con la productividad establecida. El respaldo y apoyo continuo de la coordinación de la Clínica de TOC y de los compañeros psiquiatras del momento, fue crucial para cumplir con esta diversificación de tareas.

Es importante señalar que, a partir del quinto año, el contacto de organización, planeación y resolución cotidiana de dificultades se da en el contexto de la Clínica de TOC; paulatinamente la relación con el departamento de trabajo social es esporádica, dirigida exclusivamente a la entrega de las evaluaciones socioeconómicas, reportes de referencias y la asistencia a juntas bimestrales para conocer los cambios implementados en algunos de los procedimientos derivados de los lineamientos de certificación.

Los cambios necesarios para los procesos de certificación, establecidos desde la Secretaria de Salud, desatan una crisis en el departamento de trabajo social, favoreciendo un breve periodo de unión en busca de facilidades para que otras compañeras pudieran incursionar en áreas de su interés. El proceso llevó tiempo, desgaste, enfrentamientos y se generaron más obstáculos para quienes ya nos

encontrábamos colaborando en actividades ajenas al departamento; al final las posibilidades reales de apoyo fueron mínimas, pero la consolidación del trabajo con el equipo de la Clínica de TOC se convirtió en un espacio de crecimiento altamente estimulante, satisfactorio y de contención que favoreció comprender, aceptar y modificar mi forma de ver al departamento del que formo parte por cuestiones administrativas, pero con el que técnicamente existe poca vinculación.

Recopilar todos los aportes conceptuales y evaluar si son adecuados y relevantes

Para finales del 2009 se presenta un nuevo desafío, explorar otras entidades diagnósticas del espectro obsesivo compulsivo: el trastorno dismórfico corporal, el atesoramiento, la hipocondriasis, la excoriación psicógena y la tricotilomanía, así que todos los esfuerzos académicos se centraron en dilucidar sus más recónditos secretos para permitir el diseño de nuevos algoritmos de tratamiento, la búsqueda de instrumentos de tamizaje que permitieran identificar a posibles sujetos de tratamiento y el diseño de proyectos de investigación que facilitaran escudriñar el mayor número de características de estos complejos fenómenos clínicos.

En este mismo momento, desde trabajo social, se estructura un proyecto de investigación dirigido a conocer el complejo fenómeno de la acomodación y/o adaptación familiar, consistente en la colaboración de los familiares en alguno o todos los síntomas compulsivos en el TOC, para ello fue necesario trabajar en la traducción y adaptación de un instrumento que identificara y evaluara diferentes formas de participación, abriéndose una línea específica de exploración e intervención, sin que ello significara dejar de participar en todos los demás aspectos a explorar en los otros diagnósticos.

La integración del equipo y la flexibilización sobre la posesión del conocimiento han dado lugar a un espacio que favorece la comprensión, la atención rápida, oportuna y eficaz, además de holística e integradora; dando lugar a un espacio seguro confiable y de resguardo para los usuarios, que saben que los miembros del equipo están atentos a buscar

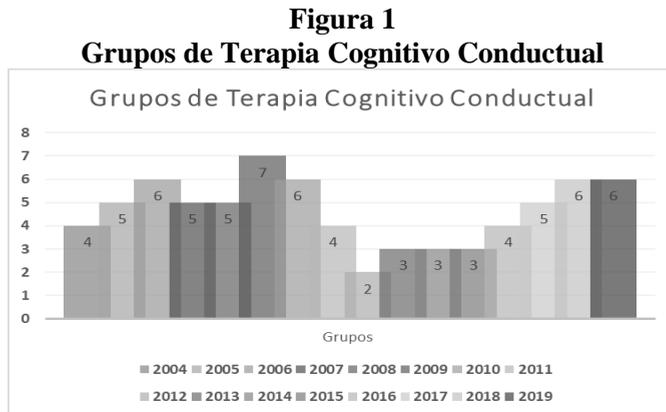
alternativas que permitan salvar los obstáculos que se presentan en su proceso de tratamiento.

También ha permitido la consolidar la producción de material académico que recupera la experiencia de diversos aspectos de la intervención clínica. (López, 2014), (Lóyzaga, 2017), (López, 2022).

Resultados

En el cuerpo del texto se intentó plasmar el proceso metodológico que dio lugar al modelo que hoy día continúa ejecutándose con éxito en la Clínica de TOC y Te, a pesar de no ser un proyecto de investigación considero relevante compartir algunos de los productos que a lo largo de estos años se han generado con este grupo de trabajo.

Este complejo proceso dio lugar al diseño y ejecución de grupos de terapia cognitivo conductual para cada uno de los diagnósticos del espectro obsesivo, en los que la participación de Trabajo Social fue constante. (Ver, figura 1)



Fuente: Elaboración propia, 2022

Estos grupos brindan atención a pacientes y familiares dentro de un mismo espacio terapéutico (Ver figura 2). Situación que favorece la comprensión y desarrollo de habilidades empáticas. Al mismo tiempo permite que los familiares identifiquen y fortalezcan habilidades cognitivas, emocionales y conductuales que se convierten en

herramientas indispensables para apoyar a los pacientes a enfrentar los síntomas.

Figura 2
Pacientes y familiares atendido en grupos de TCC.



Fuente: Elaboración propia, 2022

Los resultados se presentan hasta 2019, la presencia de la pandemia y las restricciones establecidas para enfrentarla detuvieron la posibilidad de continuar con las terapias grupales, mismas que a partir de 2021 fueron recuperándose con diversas restricciones.

La integración en el equipo de la Clínica permitió que Trabajo Social participara en diversos proyectos de investigación. (Ver Tabla 1). Las temáticas de los proyectos corresponden a los distintos diagnósticos en los que se realizan intervenciones clínicas.

Tabla 1
Participación de trabajo social en proyectos de investigación

Tipo de participación	Título del proyecto	Año	Modalidad
Primer autor	Familia y psicoeducación en el trastorno obsesivo compulsivo.	2015	Capítulo de libro
Colaboración	Trastornos de acumulación excesiva en una muestra mexicana, características clínicas y demográficas, datos preliminares	2015	Cartel
Colaboración	Trastorno dismórfico corporal en población mexicana: características clínicas y demográficas.	2015	Cartel
Colaboración	Estudio clínico y fenomenológico del arrancamiento crónico de cabello en pacientes con trastornos mentales de la consulta externa del INP Ramón de la Fuente	2015	Cartel
Primer autor	Intervención del trabajador social en la clínica del trastorno obsesivo compulsivo	2014	Cartel
Primer autor	Respuestas emocionales y tiempo que se dedican los familiares a los síntomas de los pacientes con TOC. Antes y después del TOC, Resultados finales	2013	Cartel
Primer autor	Terapia cognitivo conductual grupal para trastornos obsesivo compulsivo, modalidad multifamiliar. Evidencias sobre el impacto en la mejoría clínica.	2013	Cartel

Fuente: Elaboración propia, 2022

Esta experiencia muestra como el uso de la comunicación, combinada con el compromiso, la apertura al conocimiento novedoso, aceptar los riesgos que representa el cambio, en conjunto con un liderazgo flexible y la capacidad para utilizar las mejores habilidades de los involucrados en un equipo, se convierten en experiencias exitosas.

Conclusiones

Los desafíos que representa la inserción en los equipos de salud para Trabajo Social son diversos e implican ámbitos personales, de formación, de interacción y de ruptura de paradigmas con repercusiones cognitivas, emocionales y relacionales con los equipos, pero también con otros trabajadores sociales.

El estudio, reflexión y comprensión necesarios para reconfigurar el quehacer profesional es una tarea que requiere del compromiso para socializar experiencias exitosas que favorezcan el interés de replicar y/o innovación en el desarrollo de modelos útiles.

Las habilidades que los trabajadores sociales desarrollamos en la formación académica nos configuran como un profesional con altas competencias y habilidades en la resolución de conflictos, dentro de las nuevas perspectivas de intervención es necesario colocarnos como facilitadores de la búsqueda y aprovechamiento de las oportunidades que las situaciones críticas ofrecen para el crecimiento en todas sus vertientes.

El campo específico de la salud mental, que involucra trabajar con la psicopatología, ofrece al Trabajo Social Psiquiátrico y a los trabajadores sociales formados como terapeutas familiares, individuales, grupales, tanatólogos y cualquier otra especialización del ámbito de la terapia, un campo en creciente demanda y una excelente oportunidad de ocupar un espacio que se vive carente de suficientes profesionales con conocimiento y habilidades que apoyen en la atención de las situaciones complejas de la vida.

Referencias

- Alonzo A., (1985) "Health as Situational Adaption: A Social Psychological Perspective", Soc. Sci. Med., 21 (12), pp. 1341-1344.
- Apastel I., Berger G., Briggs A., y Michaud G., (1975) Interdisciplinarietà, México, Anuies.
- Bautista GYM, Bazán RGE, Torres VLE, et al. Percepción de los médicos generales sobre el trabajo multidisciplinario en la atención del paciente con asma. Rev Elec Psic Izt. 2016;19(1):115-131.
- Betancourt J. A., (2013) Modelo Transdisciplinario para la investigación en salud pública. Rev Panam Salud Pública;34(5):359-63.
- Betancourt, J. A., Mirabal, M. y Acao, L. (enero-abril, 2014). Hacia la investigación transdisciplinaria mediante el aprendizaje cooperativo. *Revista Electrónica Educare*, 18(1), 41-55. Recuperado de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/issue/current>
- Gyarmati, G., (1970) Las profesiones: dilemas del conocimiento y el poder. Santiago: Universidad Católica de Chile
- Gyarmati, G., (1991) Salud y Enfermedad: Hacia un paradigma Biopsicosocial. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales
- Klein, J., (1990) Interdisciplinarity: History, Theory & Practice, Detroit: Wyne State University.
- López J., M. T.; Barrera V., M. I.; Cortés, S. J.; et al. (2011) Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo y sus familiares. *Revista Salud Mental*. 34, pp. 111-120.
- López J. M.T., Lóyzaga M.C., Vargas A. L. A. (2014) Familia y Psicoeducación en el Trastorno Obsesivo Compulsivo En: *Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas y sus determinantes sociales*, UNAM, pp. 260-273.
- López J., M. T., (2019) Respuestas emocionales y tiempo que dedican los familiares a los síntomas de los pacientes con TOC, antes y después del programa de Terapia Cognitivo Conductual Multifamiliar (Tesis Maestría) Universidad Nacional Autónoma de México.

- Lóyzaga, M. C.; Vargas A., L. A., (2017) Guía Clínica para el Trastorno Obsesivo Compulsivo: Compendio de guías clínicas en Psiquiatría, Asociación Psiquiátrica Mexicana 1ª. Ed.
- López J. MT, (2022) Respuestas emocionales y tiempo que dedican los familiares a los síntomas de los pacientes con TOC, antes y después del programa de Terapia Cognitivo Conductual Multifamiliar, tesis
- Martínez, M. (2003). Transdisciplinariedad: Un enfoque para la complejidad del mundo actual, *ConcienciActiva21*, 1, pp. 107-146. Recuperado el 20 de abril de 2009, de <http://www.concienciactiva.org/?seccion=ca21&pagina=6>.
- Piaget, J., (1972) Méthodologie des Relations Interdisciplinaires. *Archives de Philosophie*, 34:539–549.
- Tobeña, V., (2006) Relaciones de poder al interior de un equipo interdisciplinario de salud, *Kairos, Revista de temas sociales*, 17, 1-22. Recuperado el 20 de abril de 2009, de <http://www.revistakairos.org/k17-05.htm>

Intervención del Trabajo Social en una organización hospitalaria: caso hospital de la mujer

Marisela Rivera Montoya⁴
Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera

Introducción

Los campos de intervención profesional son los espacios donde las profesiones ejercen su trabajo de manera formal, científica y diestra. Donde se trata de poner en acción los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos que competen al ejercicio profesional de determinada profesión. En el caso de Trabajo Social los campos de intervención se convierten en un abanico de oportunidades donde puede incursionar profesionalmente, a diferencia de otras profesiones, cuenta con opciones muy variadas apoyadas por teorías y metodologías que le dan sustento al conocimiento de las necesidades y problemas y de su hacer profesional.

Este artículo presenta un análisis de los principales hallazgos encontrados en una investigación realizada en una organización hospitalaria de la secretaria de Salud de Sinaloa, en el caso específico del Hospital de la Mujer. El objetivo es evidenciar las características de la intervención que realizan las trabajadoras sociales en este campo profesional. La metodología utilizada fue desde el enfoque cualitativo, donde nuestras sujetas de estudio fueron las trabajadoras sociales, donde se hace evidente la profesión altamente feminizada. El método utilizado fue el análisis de discurso desde el interaccionismo simbólico,

⁴ Profesora Investigadora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

se trabajó con las técnicas de la observación, entrevista a profundidad y grupos focales.

La Intervención profesional del Trabajo Social

Iniciamos la reflexión a partir del concepto de intervención social, que, en la mayoría de los países europeos, principalmente en España ha venido a reemplazar el concepto de acción social. La expresión de intervención se introduce en el campo de las prácticas sociales para designar el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado. Toda forma de intervención social debe apoyarse en aspectos técnicos, necesita de métodos y técnicas de acción y tiene una intencionalidad que viene dada por un marco ideológico, político y filosófico de quien la realiza.

Si nos remitimos al análisis desde la óptica del Trabajo Social, encontramos que la intervención es entendida como la acción organizada y desarrollada por los profesionistas de Trabajo Social con las personas, los grupos y las comunidades cuyos objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía, basada en fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos disciplinares, desde un enfoque integral (Aquín, 1996). Esta concepción la podemos enmarcar en una concepción dinámica de la persona que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural de la realidad social, donde interactúa con otras disciplinas y profesiones; desde esta postura realizamos esta investigación.

Etimológicamente, el término *intervención* hace referencia a la acción y efecto de intervenir, la palabra *intervenir* significa tomar parte en un asunto y también interceder o mediar por alguien (2012). Los objetivos específicos y los modos concretos de realizar la intervención están supeditados a las características de la realidad de las personas y del contexto social, a los niveles y modelos del Trabajo Social desde los cuales se intervenga.

A partir de la década de 1990 el enfoque de la intervención es el de desarrollo humano dirigido a los individuos y a los grupos, donde

atiende principalmente problemáticas de la mujer, de la infancia en áreas de salud, educación y capacitación. La intervención se enmarca en un proceso de reflexión que intenta dar cuenta de la praxis.

Según cómo se defina el tipo de intervención, cómo se entienda la problemática social y cómo se consideren las necesidades y carencias en las que se propone intervenir, cada modelo delimitará la función social de la profesión en el contexto de una sociedad determinada, y señalará el objeto y los objetivos de intervención de la práctica profesional.

De modo que la pertinencia de la utilización de una estrategia no radica sólo en el tipo de procedimiento que propone, porque la articulación de etapas y técnicas no es casual ni arbitraria, y tampoco responde a una sola lógica de construcción, sino que el que primero deba hacerse una cosa y luego otra, que se haga esto y no lo “otro”, que para ello se seleccione una técnica y no otra implica la existencia de un criterio de construcción del procedimiento, el cual se desprende de la finalidad misma que articula la estrategia global.

Sólo analizando los criterios de construcción de las propuestas, se podrá detectar el significado de la función que se le otorga a la intervención profesional, al objeto de su intervención y a los objetivos que la orientan. Por ende, sólo así se podrá optar con criterio por una u otra estrategia, ya que así se definirá qué se quiere hacer, para qué y con quiénes. A partir de lo cual se podrá articular el cómo hacerlo en la forma más adecuada para los fines propuestos y en las circunstancias sociales concretas donde se pretende intervenir.

En síntesis, digamos que los procedimientos de la intervención no son las estrategias, sino un aspecto integrante de ellas, junto con la referencia teórica es decir el conjunto de categorías y conceptos que aportan una definición de la sociedad, una concepción de las relaciones fundamentales que sustentan su organización y una concepción de la historia, desde las cuales se interpreta y significa el campo de intervención profesional; incluye la definición de la especificidad del Trabajo Social; cómo se conceptúa, su objeto de intervención, objetivos y funciones.

Detrás de cada estrategia de intervención existe una concepción acerca de lo que se quiere intervenir, de sus causas y consecuencias sociales. Cuando alguien propone un tipo de solución como la más adecuada para determinado problema, tiene al mismo tiempo una

respuesta teórica para el mismo (es decir, una imagen de lo que es el problema en cuestión).

La intervención se produce en casi todos los ámbitos de nuestra vida social e individual, por lo que en la práctica es difícil separar que es o no intervención. Sus raíces se instauran en la modernidad, constituyendo un elemento básico en nuestra forma concreta de concebir y pensar en el mundo, social y culturalmente.

La constitución de la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud

El Trabajo Social como profesión, tiene sus orígenes en el campo paramédico y parajurídico como ya lo indicamos anteriormente. La intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la salud en México se considera que inició en 1943, cuando se fusionó el Departamento de Salubridad, que atendía la salud de la población de los sectores populares, con la Secretaría de Asistencia Pública, creándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Como antecedente en este campo encontramos que es a partir de ese año cuando se ampliaron los servicios médico-asistenciales donde por más de 30 años fue significativa la intervención de los profesionistas de Trabajo Social.

Muchas de estas(os) trabajadoras(es) sociales se hicieron a través de diversos cursos y la práctica, denominándose *empíricas*, mismas que fueron remplazándose por personal egresado de las escuelas de Trabajo Social que se crearon tanto en la Universidad Nacional Autónoma de México como en la Secretaría de Educación Pública (Valero, 2005).

Según Yolanda Jalavera: los servicios de salud pública y atención hospitalaria han sido uno de los sectores de mayor y más antigua implantación del Trabajo Social, concretamente, en América latina... (...), básicamente sus funciones son de reinserción de enfermos, atención de las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios, la educación sanitaria y la salud pública dentro de los programas de atención privada, donde se desarrolla una función básicamente preventiva (Entrevista: 2007).

El Hospital General de México constituye un pilar fundamental en el origen del Trabajo Social en el campo de la salud, donde si bien existen

pocos datos en torno a la incorporación de trabajadores(as) sociales, se sabe que desde sus primeros años de funcionamiento se contó con algunas personas, empíricas todas ellas, que se encargaban de fijar cuotas de restitución y en contadas ocasiones se hacían cargo de problemas de orden social. Su trabajo era desarrollado en la oficina de Admisión de Enfermos. Fue hasta 1948 y 1949 cuando se incorporaron dos trabajadoras sociales, a fin de atender los servicios de admisión, consulta externa, urgencias, medicina interna, medicina preventiva, neonatología y relaciones públicas. A través del tiempo, el número de trabajadores sociales fue en aumento debido a las necesidades técnicas y administrativas de los diferentes servicios.

El campo de la salud como espacio de intervención del Trabajo Social

Para que sea posible repensar y conceptualizar adecuadamente el campo profesional y la construcción de los diversos objetos de intervención, es necesario apoyarnos en la teoría del campo social propuesta por Pierre Bourdieu y la teoría de la acción social, propuesta por Max Weber y todos sus continuadores hasta los más contemporáneos como Thomas Luckmann y Peter Berger.

Pensar en estrategias de intervención remite a reconsiderar el espacio de intervención del Trabajo Social Hospitalario. Al respecto nos ha parecido apropiado retomar aspectos de la conceptualización de campo ofrecida por Pierre Bourdieu, como espacios estructurados de posiciones que tienen propiedades específicas que le otorgan una relativa autonomía. Un campo se precisa definiendo lo que está en juego y los intereses específicos. En él interactúan agentes sociales diferenciados (que ocupan posiciones objetivas diferentes) que persiguen satisfacer sus intereses particularizados, procurando mantener o adquirir el máximo grado de control posible sobre los procesos que lo posibilitan y sobre el capital específico en juego. Para ello se articulan con posibles aliados, en convergencias parciales, temporarias, o más o menos duraderas. El campo de intervención es también campo de apetencias de actores sociales particulares, ya sea porque quieren evitar todo cambio de *statu quo* para mantener su

posición privilegiada, o porque podría ser objeto de apropiación para obtener de él beneficios.

El campo de la salud se integra por todas las organizaciones institucionales de carácter público, privado, asociaciones civiles, organizaciones no gubernamentales y todo tipo de instituciones que sean parte del sistema nacional de salud, donde encontramos las instituciones de seguridad social, la asistencia social y las privadas, en las que los profesionistas de Trabajo Social se insertan laboralmente a realizar su intervención profesional. Para efectos de esta investigación, nos enfocamos en la Secretaría de Salud que como parte del sistema asistencial del Sistema Nacional de Salud está integrado por diversas unidades de atención médica, donde se sitúa el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, México.

El Hospital de la mujer como espacio de intervención del Trabajo Social

En cuanto a nuestro estado de Sinaloa, de acuerdo con los datos registrados en el Manual de Trabajo Social de la Secretaría de Salud, los antecedentes profesionales del Trabajo Social dentro de la Secretaría de Salud y específicamente en el Hospital General, remiten a la aparición del Departamento de Trabajo Social el 18 de mayo de 1990, fecha en que el Hospital General de Culiacán abre sus puertas a la ciudadanía del estado de Sinaloa.

El departamento de Trabajo Social, inicia sus labores con una plantilla de sólo 3 trabajadoras sociales y 2 pasantes de servicio social, Ramona Rebeca Padilla como jefa del Departamento de Trabajo Social, Clara Damken Armenta y Elsa de Jesús Limón, en los turnos matutino y vespertino respectivamente, número que en la actualidad se ha incrementado a 48 trabajadoras sociales de nivel técnico y licenciatura, debido al crecimiento de la institución y la gran afluencia de pacientes que no cuentan con ningún sistema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, etc.) y otros factores como es el surgimiento de nuevos sistemas de seguridad para la población subrogada, como es el caso del Seguro Popular, hoy denominado INSABI (Instituto Nacional de Bienestar). Actualmente se cuenta con trabajadoras sociales en los diferentes turnos y áreas como son el turno matutino, vespertino,

nocturno y jornada acumulada que son los sábados, domingos y festivos.

Consideramos pertinente retomar como antecedente al Hospital General ya que los servicios de ginecología y en general todos aquellos servicios de atención dirigidos a las mujeres fueron trasladados al Hospital de la Mujer, donde los antecedentes del Departamento de Trabajo Social se remontan a fechas más recientes. Cabe señalar que la mayoría de las trabajadoras sociales ya laboraban para la Secretaría de Salud y fueron reubicadas en esta nueva institución hospitalaria que surge el 16 de febrero del 2009 con el siguiente personal: una jefa de departamento, 7 trabajadoras sociales y 2 voluntarias, en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada diurna, número que se ha incrementado con el crecimiento de esta Institución.

En el manual de procedimientos está registrado que Trabajo Social es uno de los departamentos de más importancia dentro de esta institución de salud, ya que es el medio por el cual los usuarios y pacientes conocen los servicios médicos que proporciona y son el vínculo entre las usuarias y la Institución.

De acuerdo con la clasificación elaborada por Silvia Galeana de la O (2002), el campo de la salud se ubica en los campos tradicionales de intervención del Trabajo Social ya que existen, por un lado, áreas emergentes, donde encontramos que su desarrollo es embrionario e incipiente, las potenciales no se han estructurado, pero pueden llegar a hacerlo y las alternativas que no están legitimadas socialmente. De acuerdo con el grado de formalización de las áreas de intervención se configuran en el campo dos tipos de espacios del ejercicio profesional: las instituciones (Organizaciones) y las comunidades.

Las áreas o campos históricamente identificados en Trabajo Social han sido la salud, educación, programas de vivienda, empresa y sindicato, ámbito rural, familia, infancia, psiquiatría, drogodependencia, criminología, sistema de seguridad social, tercera edad (Ander Egg, 2016).

Si observamos el conjunto de organismos o agencias de prestación de servicios sociales, constatamos que la mayoría de los profesionales trabajan en instituciones públicas. En los últimos años se ha ido acrecentando la incorporación de profesionistas de trabajo social en organizaciones no gubernamentales que prestan este tipo de servicios. Esta tendencia se acentúa por dos tendencias de signo diferente en los

últimos años: con el desarrollo de nuevos movimientos sociales (en general de carácter progresista) así como el traspaso del sector privado de determinados servicios y prestaciones sociales, como lo propugnan (y realizan) determinadas tendencias neoconservadoras, y como parte de la política neoliberal imperante en el contexto actual.

A nivel del deber ser, el profesionista de Trabajo Social en el área de la salud se integra al equipo multidisciplinario, conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y evaluación; orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones del 1ro, 2do, y 3er nivel de atención.

Al realizar la investigación de campo, pudimos verificar, comprobar y confirmar los supuestos planteadas en nuestro trabajo de investigación, nos enfocamos básicamente en conocer las funciones, actividades y estrategias de intervención que los trabajadores sociales construyen al momento de intervenir en una organización hospitalaria: el caso del Hospital de la Mujer; además de identificar el tipo de estructura y modelo organizacional, la relación que existe entre el tipo de estructura y la intervención profesional que realizan las trabajadoras sociales.

Contextualizar la intervención profesional que realizan las trabajadoras sociales es fundamental para comprender y proyectar las propuestas metodológicas y tomar decisiones en la intervención, puesto que no se desarrolla en el vacío; se construyen en cada momento (tiempo y espacio). Desde una perspectiva construccionista, el análisis de las acciones profesionales del Trabajo Social requiere revisar el contexto, ya que es una actividad socialmente construida, por lo que varía según las culturas; y forma parte de un entramado de actividades profesionales y de servicio.

Origen y desarrollo del Hospital de la Mujer

A partir del año 2003, debido a la demanda de atención médica de la población surge la necesidad de contar con un hospital que brinde una

atención integral a los padecimientos propios de la mujer, atención obstétrica y al recién nacido; para esto se tuvo el apoyo de las autoridades, entre ellos entonces Secretario de Salud, el Dr. Víctor Manuel Díaz Simental y del Subsecretario de Salud, Dr. Raúl Borrego Gaxiola, quien con su apoyo y el del área de planeación de la propia Secretaría de Salud se planeó y ejecutó un proyecto médico arquitectónico.

El 13 de octubre del 2004, el gobernador Juan S. Millán Lizárraga, en una ceremonia oficial, colocó la primera piedra para la construcción de un hospital que resolviera las demandas para “atender integralmente la salud de la mujer y del recién nacido” (sic), situado en Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros s/n, del Desarrollo Urbano Tres Ríos código 80127, dicha unidad hospitalaria fue diseñada, en teoría, para tener accesibilidad y vías de comunicación adecuada.

Para la realización de este ambicioso proyecto fueron nombrados coordinadores el Dr. Oscar Garzón López y la Lic. en Enfermería María Teresa Barrón Alvidrez. La inauguración del hospital fue el día 17 de febrero 2009 por el C. Presidente de la República, Felipe Calderón Hinojosa; el Secretario de Salud, José Córdoba Villalobos; el gobernador del Estado de Sinaloa, Jesús Aguilar Padilla; Secretario de Salud en Sinaloa, Dr. Héctor Ponce Ramosy el presidente municipal de Culiacán, Jesús Vizcarra Calderón.

Siendo el primer director de esta institución el Dr. Aarón López Monge; el subdirector Dr. Jesús Eduardo Angulo Ibarra; administradora Lic. Liliana Velázquez Picos; la jefa de Enfermeras, la Lic. María de los Ángeles Salazar Ponce y la Lic. Vicenta Angulo Soto que fungió como jefa de departamento de Trabajo Social.

El Hospital de la Mujer cuenta con las áreas básicas que exige la normatividad hospitalaria, estas son: médicos, enfermería, áreas administrativas; servicios generales de: intendencia, vigilancia, recursos financieros, recursos humanos, recursos materiales, administración, informática, investigación, enseñanza, mantenimiento, archivo clínico, relaciones públicas, trabajo social, admisión hospitalaria, lavandería, dietología, farmacia interna y externa. También urgencias, consulta externa, quirófanos, tococirugía, recuperación, central de equipos, cuidados intensivos, hospitalización de gineco-obstetricia, nivel 7, neonatología, reanimación neonatal, cirugía ambulatoria, crecimiento y desarrollo, puerperio de bajo riesgo,

estimulación temprana, laboratorio, banco de sangre y patología clínica, climaterio y la menopausia (osteoporosis), área de la biología de la reproducción y clínica de la embarazada adolescente.

En el proyecto del Hospital de la Mujer tuvo como objetivo: “dar solución al problema de la demanda de la atención médica que al momento de su construcción se presentaba, que era un alto índice de problemas de salud relacionados con la mujer, además del interés personal de la Sra. Rosalía Camacho esposa del Gobernador en turno, además no era suficiente el servicio que prestaba el Hospital General; pero al mismo tiempo se tenía contemplado tomar en consideración el índice del crecimiento demográfico (2.5% por año a nivel nacional), el incremento de población que se incorpora paulatinamente al Seguro Popular (el 45% de la población no tiene derechohabencia). Población total 2 millones 536 mil 844 de ellos 1 millón 152 mil 585 no tienen ese acceso a la salud. Desde el año de la implementación en el estado de Sinaloa (2004) hasta diciembre del 2008 el Seguro Popular presenta un padrón con 221 mil 187 familias beneficiarias de un total de 724 mil 208 usuarios afiliados al programa.

En materia de planeación se tomó en consideración que los grupos etarios que más demandarían los servicios oscilarían entre los 15 a los 74 años de edad, que el área de influencia estaría en la jurisdicción IV (Badiraguato, Navolato, Culiacán, Elota y Cósala), que en el año en que se inauguró el Hospital de la Mujer (2008) tenía una población potencial del orden de los 326 mil habitantes y de ellos 105 mil 428 sería el número de mujeres potenciales que demandarán los servicios de atención médica, repartida esta cifra entre los servicios médicos particulares, el Hospital Civil de Culiacán y el propio Hospital Materno Neonatal.

Se planea que en un futuro próximo el hospital cuente con las siguientes clínicas: tanatología, diagnóstico prenatal, displasias, enfermedades de transmisión sexual y uroginecología. clínica de mama, endoscopia ginecológica; asimismo se espera que el Hospital de la Mujer pronto tenga una remodelación en la que se consideraran: ampliación de tococirugía, locker en el área de neonatos para guardar las pertenencias de los padres de familia y una capilla. El hospital se verá involucrado en la atención en padecimientos más complejos y complicados, así como también un centro de referencia que brinde atención especializada a la población.

La Secretaría de Salud en Sinaloa cuenta con un total de 241 unidades, que son en total 209 Centros de Salud; 6 Hospitales Generales; 13 Hospitales Integrales; 1 Hospital de Especialidades (Psiquiátrico); 2 Uneme de Hemodiálisis; 1 Uneme de Diagnóstico; 1 Uneme de Oncología; 2 Centros de Atención y Prevención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (Uneme Capasits); 1 Centro de Atención Primaria en Adicciones (Uneme Capasits); 1 Uneme de Enfermedades Crónico Degenerativas; 1 Centro Dermatológico; 1 Centro de Especialidades Odontológicas (Culiacán); 1 Centro de Higiene Escolar; 1 Centro Estatal de Transfusión Sanguínea y 1 Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Trabajo Social, dentro de la Secretaría de Salud, se rige bajo un manual de procedimientos para hospitales generales; donde se definen las funciones y actividades básicas a realizar por el trabajador social en los servicios de atención al paciente: urgencias, hospitalización y consulta externa.

Después de conocer la normatividad que existe en el Hospital de la Mujer, es importante conocer la dinámica y formas donde los sujetos miembros de la organización interactúan, a continuación, se aborda lo relativo a la forma de desarrollan los procesos organizacionales.

El Manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social

El departamento de Trabajo Social del Hospital de la Mujer, en el afán de dar cumplimiento con los requerimientos protocolarios de funcionamiento del mismo, al inicio de su gestión elaboró un manual de procedimientos donde se describe la justificación de su elaboración, determina el objetivo que se persigue, las recomendaciones para su uso, así como datos generales, antecedentes, base jurídica, atribuciones, políticas y funciones, integrando además la estructura orgánica y organigramas del departamento y del hospital.

En este documento se especifica cuáles son los procesos que deben seguir las trabajadoras sociales en la atención de la problemática del Hospital de la Mujer, sin embargo, al momento de atender cualquier situación cada trabajadora social realiza el trabajo de acuerdo con lo que supone “debe ser” según sea el caso, pues existen cuestiones

atípicas que incluso no están contempladas en el manual. Un ejemplo es cuando una paciente se va del hospital sin cubrir su cuota:

En una ocasión una paciente se fue porque no tenía para pagar y no contaba con su Seguro Popular acreditado, la subdirectora le habla a la jefa de Trabajo Social, ya que tenían el temor que los denunciaran con Derechos Humanos y a los medios de comunicación, como ha sucedido en otras ocasiones y por otro lado, el Secretario de Salud nos amenaza para que no otorguemos exoneraciones de pago, hasta nos dijo que va a desaparecer el Departamento (Informante TS-9).

También en el Manual de Procedimientos del Programa de Referencia y Contrareferencia se plasma que su objetivo es canalizar al paciente cuando requiere otro nivel de atención, así como darle continuidad a su tratamiento hasta que éste concluya. En dicho manual se establecen los ordenamientos a seguir por parte del Departamento de Trabajo Social en los siguientes procesos:

- Ingreso de pacientes al servicio de urgencias.
- Ingreso de paciente a hospitalización.
- Paciente con problemática social.
- Elaboración de estudio socioeconómico.
- Referencia y contra referencia en hospitalización y/o urgencias.
- Referencia y contra referencia en consulta externa.
- Educación para hospitalización.
- Visita domiciliaria.
- Caso médico legal.
- Egreso voluntario.
- Egreso del paciente en hospitalización por mejoría.
- Egreso por defunción.
- Resguardo de pertenencias de pacientes.
- Evidencia forense.
- Referencia de traslados a otras instituciones.
- Pacientes sin recursos e indigentes.
- Manejo conductual del paciente con agresividad y violenta en el servicio de urgencias.
- Pase permanente.

- Autorización de medicamentos para pacientes indigentes o de bajos recursos.
- Reglamento de las diferentes áreas de hospitalización.
- Canalización de pacientes al albergue.
- Consentimiento de atención médica al ingreso de Paciente Psiquiátrico Pediátrico e inconsciente.
- Aplicación de encuestas a usuarios.
- Referencia de paciente a otro servicio.
- Informe médico sobre el estado del paciente al familiar

Existen diferentes concepciones sobre la aplicación de las reglas, Durkheim (1961) muestra las rupturas que puede haber en la relación de los individuos y la sociedad, al haber una aplicación inconsciente de ellas. Señala además que, en la sociedad capitalista, las reglas basadas en la religión y la comunidad son características del pasado y son sustituidas por las organizaciones modernas, basadas más en la integración y la interdependencia.

Las normas son los estándares compartidos por los miembros de las organizaciones. Ellas poseen ciertas características que son de importancia para los integrantes de estos grupos, quienes además las conocen porque se les presentan en forma verbal y escrita. El comportamiento de los sujetos hacia esas normas está determinado por los valores que poseen y las actividades que realizan y se elaboran de acuerdo con el modelo de administración organizacional que se implementa.

Encontramos que existen reglas que son creadas por los actores y reglas que son creadas para ser acatadas por los actores organizacionales. Ubicamos los manuales de procedimientos en la primera categoría y las leyes generales como la Constitución y la Ley General de Salud en la segunda. Aunque es importante señalar que los manuales aun siendo elaborados por el propio departamento de Trabajo Social, son una réplica de los mandatos establecidos por la Secretaría de Salud a nivel federal.

Intervención Profesional del personal de Trabajo Social en el Hospital de la Mujer

Entendemos por intervención profesional como una forma de acción social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa, que integra supuestos ideológicos, políticos, filosóficos (conocimiento), con propuestas metodológicas (acción). Supone procesos que parten del conocimiento de problemáticas: implica identificar sujetos, situaciones y circunstancias para promover su desarrollo humano (transformación); reconocer diferentes realidades subjetivas desde perspectivas particulares; se apoya en teorías sociales que juegan un papel explicativo y guían el conocimiento, proceso y resultados; además, como ejercicio profesional, expresa un saber hacer especializado (Cifuentes Gil; 2003).

Para realizar su intervención profesional en el Hospital de la Mujer, el departamento de Trabajo Social, representado por su jefa, elaboró un diagnóstico situacional donde se manifiesta que los trabajadores sociales que laboran en las unidades hospitalarias tienen la responsabilidad de realizar acciones que apoyen el tratamiento médico mediante la participación del usuario y sus familiares. La intervención que proporciona a pacientes, familiares y personal en general, debe ser de manera profesional, cortés, respetuosa, oportuna y resolutive; considerando los factores críticos de la enfermedad y el impacto emocional que conlleva.

En el párrafo anterior podemos encontrar una confusión entre el concepto de intervención y el de atención, ya que el primero hace referencia a un proceso de actuación sobre un determinado contexto social que tiene como finalidad el desarrollo, cambio o mejora de situaciones, colectivos, grupo o individuos que presenten algún tipo de problema o necesidad para facilitar su participación social en el ámbito personal, grupal o institucional (Pérez Serrano, 1990).

Por otro lado, la atención es el servicio que se brinda en la inmediatez de la intervención, lo que nos lleva a decir que existe vaguedad y falta de claridad en los conceptos y conocimientos que las trabajadoras sociales manejan en los documentos oficiales como es el caso del Manual de Procedimientos. En el documento elaborado como

diagnóstico situacional del departamento de Trabajo Social se enumeran diez de los principales servicios que brinda el departamento:

- Localización de familiares de pacientes que ingresan a este centro de hospitalización sin familia.
- Egresos voluntarios, se realiza a pacientes hospitalizadas que piden ser trasladadas a otra institución o a su domicilio por voluntad propia o de sus familiares.
- Atención de defunciones, los trámites administrativos para el egreso del paciente a servicios funerarios.
- Elaboración de estudios socio- económicos a cada paciente para determinar su nivel y clasificación social.
- Altas por mejoría clínica, se realiza trámite de registro de servicios para cobro de egreso o trámite de Seguro Popular.
- Trámite de incineración de óbitos.
- Bitácora de pacientes hospitalizados por áreas, con diagnóstico médico que atiende, numero de cama, etcétera.
- Oficios de notificación al ministerio público de cada paciente que tiene un diagnóstico donde se presenta violencia.
- Recibo de pertenencia del paciente, resguardan cuando no se cuenta con familiares o son desconocidos (indigentes).
- Autorización de medicamentos a pacientes de bajos recursos o indigentes.

Como se puede apreciar no se habla en un sentido amplio de funciones a cumplir, sino que se limita a enlistar especificar actividades y tareas designadas a los profesionistas de Trabajo Social. Como “servicios” que hace evidente la realización de una práctica de Trabajo Social decadente, en donde se realizan labores de asistencia social, con una mentalidad en la que se concibe su actuar como un técnico para hacer caridad, para la beneficencia y la filantropía, como un auxiliar del nivel técnico intermedio, útil para ayudar en las acciones del médico, de la enfermera y el personal administrativo. Como se manifiesta en el siguiente discurso: “...*Estamos colaborando con el departamento de enfermería en un programa que ellos elaboraron para atender a las adolescentes embarazadas...*” (Informante: TS-5).

Lo que indica que el departamento de Trabajo Social no se da a la tarea de ser líder en la elaboración de programas dirigidos a las usuarias,

por lo que tiene que servir de colaborador con el equipo médico y de enfermería.

Retoma también para su intervención aspectos relacionados a la denominada práctica en Trabajo Social Dominante, consiste en un interés técnico científico para elevar el estatus profesional, donde al trabajador social se le dota de una preparación psicologista y sociologista, que no solo explique las contrariedades de la gente como resultado de circunstancias personales, sino que se atienda a estos conflictos también como generadores de problemas sociales; esto significa que no basta el incidir en los trastornos individuales sino que se tiene que intervenir a nivel social, en donde se considere la participación comunitaria como uno de los ejes para superar las problemáticas sociales.

Es decir, busca integrar a la población en la solución de sus problemas y necesidades que permita su participación activa mediante la investigación, planeación y ejecución de proyectos específicos; como lo expresa:

(...) Las trabajadoras sociales deben contar con licenciatura como mínimo, que les permita tener un mayor conocimiento de los problemas sociales que atiende, yo, por ejemplo, cuando no tenía la licenciatura no sabía cómo elaborar un proyecto adecuadamente, cuando hice la nivelación aprendí a usar las nuevas tecnologías, a redactar adecuadamente y a encontrar explicaciones a la conducta de las personas para una mejor atención (...) (Informante: TS 4).

De acuerdo con lo anterior podemos decir que la intervención profesional que realizan las trabajadoras sociales en el Hospital de la Mujer responde a una práctica desactualizada o decadente, debido a que tiene un enfoque teórico metodológico con características asistenciales, pero con ciertos matices de la parte dominante, como se puede apreciar en el cuadro siguiente:

**Actividades y Métodos del Departamento de Trabajo Social
Incluidas en el Programa De Trabajo.**

Actividades	Método
Solicitar asistir a juntas de cuerpo de gobierno. A la dirección a través del canal de comunicación adecuado.	Elaborar oficio de solicitud.
Implementar juntas de trabajo con el personal de trabajo social.	Por medio de memorándum circulares cada 2 o 3 meses.
Hacer recorridos de supervisión para conocer la problemática del hospital en los diferentes turnos	Observación y libreta de pendientes que se manejan en el departamento
Estar en constante comunicación y coordinación con el departamento de calidad.	Siguiendo junta bimestral según sea el caso.
Reporte de actividades de todo el personal que labora en el departamento de trabajo social	Pasar esta información a estadística cada mes
Gestionar los trámites necesarios para otorgar facilidades para que el personal de trabajo social se capacite	Mediante reuniones con personal directivo, enseñanza cada mes.
Coordinación con la facultad de trabajo social y coordinación de enseñanza para la prestación del servicio social	Reuniones, oficios según sea el caso.

Fuente: Elaboración propia a partir del programa de trabajo, 2022

En el manual se propone que la supervisión se llevará a cabo tomándose como base las normas, instructivos y manuales establecidos. La evaluación se llevará a cabo a través de la medición de los objetivos y metas en base a los resultados. El programa de Trabajo Social fue elaborado por el grupo de trabajadoras sociales que laboran en este Hospital de la Mujer y será revisado para verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos. Los recursos necesarios para finalizar este programa son los suficientes proporcionados por la administración del hospital.

En el programa de trabajo plantean: la calidad y atención del grupo de trabajadoras sociales que en este hospital laboran es la necesaria de acuerdo con la población que acude en busca de atención médica, es por ello que tenemos plena seguridad que este programa es el adecuado a las necesidades que aquí presentan. Se aplicarán cuestionarios y entrevistas a usuarios para medir la atención prestada y el logro de los objetivos y metas plasmadas en este documento.

Dentro del Programa General de Trabajo se establecen las actividades que el departamento de Trabajo Social realiza y son las siguientes:

- Pase de visita a pacientes
- Elaboración de bitácoras
- Apoyo a informes
- Registro de servicios
- Trámite de egresos por mejoría clínica
- Trámite de defunciones
- Notificación a Ministerio Público
- Trámite de traslados a otro hospital
- Llamadas telefónicas
- Gestiones ante otras instituciones
- Canalización casos médico legal
- Surtir recetas de Seguro Popular
- Entregar pases permanentes
- Elaboración de estudios socioeconómicos
- Avisos de nacimientos
- Captura de referencias
- Localizar familiares de pacientes
- Guardar pertenencias de pacientes sin familiar.
- Trámite de egreso voluntario
- Captura de referencias consulta externa
- Banco de sangre
- Entrevistas
- Trámites de donación de sangre
- Localizar familiares para donación
- Localizar donadores con serología positiva
- Labor de convencimiento a familiares de pacientes

Tomando como referencia los datos anteriores contenidos en el programa de trabajo del departamento de Trabajo Social, podemos deducir que la intervención que realizan las trabajadoras sociales es rutinaria ya que al cuestionarlas sobre sus acciones manifiestan:

Se nos pasa el día rápido, por lo que los tiempos y la carga de trabajo no nos permiten ir más allá en nuestra labor, por ejemplo, si abandonan a un bebé primero realizamos llamadas telefónicas y

si no se resuelve entonces es cuando realizamos las visitas domiciliarias... (Informante TS-7).

Las funciones, actividades y tareas que realizan estas profesionistas se inclinan a las funciones administrativas, que van desde el registro de información, el seguimiento de los pacientes que acuden a alguna cita médica, 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.

Además, participan como colaboradoras en otros programas que son elaborados, coordinados y dirigidos por el personal médico y de enfermería, como son:

- Clínica de colposcopia.
- Detección oportuna de cáncer.
- Embarazo de adolescentes.
- Violencia intrafamiliar.
- Clínica dental.
- Estimulación temprana.
- Tamiz auditivo y metabólico.
- Neonatos
- Planificación familiar.

Esta información la confirmaron las propias trabajadoras sociales del área de Urgencias quienes expresan:

(...) Trabajo Social es apoyo en la orientación de la población usuaria para su canalización...en las campañas de salpingo a las pacientes las atiende el médico, pero Trabajo Social gestiona en la elaboración rápida de los estudios de laboratorio, es decir le da seguimiento para que tenga todo listo para el día de la cirugía (...).

Podemos percatarnos que el campo del Trabajo Social ha sido vulnerado por profesionales de otras carreras, por personas ajenas a la profesión, quienes incluso, no poseen título profesional, lo que va en detrimento del ejercicio profesional, de las personas beneficiarias y hasta de los empleadores, quienes desconocen hasta dónde llegan las capacidades y preparación académica de estos profesionistas. Esta

afirmación la planteamos con base a las respuestas anteriores y las ofrecidas por el secretario de salud, quien manifestó que no conoce las funciones de los trabajadores sociales y los relaciona con personas que realizan cobros y se confirma con lo expresado por el personal del Departamento de Calidad del Hospital de la Mujer:

(...) En una reunión que tuvimos con el Secretario de Salud, manifestó que si las trabajadoras sociales no traían recursos a la institución iba a desaparecer el departamento... Además, desde hace tiempo les quitó facultades con relación a la exoneración en los pagos de las pacientes de escasos recursos económicos (...) (Informante MC-1).

Lo que nos lleva a afirmar que en las instituciones se desconoce el perfil profesional de los trabajadores sociales, considerando a éstos como un empleado de oficina más, no como se señala en los discursos académicos:

(...) el trabajador social tiene que ser crítico, científico, efectivo y eficiente en su intervención y en la gestión del desarrollo social, con identidad profesional y cultural, consciente y solidario, comprometido con el desarrollo de la sociedad, el respeto y defensa de los derechos humanos, y el medio ambiente (...) (Barrios, 2002, p. 6).

Por otra parte, es importante señalar que las trabajadoras sociales que laboran en el Hospital de la Mujer son egresadas de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa y en el Plan de Estudios que cursaron se propone como objetivos centrales:

Formar profesionales capaces de articular eficientemente los conocimientos del Trabajo Social y las ciencias sociales con herramientas teórico-metodológicas para incidir en la realidad desde una perspectiva científica, crítica y emprendedora, que les permita construir su identidad sobre la base de una praxis profesional delineada estratégicamente y perfilada hacia el ejercicio independiente. (Plan 2006, p. 6).

Indudablemente que un planteamiento o discurso educativo es el deber ser, el cómo se quiere que sean los que se formen en tal o cual profesión, pero el currículo real en ocasiones está muy alejado del currículo

formal. Entonces, a partir de estas reflexiones, cobra relevancia analizar aspectos relacionados con la formación, la intervención profesional, la identidad, y también por qué no, la producción de conocimiento, que dentro de la profesión, se convierten en ejes indispensables que configuran el perfil profesional, es decir, como lo podemos observar, son parte de un todo dentro de la realidad que enfrentan los trabajadores sociales en la actualidad, y no sólo en el campo de la salud o en el área hospitalaria, sino que se generaliza a otros campos de intervención.

Los campos de intervención donde el trabajador social se desempeña laboralmente han venido a definir lógicas muy diferentes para la intervención, lo que hace necesario ir formulando nuevas alternativas de acción. El desarrollo de sus prácticas ha promovido la formación de una cierta cosmovisión general acerca de los problemas que trata, que, si bien no puede afirmarse que constituya una teoría, se organiza alrededor de principios que orientan la práctica social de este profesional. En este sentido y con la intención de contrastar las opiniones rescatadas en el trabajo de campo con las ideas expuestas con antelación, las opiniones fueron:

(...) en la escuela nos enseñan de todo, sin embargo, algunos maestros manejan conceptos desfasados, se olvidan que el mundo cambia de un momento a otro, además manejan ejemplos de realidades ajenas a nuestro contexto (...) (Informante: TS-6).

Lo que está claro, en la actualidad, para lograr los objetivos planteados para la profesión, se hace necesario contar con un *habeas* conceptual muy amplio, actualizado, que nos lleve a la especialización en diferentes campos de intervención. Se habla de un promotor de las capacidades humanas, que rebasa la ayuda, el asistencialismo y la labor paliativa que históricamente ha venido realizando el trabajador social, que contribuyan a fortalecer y desarrollar la dinámica social que lleve a los sujetos individuales y sociales a ampliar cada vez más sus niveles de participación en la toma de decisiones y en la solución de sus demandas.

Pero ahora nos surge una inquietud, ¿Cómo lograr esto?, porque parece que los discursos planteados por los teóricos de la profesión, difieren con la realidad que nos muestra las carencias que presentan los y las trabajadores Sociales, como es el caso específico del Hospital de la Mujer, donde la mayoría manifestaron que la teoría adquirida en su

formación profesional, no da respuestas concretas a la realidad, como si se tratase de seguir recetas, ante las diferentes situaciones que se presentan al momento de intervenir profesionalmente.

Conclusiones

Trabajo Social, como cualquier otra disciplina, no constituye una categoría abstracta, de las determinaciones históricas que se presentan en la sociedad, es desde nuestra visión, una variable para estudiar el qué y el cómo de la profesión. No podemos hablar de Trabajo Social si no contamos con las herramientas concretas teórico-metodológicas que nos aporta la formación profesional. Es decir, que una adecuada formación, será aquella que permita al profesionista de trabajo social reconocer los alcances y limitaciones de la profesión, es por ello que las competencias profesionales son la clave para posesionar y legitimar la labor del Trabajo Social en cualquier campo laboral.

De ahí que al analizar la intervención que realizan las trabajadoras sociales en las organizaciones hospitalarias, como se demuestra en el estudio de caso del Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, encontramos que los y las trabajadores(as) sociales, son los profesionistas que realizan labores instrumentalistas, inmediatas, asistenciales, paliativas (incluso los relacionan con las personas encargadas de realizar cobros de las cuotas), es decir, la profesión continua tipificada como una función técnico operativa, como lo planteamos originalmente en nuestros supuestos investigativos. Por lo que nos lleva a afirmar que el tipo de organización al que responde el Hospital de la Mujer con una estructura jerárquica vertical también responde a normas reglas y estándares de calidad, donde la trabajadora social es considerada como parte del personal administrativo que recibe órdenes de la subdirección, donde la mayoría de estas profesionistas no tienen un puesto asignado como trabajadoras sociales y un sueldo mínimo y poco decoroso, lo cual influye en la identidad profesional.

Por cierto, se alude a una misma profesión con diversas connotaciones que representan apreciaciones diversas. El Trabajo Social es lo que el trabajador social hace en sus prácticas diversas, es decir, en su ejercicio profesional, que en la mayoría de los casos va más allá de lo que él realiza, pareciera que los profesionistas que

actualmente se encuentran laborando en los diversos campos de intervención, pero sobre todo en el campo de la salud, hubiesen realizado una separación entre su preparación profesional, capacitación y su desempeño laboral, centrándose en lo cotidiano, en lo inmediato, en la rutina, haciendo a un lado el proceso sistematizador de la experiencia profesional, que serviría para fortalecer a la profesión.

Entre los hallazgos de esta investigación corroboramos que el Trabajo Social, en el área de la salud, es una profesión altamente feminizada, y este aspecto influye en su identidad profesional en forma significativa, ya que como se ha explicado con antelación, replica los roles que históricamente son asignados al género femenino como cuidadora, puesto que se proyectan en ella las cualidades y habilidades que se atribuyen a las mujeres con relación a las tareas de cuidado y protección. Esta naturalización aparece tanto en los precedentes del trabajo social (actividades caritativas y benéficas) como en su profesionalización.

Consideramos que nuestro trabajo sobre la intervención profesional de las trabajadoras sociales en el Hospital de la Mujer ha contribuido a la comprensión de los procesos sociales que han determinado su carácter feminizado, es decir que al evidenciar los hallazgos relacionados al surgimiento de los departamentos de Trabajo Social en las instituciones que integran la Secretaría de Salud, y el Hospital de la Mujer, nos percatamos del posicionamiento laboral que ha tenido el género femenino en los departamentos de Trabajo Social y es también una contribución a la sistematización de la historia del departamento de Trabajo Social en esta organización hospitalaria.

Referencias

- Aguayo C. (2006). *Las profesiones Modernas, Dilemas del conocimiento y del Poder*. Ediciones. Universidad Tecnológica Metropolitana. Santiago de Chile.
- Alayón, N. (1995): *Definiendo al Trabajo Social*, Ed. Humanitas, Argentina.
- Ander Egg, E. (2007): *Diccionario de Trabajo Social*, Editorial ETSCH, Edición especial, Chihuahua.

- Ander-Egg, E. (1987): *Qué es el Trabajo Social*, Humanitas, Buenos Aires.
- Aquín, N. (1996): *La relación sujeto-objeto en Trabajo Social, una resignificación posible en la especificidad del Trabajo Social y la formación profesional*, Espacio Editorial, Argentina.
- Aron, R. (1967), *Les étapes de la pensée sociologique*, Editorial Gallimard, Paris.
- Arito, S. y Benítez, M. E. (2009) “Cuadernillo N° 1” Cátedra de Análisis Institucional y Organizacional. Carrera: Lic. En Trabajo Social. FTS-UNER.
- Bourdieu, P. (1998) *El oficio del sociólogo*, Siglo XXI, México.
- Carballeda, A. J. M. C. (2015) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, vol (77), pp. 1 -4.
- Cifuentes, R. M. (2003). Conceptos para leer la intervención de Trabajo Social. Aportes a la construcción de identidad. En: *Memorias XI Seminario Nacional de Trabajo Social*. Manizales: Universidad de Caldas.
- Durkheim, E. (1961). *Sociología: Las reglas Del Método Sociológico*, Sociología y ciencias Sociales (1a. Ed.). Buenos Aires: Assandri.
- Evangelista, E. (1998), *Historia del Trabajo Social en México*, Plaza y Valdés, México, 1998.
- Galeana de la O, S. (2004): “Campos de acción del Trabajo Social”, en Manuel Sánchez Rosado (compilador) *Manual de Trabajo Social*, México, P Y V, pp. 139.
- García, S. (1991 y 1998). *Especificidad y rol en Trabajo Social. Currículum, saber, formación*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Kissnerman, N. (1998): *Pensar el Trabajo Social: Una Introducción desde el Construccinismo*, Editorial LUMEN-Humanitas, Buenos Aires, Argentina.
- Matus, T. (1999) *Propuestas contemporâneas em Trabajo Social. Hacia una intervención polifônica*. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Miranda, M. (2010) “De la caridad a la ciencia I. Trabajo Social, la construcción de una disciplina científica. Serie pioneras del trabajo social. *Pensamiento y acción*. Editorial Espacio. Argentina.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporâneas del trabajo social, introducción crítica*, Paidós, Barcelona.

- Reyes, P. y Hernández, A. 2008. El Estudio de Caso en el contexto de la Crisis de la Modernidad *Cinta Moebio*. PP. 70-89.
- Rosas, M., (1998). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Espacio, Argentina.
- Rosas, M., (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del TS*. Espacio editorial, Buenos Aires.
- Rosas, M. et al., (2006), “La formación y la intervención profesional, hacia la construcción de proyectos ético-políticos en Trabajo Social”, *Encuentro Latinoamericano de Trabajo Social*, Editorial Espacio, Argentina.
- Secretaria de Salud, (1996). *Ley General de Salud*, Porrúa, México.
- Valero Chávez A., (2008). *Apuntes para el seminario métodos de intervención en trabajo social*, Mimeo, México.
- Valero Chávez, A., (2005). Apuntes sobre la génesis del Trabajo Social mexicano. En M. Sánchez Rosado (Coord.). *Manual de Trabajo Social*. (1.ª Ed.), (pp. 11-36). [ENTS. UNAM. Serie Metodología y Práctica del Trabajo Social]. México: Plaza y Valdés Editores
- Vélez, O. L, (2003). *Reconfigurando el trabajo social, perspectivas y tendencias contemporáneas*, Espacio, Argentina.

Ideación Suicida: Identificar un modelo de intervención del trabajador social en pacientes adolescentes con ideación suicida que acuden al Hospital General Francisco I. Madero

María del Carmen Flores Ramírez,
Porfiria Calixto Juárez,
Guillermina de la Cruz Jiménez Godínez⁵

Introducción

El suicidio es un problema que se ha colocado como tema fundamental dentro de la salud pública debido a su constante incremento. La Organización Mundial de la Salud (2012) ha identificado al suicidio como un problema de salud pública debido a que en el mundo aproximadamente 800 mil personas mueren por esta causa cada año, lo que equivale a una persona cada 40 segundos. Hay indicios de que por cada persona que logra cometer el acto de suicidio, otras 20 personas más intentaron llevarlo a cabo.

A nivel nacional, se tiene registro de 6 mil 559 casos durante 2017, de los cuales, 198 fueron en Coahuila en el periodo 2010-2017, el 19% de las defunciones por suicidio a nivel estatal ocurrieron en Torreón, y el 30% en Saltillo. Por su parte, los suicidios han aumentado paulatinamente en la zona metropolitana de La Laguna, observándose

⁵ Profesoras investigadoras de la Universidad Autónoma de Coahuila, Universidad Autónoma de Tamaulipas.

un incremento mayor de 2015 a 2016, según el Instituto Municipal de Planeación y Competitividad (IMPLAN Torreón, 2019).

Durante los primeros 9 meses de 2020 se registraron alrededor de 182 suicidios, de los cuales 50 pertenecen al área de la comarca lagunera. Fue durante la cuarentena generada por la pandemia del coronavirus SARS-CoV2 (Covid-19) que el número de suicidios en Coahuila bajó en la entidad para después volver a su incidencia normal, esto durante la reactivación económica. Sánchez P. (10 de septiembre 2020). La región de La Laguna en Coahuila alcanza cincuenta suicidios en lo que va del 2020. El siglo de Coahuila. Recuperado de <https://www.elsiglocoahuila.mx/>.

Durante el periodo de realización de mi servicio social en el Hospital General Francisco I. Madero se pudo obtener un registro de al menos 30 casos de pacientes con intento suicida, en su mayoría adolescentes, quienes manifestaban una diversa problemática que los llevan a presentar esta conducta suicida. Ésta es el resultado de la relación de diversos factores ya sean psicopatológicos, sociales, biológicos, y ambientales; motivo por el cual despertó en mí un interés particular el poder identificar cuáles son las principales causas que llevan a las pacientes a creer que es el suicidio la mejor opción para terminar con las problemáticas que les aquejan. Puesto que como veremos durante el desarrollo de este trabajo, la conducta suicida se ha vuelto un problema de salud el cual necesita ser atendido, se necesitan dedicar mayores esfuerzos a la detección, tratamiento y prevención de estas conductas, para evitar que sigan en aumento, así como sus consecuencias. Así mismo poder generar en el personal de salud una conciencia sobre la salud mental, la importancia de dar un trato digno y adecuado cuando se presenta una problemática de esta índole en pacientes, puesto que durante el desarrollo de mi servicio social pude constatar que la atención y tratamiento hacia los pacientes que presentaban conducta suicida no representaba una prioridad, por lo cual no se les brindaba una importancia como a otros pacientes con alguna enfermedad orgánica, lo que me lleva a cuestionarme si el personal de salud presta la suficiente importancia a los problemas emocionales y que significan una afección en la salud mental de los y las pacientes. Debemos recordar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la salud es un estado de completo bienestar tanto físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Por

lo cual es importante difundir la importancia que tiene la salud mental en los pacientes y poder brindarles un trato digno y de calidad.

Adolescencia

La adolescencia es una etapa que se caracteriza principalmente por los cambios que se sufren tanto físicos, psicológicos emocionales, entre otros. Durante este periodo se deja la niñez de lado y puede parecer una etapa difícil debido a los procesos por los que se pasa, la identificación de sí mismo, de poder descubrirse y poder identificarse con un determinado grupo de personas con los que se puedan compartir experiencias, ideales e intereses entre otras cosas. En la búsqueda de su propia identidad se puede perder la confianza en sí mismo, puesto que los cambios por los que se atraviesa pueden limitar la destreza física, debido a los ajustes en nuestros sistemas sensoriomotores, según las nuevas dimensiones de sus extremidades y de la fuerza de estas.

Por lo que la adolescencia podría convertirse en una etapa cada vez más compleja y difícil de transitar, será importante el apoyo de los padres y amistades a cada adolescente, para poder superar esta etapa de confusiones y cambios, pues los jóvenes se plantean un conflicto entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a alargar situaciones dependientes con respecto a los adultos.

Definición de Adolescencia

Etimológicamente la palabra adolescencia es un término que deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto, se dice que la adolescencia es un período de transición que media entre la niñez y la edad adulta. Cabe mencionar que también es catalogada como una situación marginal en la cual se realizan ciertas adaptaciones que son establecidas por una sociedad específica (Hurlock, 1994).

Hall (1904) describe a la adolescencia como un periodo de “tormentos y estrés” inevitables; sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos. Por su parte, Freud (1905) definió a la

adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión (Morris, 1992).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años.

Según el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020), existen tres tipos de adolescencia. Adolescencia temprana, media y tardía. La adolescencia temprana es aquella entre los 10 y 13 años, donde las hormonas sexuales comienzan a estar presentes y esto produce cambios físicos como el cambio de voz, la aparición de vello púbico y en axilas, entre otros.

La adolescencia media comienza entre los 14 y 16 años, en ella comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad.

La adolescencia tardía es a partir de los 17 años se puede extender hasta los 21, los adolescentes comienzan a sentirse más cómodos con su cuerpo, buscan la aceptación para terminar de definir su identidad, comienzan a preocuparse por su futuro y las decisiones que tomarán.

Principales características de la adolescencia

Como ya lo hemos mencionado durante la adolescencia se presentan una serie de cambios fisiológicos, emocionales, psicológicos y sexuales. Esto produce una reorganización a nivel psíquico para poder irse amoldando a estos cambios y los efectos que estos producen, por ejemplo, los cambios físicos traen consigo inseguridades sobre el aspecto de su cuerpo y esto repercute en el curso que toman los afectos y concepto de persona que se tiene de sí misma.

Características fisiológicas

La adolescencia se inicia con los cambios puberales, tanto en el hombre como la mujer. El proceso de cambios físicos que experimentan durante su pubertad se caracteriza por 5 aspectos íntimamente a saber: rápido aumento en talla, maduración de los caracteres sexuales primarios, desarrollo endocrino transitorio y repercusión de todos estos cambios en el área emocional. (Monroy A., 2002).

A diferencia de los niños en quienes su desarrollo es más gradual, en los adolescentes se nota un cambio físico abrupto, desde el crecimiento de extremidades, cambio de voz, aparición de vello entre otros cambios, todas estas características suelen ser más notorias en los varones que en las mujeres. Estos cambios variaran en cada adolescente dependiendo de la genética, su nutrición y el ambiente en el que crecen o se desarrollan, es importante que el adolescente este informado de todos estos cambios por el que atravesará, ya que es un espectador ansioso de su propio desarrollo.

El primer signo de que la pubertad en un niño se ha iniciado es el cambio en sus órganos sexuales, en los varones será el aumento del tamaño de los testículos, mientras que el escroto comienza a cambiar de color y el pene aumenta de longitud y grosor. Al mismo tiempo que los testículos crecen, también lo hace la próstata, produciendo así las primeras eyaculaciones. En las mujeres los primeros cambios que denotan que se ha iniciado la pubertad son el crecimiento de las mamas, así mismo el crecimiento de vello púbico y en axilas, se presentará también la primera menstruación.

Además de los cambios físicos ya descritos se producen cambios a nivel hormonal. En la pubertad, las células hipotalámicas se vuelven menos sensibles a las hormonas sexuales, por lo que entonces el hipotálamo aumenta su estímulo sobre la hipófisis y esta a su vez sobre los órganos sexuales, ovario y testículo, que liberan mayor cantidad de hormonas y estimulan entonces la maduración de los órganos sexuales primarios y producen la aparición de los caracteres sexuales secundarios, acentuando también las conductas femeninas y masculinas. (Monroy A., 2002).

Todos los cambios sexuales sufridos repercuten en el adolescente, puede ser positiva o negativamente, habrá quienes sientan orgullo de los cambios por los que han pasado y quienes se consideren inseguros o incluso lleguen a sentir vergüenza de estos, ya que estos cambios representan su aceptación dentro del medio social, por lo cual el adolescente debe tener la suficiente información acerca de este proceso, para que estos cambios que sufra repercutan de la menor forma posible en sus sentimientos y puedan causarle alguna inseguridad sobre sí mismo.

Desarrollo psicosocial

La sociedad impone al adolescente un cambio de estatus en el que se incluye la necesidad de independencia y autonomía de los jóvenes en relación con sus padres, esto crea en los jóvenes una lucha intrapsíquica entre la necesidad de ser independientes y a su vez de tener que depender aun de sus padres para muchos otros aspectos de la vida. La experiencia de separación crea en los adolescentes intensos estados emocionales y a su vez la necesidad de pertenecer a grupos, progresivamente el adolescente va separándose de sus padres e integrándose a nuevos grupos de amigos en los que se siente identificado y que le apoyan en el descubrimiento de su propia identidad.

Monroy A., (2002) nos dice que la adolescencia es un proceso en el que el individuo, de una dependencia total de los padres, inicia gradualmente un intento de separación, atravesando por un periodo de experimentación y búsqueda de nuevas figuras de identificación, con el fin de revisar, reevaluar, construir y reconstruir lo aprendido para consolidar su identidad y así lograr su independencia y autonomía.

De acuerdo con Erikson (1972), la formación de la identidad es un proceso prolongado y complejo de autodefinición que ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro de cada persona y crea una estructura que permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida. Dicho autor menciona, que el proceso de formación de la identidad es el principal obstáculo que los adolescentes tienen que superar, para que puedan realizar una transición exitosa hacia la vida adulta.

Definición de suicidio

Rojas Sierra (1971) define al suicidio como:

el comportamiento suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte, que pueden o no cristalizar en un acto autodestructivo. Abarca un amplio espectro que va desde la simple fantasía suicida hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte o el mismo suicidio consumado.

El suicidio es considerado un fenómeno universal, atemporal y con diversas concepciones culturales y sociopolíticas, es un comportamiento intencional autodestructivo y que es llevado a cabo por las personas cuando se encuentran en una etapa sensible de su vida o en un momento de crisis, es importante recalcar que las personas que cometen suicidio no desean morir, si no terminar la pena o el dolor que les aqueja. Se define como “el acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto”. Durkheim (1897) “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado”. (177)

Durkheim (1897) distinguía 3 tipos de suicidios de acuerdo con el tipo de perturbación entre la sociedad y el individuo:

- Suicidio egoísta, se producía por la falta de interés del individuo por la comunidad y por el hecho de estar insuficientemente integrado en ella.
- Suicidio altruista, el individuo podía ser impulsado a la autodestrucción por excesivo altruismo y sentido del deber.
- Suicidio anómico, los trastornos de la organización colectiva conducen al individuo al suicidio por falta de normas.

Para llegar a un suicidio consumado se atraviesan por diversas etapas que van desde la ideación suicida, la conducta suicida y el suicidio consumado. Este último como ya lo hemos dicho es el resultado letal de haber atravesado por estas dos etapas anteriores y no haber tenido el apoyo necesario para no llegar al suicidio consumado.

Ideación suicida

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, sabemos que la ideación suicida es una etapa muy importante para predecir un intento contemplado de suicidio, si podemos identificar a una persona potencialmente suicida en esta etapa, será más fácil brindarle la ayuda necesaria para disuadirle sobre un intento de suicidio.

Eguíluz Romo (1995) define a la ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias

y condiciones en que se propone morir. (Eguiluz, 2003; Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen, & Laan, 1991)

Por su parte Beck (1979) nos dice que la ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados.

El evaluar o medir la ideación suicida es complicado puesto que es difícil encontrar datos que nos hablen sobre esto, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ((2021) nos dice que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, de la población de 10 años y más el 5% declaró que alguna vez ha pensado en suicidarse; esto ocurre en 4% de los hombres y en 6% de las mujeres.

La idea suicida está más presente en las mujeres de 50 a 59 años (8%), seguida por las niñas y adolescentes de 10 a 19, las mujeres de 40 a 49 años y las de 60 años y más, los tres grupos con 7%. En la población masculina, la idea suicida se presenta mayormente en la población de 40 a 49 años (6%), continuado por aquellos que tienen de 30 a 39 y los de 60 años y más, con 5% en cada uno de estos dos últimos grupos.

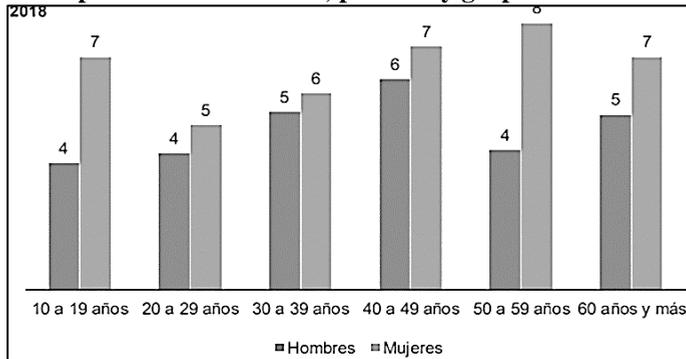
Estado del Arte. Suicidio en México

Durante el año 2020 en México se produjeron 7 mil 818 fallecimientos por muertes autoinfligidas lo que representa el 0.7% de la población y una tasa de suicidios de 6.2 habitantes por cada 100 mil, el grupo de jóvenes de 18 a 29 años representa la tasa más alta ya que se presentan 10.7 decesos por cada 100 mil jóvenes. Evaluado por sexo, los decesos por esta causa destacan que los hombres tienen una tasa de 10.4 fallecimientos por cada 100 mil, mientras que esta situación se presenta en 2.2 de cada 100 mil mujeres. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) 2021.

En la siguiente gráfica podemos observar la tasa de suicidio por sexo y grupo de edad. Podemos ver que en el grupo de 10 a 17 años 5.2 de cada 100 mil cometen suicidio mientras que en las mujeres son 3.6 de

la misma cantidad de habitantes, en el grupo de jóvenes de 18 a 29 años 17.5 de cada 100 mil hombres mueren por suicidio y 4.1 mujeres en la misma proporción.

Gráfica 1
Porcentaje de la población de 10 años y más que han
pensado en suicidarse, por sexo y grupo de edad.



Fuente: INEGI. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018.

Rocamora (2013) nos habla de las ideas suicidas y nos dice que, dentro de la ideación suicida, la idea de autodestrucción impregna todos los pensamientos. Se contempla el suicidio como “solución real” a su problemática. Evidentemente no existe ningún daño físico contra sí mismo. Son pensamientos recurrentes sobre la intencionalidad de producirse la muerte. Pueden estar acompañados con fantasías del propio suicidio (ahorcamiento, ingesta de fármacos, etc.). Es un método indeterminado que contempla la muerte como posible pero todavía alejada del hecho en sí. No existe pues planificación del acto suicida (el cuándo, el cómo y el dónde), ni tampoco el método a emplear.

Conducta suicida

La conducta suicida es un fenómeno complejo que resulta difícil de definir y delimitar para ello tenemos que saber diferenciar entre un acto y una conducta suicidas.

La Organización Mundial de Salud (1969), introdujo el concepto de acto suicida como “todo hecho por el que un individuo se causa una

lesión a sí mismo, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil”.

Mientras que la conducta suicida es más compleja pues esta abarca desde la ideación y la crisis suicidas, aunque no se produzca alguna lesión.

El manual del Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) considera a la conducta suicida como un síntoma de la depresión mayor y el trastorno límite de la personalidad, sin embargo, la conducta suicida también se presenta en pacientes con otro tipo de trastornos mentales, además aproximadamente el 10% de los pacientes que comenten suicidio o que intentan cometer suicidio, no presentan ninguna enfermedad de tipo mental.

Fenomenología y Psicogénesis de la vivencia suicida

Como hemos dicho ya, el suicidio es un fenómeno complejo que abarca diferentes dimensiones, la podemos contemplar desde su etiología y se tendría que explicar si su origen es biológico, provocada por alguna alteración de los neurotransmisores los cuales producen trastornos depresivos o incluso esquizofrenia, si es psicológica o social.

La conducta suicida comprende un amplio abanico de comportamientos que van desde las ideas que se llegasen a tener sobre suicidio, hasta llegar a una crisis suicida, también podría presentarse una tentativa de suicidio, un suicidio frustrado o lograr su cometido en un suicidio consumado.

Schneider (1954) afirma que “el comportamiento suicida es un acto de vida y no de muerte”, la persona desea liberarse de todo aquello que le aqueja, es una solución para terminar con su dolor, su malestar, sin embargo, dentro de este comportamiento existe un grito desesperado por recibir ayuda, en el fondo subyace el deseo de vivir.

Fernández (1985), nos dice que la vida y la muerte son las protagonistas en el drama del suicidio y en medio de estas dos encontramos la conducta suicida, el miedo a vivir y el miedo a morir son los extremos de la dialéctica suicida.

La conducta suicida se verbaliza de diferentes maneras, la persona comienza a tener un rechazo hacia la vida y lo puede verbalizar en una

negación a la vida o en un autodesprecio (yo no valgo nada, no sirvo para nada) que lo conllevan al deseo de no vivir.

La aproximación a los fenómenos autodestructivos lo podemos realizar desde un análisis del momento presente (corte transversal: descripción de los estadios o fases de la conducta suicida), o bien, intentar el estudio de la gestación, desde las experiencias y fantasías infantiles, hasta el deseo de muerte voluntaria (corte longitudinal). Ambos enfoques son imprescindibles para poder entender la vivencia autodestructiva y poder ofrecer el apoyo psicoterapéutico más adecuado. (Rocamora, 2013, p.46).

Pöldinger (1969), en su trabajo sobre “la tendencia suicida” nos describe 3 estadios por los que atraviesa la persona con conducta suicida. Fase de consideración, fase ambivalencia y fase de decisión.

Durante la fase de consideración se contempla con agrado la idea de muerte, se ve como una salida de la situación dolorosa y de angustia. En la fase de ambivalencia se presenta una lucha interna entre el deseo de morir y el deseo de vivir, se pueden presentar conductas autodestructivas como flagelaciones y se comienza a cuestionar los beneficios del suicidio. Durante la etapa de decisión la idea de que el suicidio es la única forma de escapar a toda situación dolorosa ha tomado forma, y se presentan una serie de avisos indirectos del presuicida, como una mejoría impresionante en su estado de ánimo, una preocupación por realizar testamento o pagar deudas. En esta etapa puede ya existir un plan estructurado, sobre cómo se pondrá en marcha el acto suicida.

Por su parte Rojas (1984) nos describe seis fases de la conducta suicida. Fase previa: se presentan ideas sobre la muerte de tipo general; Estadio de la posibilidad suicida; ambivalencia frente a la ideación suicida; etapa de influencias informativas: las noticias sobre actos suicidas ejercen un impacto mayor en la persona; fijación de la idea suicida: o crisis suicida, en esta fase se cree que ya no hay otra solución a los problemas más que la muerte; decisión suicida: existe un plan elaborado donde el presuicida tiene detallado todo el acto suicida.

Según la OMS en el año 2000, podemos encontrar 3 estados anímicos en las personas con conducta suicida, ambivalencia, impulsividad y rigidez. Como ya hemos visto la ambivalencia es una lucha interna entre el deseo de morir y el deseo de vivir. La impulsividad es porque el acto suicida es un acto impulsivo, como

cualquier otro acto dura pocos minutos u horas, si pudiésemos identificar al presuicida cuando atraviesa este sentimiento se podría brindar la atención necesaria para poder cambiar o hacerle diferir de cometer tal acto. En el sentimiento de rigidez, los pensamientos y acciones son rígidos, no pueden percibir otra forma de librarse de sus angustias y se piensa en el suicidio como la única forma de librarse del dolor y angustias.

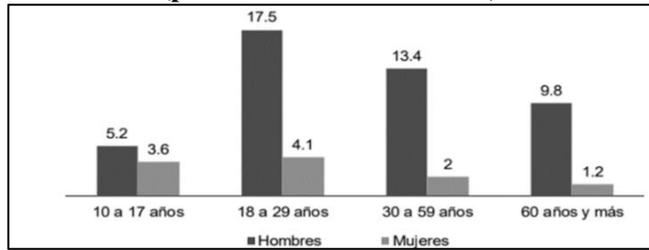
Clasificación de la conducta suicida

Rocamora (2013), en su libro *intervención en crisis en las conductas suicidas*, distingue 2 tipos de conductas suicidas, aquellas que no tienen ninguna base psicopatológica y aquellas que son consecuencia de alguna alteración psiquiátrica. En el primer caso se hace referencia a aquellas conductas suicidas que se producen ante una situación de crisis como enfermedad, alguna pérdida, etc. En el segundo caso las conductas suicidas son producidas por una estructura psicopatológica como depresión, esquizofrenia, alcoholismo, entre otras.

Según la OMS (2000), aproximadamente el 80 o 90% de la población que cometen suicidio fueron diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico. Lo interesante aquí es ver qué pasa con el otro 10 – 20% de las personas “normales” que han cometido suicidio.

Rocamora (2013) explica que para que la conducta suicida se produzca se debe atravesar por diversas circunstancias como: una carencia durante el desarrollo en los aportes biológicos, psicológicos y sociales, desde la falta de un encuadre afectivo adecuado, hasta relaciones sociales deficitarias que junto con vivencias traumáticas mal elaboradas han establecido un vínculo consigo mismo, lo que provoca una capacidad resiliente débil y hace que el sujeto se sienta vulnerable y que ante la aparición de estresores (pérdidas, enfermedad, muerte, etc.) el sujeto llegue a la conclusión de que su única salida es el suicidio.

Gráfica 2
Tasa de suicidio por sexo y grupo de edad 2020
(por cada 100 000 habitantes).



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2020. Base de datos. Censo de Población y Vivienda, 2020.

Modelos de intervención

La intervención según Ezequiel Ander-Egg (1995), es una expresión que se introduce en el campo de las prácticas sociales para designar el conjunto de actividades realizadas de manera sistemática y organizada para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de introducir un impacto determinado.

La intervención en el trabajo social nos ayuda a informar, asesorar, asistir, persuadir, crear, planificar actividades que nos permitan producir cambios intencionados con el paciente.

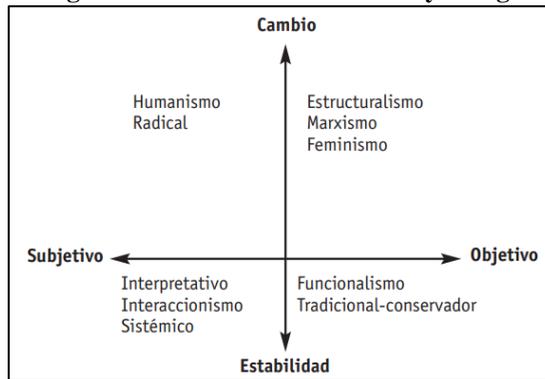
Robertis (2006) en su libro sobre metodología de la intervención nos dice que el rol del trabajador social en un modelo de intervención es ser un agente de cambio, el trabajador debe de determinar los objetivos precisos que se quieren alcanzar y los medios para lograrlo. Para ejercer su papel de agentes de cambio, los trabajadores sociales llevan a cabo intervenciones. Hablar de intervención equivale a querer actuar, tomar parte voluntariamente en un asunto, hacerse mediador e interponer su autoridad.

La práctica del trabajo social está sujeta a un amplio abanico de influencias, no menor que realiza la propia reflexión que realiza el profesional sobre lo que implica el desarrollo de su trabajo y que deviene en el saber práctico. Viscarret (2006).

Burell y Morgan (1979), citado por Viscarret (2006), dibujaron un diagrama bidimensional en el que intentaron ubicar los diferentes modelos de intervención profesional para el Trabajo Social. Los pensadores sociales, desde Marx, han indicado que la sociedad puede

ser entendida en términos de una tensión entre las fuerzas que buscan el cambio y las fuerzas que luchan por mantener el orden establecido, y por extensión, que la experiencia subjetiva contradice la realidad objetiva. Burell y Morgan combinan estos dos ejes, objetividad-subjetividad y equilibrio-cambio, como puntos cardinales entre los que se mueven los diversos modelos de intervención.

Figura 1
Diagrama bidimensional de Burell y Morgan



Fuente: Modelos y métodos de intervención en trabajo social, Viscarret (2006)

Daremos paso a hablar sobre los modelos de trabajo social, que a nuestro modo de ver pueden ayudarnos en la intervención cuando se nos presentan pacientes con ideación suicida.

Modelo de intervención en crisis

La intervención en crisis sigue siendo vista como uno de los modelos terapéuticos que ofrece un marco teórico claro para entender los principales elementos que conforman una crisis y los principios que deben guiar una intervención. Hay que señalar que el marco teórico de la Teoría de la Crisis (*crisis theory*) se encuentra influido por diferentes teorías que van desde la psicología del yo (neurosis traumática) de Freud, pasando por la «terapia breve» de Otto Rank, la psicología del desarrollo de Eric Erikson, la teoría de los sistemas, la teoría del aprendizaje, el funcionalismo y, por supuesto, por las influencias de la psiquiatría americana de Caplan y Lindemann. Viscarret (2006).

El modelo de intervención en crisis se basa principalmente en la disminución del estrés, de la presión que padece una persona cuando se encuentra ante un acontecimiento vital que desestabiliza su equilibrio normal, siendo el objetivo ayudarlo a reestabilizar y reorganizar dicho equilibrio mediante la potenciación de sus capacidades adaptativas y de respuesta. La misión de los trabajadores sociales ante aquellos que se encuentran en un estado de crisis y angustiados es facilitar el descubrimiento de dichas capacidades y el desarrollo de habilidades que les permitan hacer frente a los desafíos y problemas que les plantea la vida. Viscarret (2006).

Principales características de la intervención en crisis

Parad y Parad (1990), definen la intervención en crisis como un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis (y a menudo las personas clave del ambiente social), para afrontar de manera adaptada los efectos del estrés. Los objetivos principales de la intervención son:

- Amortiguar el acontecimiento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata y de emergencia.
- Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el período de afrontamiento. Parad y Parad (1990)
- Viscarret en su obra *Modelos y métodos de intervención en trabajo social* (2006) distingue 5 formas de intervención en momentos de crisis, estos son los siguientes:
- La intervención en crisis debe ser inmediata. A menos que la ayuda sea efectuada rápidamente, las personas bajo estrés pueden iniciar respuestas ante dicha situación que sean equivocadas, aislándose, tomando sustancias para inhibirse, haciendo daño a otras personas, etc. Por estas razones, Rapoport (1967) señala la necesidad de que tanto terapeuta como cliente tengan un acceso

- rápido y flexible entre ellos, de forma que no se pierda la parte de oportunidad que contiene todo proceso de crisis, crecimiento y aprendizaje.
- La intervención en crisis debe ser breve. La intervención en crisis implica una rápida evaluación y una limitación en el tiempo de la provisión de servicios. Intervenciones breves movilizan, refuerzan y focalizan los puntos fuertes del cliente con el fin de reducir la probabilidad de que aparezcan estados depresivos, de inquietud y/o de desamparo bajo el estrés. Durante las intervenciones breves se identifican necesidades y actividades clave, si bien también aparecen otros problemas y necesidades que son considerados como suplementarios y que, si el cliente quiere, pueden ser trabajados con posterioridad, una vez pasado el momento de crisis.
 - La intervención en crisis es especialmente centrada y estructurada. Una vez establecida la relación de ayuda y el contacto, se comienza con la necesidad de obtener una exposición clara y organizada de los acontecimientos o del hecho que ha precipitado la aparición de la crisis, una discusión relacionada con las reacciones e interpretaciones del cliente, la planificación de la acción para resolver las necesidades más urgentes y pensar sobre los próximos pasos a dar en los días siguientes.
 - La intervención en crisis requiere del establecimiento de contactos más frecuentes y de diversa duración. Los encuentros son programados en intervalos de tiempo más cortos con el fin de ayudar a tranquilizar y organizar el pensamiento (desequilibrado, desorganizado por la crisis), aligerar la presión que ciertos sentimientos ejercen sobre el individuo y que pueden provocar ciertos comportamientos impulsivos. Las sesiones iniciales pueden ser tan largas como el tiempo que necesite el cliente para contar la historia y poder conseguir algo de alivio, de ayuda, mientras que las últimas sesiones pueden ser más cortas, a modo de pequeñas evaluaciones sobre cómo transcurren las actividades y cómo se encuentra la situación.
 - La intervención en crisis requiere un mayor trabajo de asesoramiento y de intervención que otros problemas. Los profesionales, dependiendo del modelo de intervención que

adopten, informan, aconsejan, guían, estructuran, facilitan, median. En el caso de la intervención en crisis, los profesionales hacen eso en mayor medida de lo que lo hacen normalmente, incluso pueden acompañar a los clientes con el fin de apoyarles en el caso de aquellos que no tengan capacidad para actuar por sí mismos.

De forma breve, y a modo de resumen, Rapoport destaca los siguientes principios y técnicas de las que hace uso el método de intervención en crisis:

- El enfoque es más activo, directivo y autoritario.
- El límite temporal de la actuación es importante para impulsar al individuo en la solución de sus problemas.
- El tratamiento se encuentra altamente focalizado y segmentado, los problemas a trabajar se encuentran divididos.
- Se pone el énfasis en la unión de las funciones cognitivas y de percepción del ego, especialmente en la reestructuración cognitiva y en el dominio.
- La tarea inicial es reducir la angustia y la tensión a través de la tranquilización, pero más importante es la redefinición y reorganización de los límites del problema, así como centrarse en el dominio rápido de algunas partes de la experiencia vital.
- Se da una restauración de las antiguas defensas que previamente funcionaban de forma adaptada y adecuada.
- Se da una prevención del comportamiento regresivo y de la transferencia regresiva. Las técnicas de clarificación e interpretación se adaptan a los sentimientos presentes y conflictos actuales y el estrés presente es desligado de los conflictos no resueltos del pasado.
- La autocomprensión no es un objetivo en sí mismo para este método. Se centra sobre todo en los recursos adaptativos y en las formas de manejar conflictos y encontrar soluciones.
- Busca un reforzamiento de los mecanismos para arreglárselas y el desarrollo de nuevas habilidades sociales e interpersonales mediante la impartición de conocimiento, consejo, anticipación, guía y ensayo de la realidad, así como la aportación de modelos con los que identificarse.

- Pone el énfasis en la ampliación de la capacidad de predicción y de control. Además, se da una movilización de los principales recursos, no sólo para conocer las necesidades básicas, sino para tener la oportunidad de ejercitar las capacidades de adaptación. Viscarret (2006).

La fase media es la fase de desarrollo. En esta fase se identifican y llevan a cabo las tareas asignadas (por el cliente, el trabajador social y otras personas significativas) y necesarias para resolver problemas específicos de la situación actual, para modificar estilos y formas de funcionamiento previos e inadecuados y para aprender nuevos mecanismos de enfrentamiento a la vida. El tratamiento se adapta para conseguir metas a corto plazo. Todos los elementos que configuran el conjunto de la crisis son revisados y vueltos a trabajar, incluidas aquellas uniones con conflictos no resueltos y similares crisis ocurridas en el pasado.

La fase final es la fase denominada «finalización». En esta fase se revisa la intervención realizada desde el comienzo hasta el presente, prestando especial atención a las tareas realizadas, a las metas alcanzadas y a los cambios producidos: nuevos lazos de amistad con personas y recursos, nuevas formas de enfrentamiento de la vida aprendidas. En esta fase se planifica igualmente el futuro más cercano en el que el cliente se encontrará solo consigo mismo. Viscarret (2006).

Metodología. - Contextualización

La investigación se desarrolló en los pacientes de entre 12 y 18 años del Hospital General Francisco I. Madero. El municipio de Francisco I. Madero se encuentra ubicado suroeste de la comarca lagunera, colinda al norte con los municipios de Sierra Mojada y Cuatro Ciénegas, al este con los municipios de San Pedro y Cuatro Ciénegas, al sur con el municipio de Matamoros y al oeste con el estado de Durango; está conformado por 105 localidades.

La población que se tomó en cuenta fueron adolescentes que acudieron a recibir atención médica en el Hospital General Francisco I. Madero durante el primer semestre del año 2021. Nuestro universo será el 32.1% de la población que recibe atención médica en el Hospital

Integral Francisco I. Madero. Con un Alpha de Cronbach de .916, asimismo es un muestreo por conveniencia, puesto que la aplicación del instrumento se realizó de forma aleatoria a los pacientes adolescentes que en el transcurso de una semana acudían ya fuese a consulta externa o ingresaran por el área de urgencias. La muestra para la aplicación fue de un total de 50 instrumentos, para los cuales se tomaron en cuenta los siguientes criterios de aplicación.

Criterios de inclusión

- Adolescentes de entre 12 y 18 años.
- Adolescentes que reciban atención médica en el Hospital Integral de Francisco I. Madero.
- Adolescentes que pertenezcan al Municipio de Francisco I. Madero.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no cuenten con la edad entre 12 y 18 años
- Pacientes que no pertenezcan al municipio de Francisco I. Madero.

Variables

- Ideación suicida
- Consumo y abuso de drogas
- Modelos de intervención: La intervención según Ezequiel Ander-Egg (1995), es una expresión que se introduce en el campo de las prácticas sociales para designar el conjunto de actividades realizadas de manera sistemática y organizada para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de introducir un impacto determinado.

Resultados

Análisis factorial

Establece una relación entre variables y atributos que a primera vista no son aparentemente relacionados. Presentándose para el estudio donde se utilizó el módulo de múltiple exploratorio con un número máximo

de 5 factores, como factor de análisis principal selecciono R^2 múltiple, con rotación de varimax normalizada, con un α 0.25 con un análisis de 21 variable analizada.

Figura 1
Ideación Suicida y el Deseo de morir

Variable	Ponderación
Deseo de morir	0.858
Deseo de intentar activamente el suicidio	0.841
Razones para vivir/morir	0.827
¿Con que frecuencia se presentas ideas suicidas	0.764
Dimensión temporal (duración de la ideación suicida.)	0.754
Deseo de vivir	0.753
Actitud hacia la ideación suicida/ deseo	0.744
Disuasivos para un intento activo	0.688
Deseos pasivos de suicidio	0.600
Control sobre la actividad suicida/ deseo	0.580

Fuente: Elaboración propia, 2021

En la Figura 1 se observa que el deseo de morir del adolescente con una ponderación de .858, la ideación suicida y el deseo de intentar activamente el suicidio presenta una ponderación de .841 así como las razones para vivir o morir con .827, con una frecuencia de ideación suicida y una dimensión temporal con la ideación suicida media alta así como la actitud hacia el deseo de suicidarse mientras que los deseos pasivos y el control es de .660 y sobre la actividad suicida ponderación media en .580

Figura 2
Actos finales y nota suicida

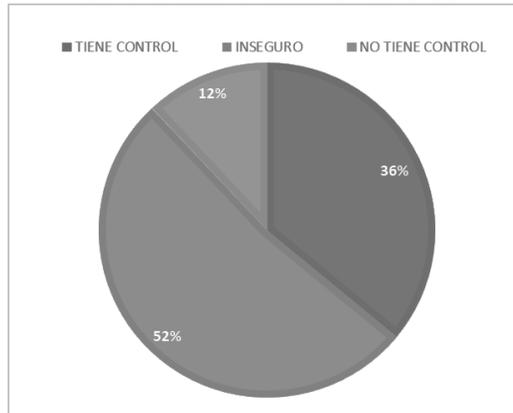
Variable	Ponderación
Actos finales en anticipación de la muerte	0.877
Nota suicida	0.767
preparación actual para el intento contemplado	0.659

Fuente: Elaboración propia, 2021

En la Figura 2, se observa los actos finales en anticipación a la muerte con una ponderación de 0.877, la nota suicida con una ponderación de

0.767 y la preparación actual para un intento contemplado con una ponderación de 0.659.

Gráfica 1
Control sobre ideación suicida



Fuente: Elaboración propia, 2021

La gráfica 1 nos muestra el control que los adolescentes encuestados creen que tienen sobre la ideación suicida, vemos que el 52% se siente inseguro del control que tienen sobre el deseo o pensamientos suicidas, el 36% afirma tener un control sobre la ideación suicida y 12% refiere no poder controlar sus pensamientos o ideaciones suicidas.

Conclusión

El suicidio es un problema que va en aumento, las enfermedades o trastornos mentales se vuelven cada vez más comunes entre los jóvenes, en México el poco interés que se le presta a la atención de estos trastornos ha desencadenado que se agrave la situación, es de vital importancia la detección de las ideas suicidas en nuestros jóvenes, para poderles brindar un tratamiento adecuado. El conocimiento es poder, y en casos donde se presenta la ideación suicida en los jóvenes es importante que los padres tengan acceso a una psicoeducación para poder entender y comprender la situación por la que sus hijos e hijas atraviesan, ya que esto puede ser de vital ayuda. El poder identificar a un adolescente desde que inicia con ideas suicidas puede evitar que se llegue al intento de suicidio o al suicidio consumado; sin embargo, si

minimizamos su sentir y creemos que todo es parte de un drama para llamar la atención solos agravamos la situación.

Es necesario iniciar a impartir cursos donde se eduque a la población de Francisco I. Madero sobre los trastornos de salud mental, donde ellos puedan identificar las emociones por las que atraviesan, así mismo es muy importante educar al personal de salud sobre la importancia de brindar un trato digno cuando en nuestra sala de urgencias se nos presentan adolescentes con un intento fallido de suicidio, la intervención del trabajador social para atender estos estados de crisis será muy importante pues como bien sabemos el trabajo social es una carrera multidisciplinaria donde se tienen los conocimientos necesarios para brindar apoyo y atención al paciente.

El trabajo que el médico pueda realizar en su consultorio será muy importante pues en una primera entrevista el profesional de la salud podrá identificar si el adolescente pasa por algún momento que le esté causando una crisis en sus emociones, para esto es también importante capacitar al personal médico y que puedan identificar los síntomas que llevan al paciente a padecer un malestar quizás más grave de lo que refiere en la consulta. Por esto reitero la psicoeducación del personal de salud, así como de la población en general, pues resulta importante para la identificación de trastornos mentales y para brindar la atención y trato correcto a los pacientes.

Referencias

- Alejandro Rocamora Bonilla. (2013). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Anamely Monroy. (2002). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. México, D.F: Pax México.
- Fernando Quintanar. (2007). comportamiento suicida, perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. México, D.F: Pax México.
- Emile Durkheim. (1982). El suicidio. Madrid, España: Ediciones Akal.
- Aaron T Beck. (1981). Aspectos cognoscitivos de la conducta suicida. Salud mental, 4, 5.

- Leonardo Reynoso Erazo, Isaac Seligson. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: El manual moderno
- Perla Sánchez. (2020). Región laguna de Coahuila alcanza cincuenta suicidios en lo que va del 2020. El siglo de Torreón, 30.
- Juan Jesús Viscarret. (2014). Modelos y métodos de intervención en trabajo social. Madrid: Alianza.
- Organización mundial de la salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020. suiza: OMS.
- Fernando Osorio. (2006). uso y abuso de drogas. buenos aires: Ediciones y novedades educativas.
- Jorge Villatoro, Elena Medina, Raúl del Campo, Diana Fregoso, Roxana Mujica. (agosto 2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud Mental, 39, 10.
- Cristina de Robertis. (2006). Metodología de la intervención en trabajo social. Buenos Aires - México: Grupo editorial Lumen.
- UNICEF. (02020). Que es la Adolescencia. 5 de noviembre 2021, de UNICEF Sitio web: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>.
- Ana Luisa Pacheco Meraz. (2019). el suicidio, un problema de salud pública creciente en la laguna. noviembre, 2020, de IMPLAN Sitio web: <http://www.trcimplan.gob.mx/blog/el-suicidio-en-la-laguna-abril2019.html>
- INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. 1/12/21, de INEGI Sitio web: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- Magali Espinoza, Jimena Zavaleta. (2018). La importancia de la salud mental. 15/noviembre/2021, de Gaceta UNAM Sitio web: <https://www.gaceta.unam.mx/la-importancia-de-la-salud-mental/>
- Anna Badia. (2019). clasificación de las drogas OMS y sus efectos. 10/12/21, de psicología Online Sitio web: <https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>.

Análisis de la intervención de trabajo social en adolescentes embarazadas menores de 16 años en el ÓOAD DF norte del IMSS

Adriana Pérez León
Fabiola Yetzebal Ángeles García⁶

Resumen

La embarazada adolescente tiene necesidades específicas además de las biológicas, por su vulnerabilidad, su edad, el cambio en su ritmo de vida, la carencia de información y de herramientas para replantear su proyecto de vida. En las instituciones de salud, Trabajo Social a través de la metodología específica, brinda acciones de educación con el propósito de mejorar su calidad de vida. Objetivo: Analizar los instrumentos de investigación aplicados por Trabajo Social para identificar la intervención social y la congruencia del diagnóstico social con el plan de tratamiento. Método: Se trata de un estudio observacional, retrolectivo, transversal, integrado por 31 estudios sociales médicos, realizados en el año 2021 los cuales son evaluados mediante un instrumento de elaboración propia, realizando el análisis de resultados con estadística descriptiva e inferencial. Resultados: El 50% de los Instrumentos no presentan relación del entorno social con el diagnóstico de embarazo; el 41% no identifica la problemática social como parte del diagnóstico y plan de tratamiento y el 32% no tiene congruencia entre el diagnóstico social y el plan de tratamiento social. Conclusión: La elaboración de los estudios sociales médicos, aporta información insuficiente para poder elaborar un diagnóstico integral,

⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social.

limitando su tratamiento y la participación de la adolescente; se hace patente la necesidad de fortalecer la intervención individualizada a través de acciones de capacitación continua.

Introducción

En el marco de abordar el embarazo en niñas y adolescentes la Organización Panamericana de la Salud plantea la estrategia mundial, de la salud en la mujer, niño y el adolescente para que se ejerzan su derecho a la salud, el bienestar físico y psíquico, buscando mejorar sus necesidades sociales y económicas (OPS, 2015)

México establece políticas de salud amigables (marco legal, establecimientos, profesionales, atención, procedimientos administrativos, disponibilidad de servicios, participación comunitaria, sistemas de evaluación), cada institución debe observarlas y crear acciones de prevención y atención, involucrando a los integrantes de estas instituciones para que en su actuar profesional, en consideración a las políticas de su institución, apliquen las acciones de atención a las adolescentes.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se brinda atención gineco-obstétrica a las menores de 16 años, que sean beneficiarias hijas a través de la renovación anual del acuerdo para otorgar atención a la beneficiaria hija menor de 16 años (IMSS, 2018). Dentro de la atención social brindada, hay un acto reflexivo del profesional de Trabajo Social el cual a través de la intervención individualizada realiza el análisis de las necesidades y problemáticas detectadas con el fin de ofertar soluciones a través de acciones en la paciente y su entorno que genere un cambio de conducta positiva.

Marco referencial

El embarazo a temprana edad es tema que ocupa a los sistemas políticos y de salud a nivel mundial y nacional desde el siglo pasado. Si bien es cierto que las políticas empleadas han dado resultados de forma paulatina aún existen en nuestro país un número significativo de adolescentes que inician su vida sexual a edades muy tempranas y como

consecuencia un embarazo que puede acarrear algunos eventos desfavorables en la salud materna.

En México las políticas demográficas datan del siglo XX y son muy evidentes a partir de 1970; donde se asociaba el embarazo en grupo de adolescentes con el matrimonio, así como nivel académico bajo; e inclusive la falta de información sobre el riesgo reproductivo y el uso de métodos anticonceptivos. El cual fue cambiando conforme el tiempo.

La adolescente debe ser observada de forma holística para contextualizar el embarazo en ellas de una forma integral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Normalmente la dividen en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales. (OMS, s.f.)

La adolescencia es un constructo social. En la actualidad, la adolescencia es universal. En la mayoría del mundo, el ingreso a la adolescencia requiere más tiempo y es menos evidente que en el pasado. La pubertad comienza antes de lo que solía ocurrir; no obstante, el ingreso a una vocación ocurre después y con frecuencia requiere periodos más largos de instrucción educativa y de capacitación vocacional para prepararse para las responsabilidades adultas. También es cada vez más frecuente que el matrimonio, junto con sus responsabilidades acompañantes, ocurra después. (Papalia, Sally, & Ruth).

Siendo observada desde la esfera bio- psico- social que conforman a la adolescente son factores determinantes para el inicio de una vida sexual activa, donde, de no contar con la información y las medidas de autocuidado, pueden desfavorecerla y culminar en algún momento de la práctica sexual con un embarazo.

Situación demográfica en México

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) a través de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018

(ENADID) nos informa que la tasa global de fecundidad en el trienio 2015-2017 es de 70.6 hijos por cada mil mujeres en grupo de edad de 15 a 19 años. En México la edad mediana al inicio de la vida sexual es de 17.5 años, este comportamiento no ha variado desde la encuesta de 2014.

Situación social de la adolescente embarazada

La condición de la concepción del embarazo de una adolescente tendrá aristas diferentes, considerando una concepción con una pareja establecida o una unión legalizada, recordemos que algunos territorios de nuestro país se rigen por usos y costumbres; a una adolescente que concibe un embarazo sin tener una relación marital estable e inclusive haber planificado el embarazo. Desde el punto de vista de salud biológica existe el riesgo de complicaciones durante la gesta y parto. Aunado a este factor también se suma el psico-social ya que la adolescente tendrá que afrontar y resolver la aceptación de la concepción del embarazo y el cambio de roles personales y proyecto de vida; el desenvolvimiento favorable o poco favorable de esta etapa dependerá del ambiente donde la adolescente se desenvuelva y las redes de apoyo con las que cuente.

Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto. (Moyeda IXG, 2013)

Otro problema que tiene que resolver, es como solventar económicamente su embarazo. Ante esta situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada. (Loredó-Abdalá A., 2017)

Consecuencias del embarazo adolescente en México

Podemos encontrar en la literatura aportaciones significativas para ubicar el impacto que tiene el embarazo y la maternidad en la

adolescencia cuya contribución es valiosa para las instituciones y los profesionales de la salud que abordan a la adolescente durante este periodo.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en 2018 realizó el estudio con metodología MILENA en México el cual mide los efectos del embarazo y maternidad en 5 dimensiones destacando que el costo sanitario del Embarazo Adolescente, por año se pierden 6 mil 529 años de vida potencial y 5 mil 151 de vida productiva por muertes relacionadas con el embarazo y el parto en adolescentes y cada año los servicios públicos de salud de México destinan cerca de 6 mil millones de pesos mexicanos para atender embarazos y partos de adolescentes; otra partida importante de recursos en la atención de salud lo realizan las familias, quienes destinan casi 2 mil millones de pesos mexicanos para atender embarazos y partos de adolescentes.

Con relación al impacto social las inequidades sociales en el país, el análisis hizo evidentes las brechas en los logros educativos y en los niveles de empleo y de ingresos laborales entre quienes fueron adolescentes madres y quienes fueron madres en edad adulta; las madres adolescentes tienen menor logro educativo, perciben ingresos inferiores, tienen trabajos más precarios y detentan mayores niveles de desempleo.

Destacando que existen contextos en los que un embarazo adolescente o maternidad temprana no son considerados un problema porque son prácticas comunes relacionadas con usos y costumbres de determinados grupos sociales, lo cual incluso pudiera llevar a tener embarazos planeados en la niñez y en la adolescencia; al respecto cabe señalar que con la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos llevada a cabo en 2011 por el Estado Mexicano, puso los tratados internacionales al mismo nivel que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de manera que se pueden aplicar tratados como la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), ratificada por México en 1990, en la cual se reconoce el interés superior de niños, niñas y adolescentes del país. (UNFPA, 2020)

Dependiendo de las herramientas y apoyos sistémicos con las que cuenta la adolescente podrá afrontar el embarazo, la maternidad y así mismo replantearse o continuar con sus expectativas y proyecto de vida.

Acciones emprendidas a favor de la adolescente embarazada

Existe un gran interés a nivel mundial y local con relación a la atención integral del adolescente, regidos por un organismo a nivel internacional la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del que nuestro país forma parte, cuenta con documentos como respuesta a las acciones emprendidas y focalizadas a este grupo de edad, teniendo políticas y estrategias que ya se aplican en nuestro país que deben reflejarse en el año 2030 como parte del desarrollo sostenible de la región.

En el informe de la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018) brinda un panorama general de las estrategias y plan de acción propuesto es siete áreas de acción:

- Información estratégica e innovación.
- Entornos favorables para la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes que se deben conseguir con políticas basadas en la evidencia.
- Sistemas y servicios de salud integrados e integrales.
- Desarrollo de la capacidad de recursos humanos.
- Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela.
- Alianza estratégica y colaboración con otros sectores.
- Comunicación y participación de los medios de comunicación.
(OPS, 2018)

Cada una de estas áreas de acción incide en el tema de interés, focalizando sus intervenciones en el empoderamiento de la adolescente a través del conocimiento del autocuidado de la salud con el fin de minimizar los riesgos de ejercer su sexualidad.

A medida que estas áreas se han ido desarrollando van arrojando información que permite evaluar las acciones ubicando las áreas de oportunidad y poder reencausar actividades que logren el impacto deseado.

La adolescente, quien confluyen dentro de un sistema bio-psico-social, es un sujeto de derecho, debiendo actuar amigablemente con ella, dándole tiempo, espacio y atención específica sobre el tema de su sexualidad que la empoderen en la toma de decisiones que sean positivas en su vida.

Por lo que las estrategias que se desarrollen deben contar con las siguientes características: políticas de salud amigables, establecimiento de salud amigable, profesionales amigables, atención amigable, procedimientos administrativos amigables, disponibilidad de una amplia gama de servicios, participación comunitaria y sistemas de evaluación y monitoreo (Reproductiva).

En México, específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se tiene referencia en el periodo 2013 a 2019 el 15% de los egresos hospitalarios corresponden a adolescentes; así también se identifica que dentro de las 10 principales causas de estos egresos existen cuatro que están directamente relacionados con atención obstétrica, el parto único espontáneo ocupa el primer lugar, las causas obstétricas directas (excepto aborto y parto único espontáneo, solo morbilidad) se encuentra en segundo lugar; en cuarto lugar el aborto (solo como morbilidad) y en el noveno lugar se encuentran las causas obstétricas indirectas. (López y Rodríguez, 2020)

Datos relevantes para la institución, que desde hace décadas ha venido implementado estrategias que incidan favorablemente en la prevención y atención prioritaria para promover y reforzar los mecanismos para la protección de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del embarazo de niñas y adolescentes; así también proporcionar atención obstétrica amigable durante el embarazo, nacimiento y puerperio. (Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024)

Una de las atenciones que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social a este grupo que cuentan con la seguridad social es el acuerdo ACDO.SA3.HTC.27021/16.DPM, el cual otorga atención a la beneficiaria hija menor de 16 años durante el embarazo, el trabajo de parto, parto, puerperio y sus complicaciones; así como la atención al o los neonatos hasta su egreso hospitalario, dentro de los documentos y diligencias que se realizan destaca el certificado de embarazo expedido por el médico familiar y la orientación e información que el personal de salud directivo y operativo de las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer nivel deben proporcionar a los derechohabientes con relación a los requisitos y trámites para la autorización de la atención obstétrica a favor de la beneficiaria hija. (Instituto Mexicano del Seguro Social, Procedimiento para solicitar, autorizar, otorgar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija

menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico de Instituto Mexicano del Seguro Social, Actualización 23 de noviembre 2018).

La intervención de Trabajo Social, como parte del grupo interdisciplinario de atención con mujeres en gravidez, se realiza a través de la atención individualizada desde primer nivel identificando las características personales, estilo de vida y aspectos socioculturales que influyen negativamente en el cumplimiento de indicaciones y/o recomendaciones del personal de salud, así como para promover el desarrollo de actitudes y conductas favorables en beneficio del binomio madre-hijo, de acuerdo a sus necesidades de educación para el cuidado materno-fetal esta puede ser individualizada y/o en grupo educativo. (Instituto Mexicano del Seguro Social, actualización 13 de junio de 2013)

El desarrollo profesional de Trabajo Social en instituciones de salud está definida y documentada, que hacer en caso de, sin embargo el actuar profesional, el acercamiento a la población, con sus necesidades específicas motivan reflexiones y necesidades de estudiar fenómenos contemporáneos, con el fin de proponer y establecer ante la institución acciones en mejora de estas necesidades sociales que impacten positivamente a su calidad de vida; Trabajo Social es parte fundamental del tejido social entre el usuario y la institución.

La incorporación de Trabajo Social en el sistema de salud tiene precedente desde el momento en que la salud se consideró no solo como un problema físico-biológico. (Ander-Egg, 2004)

Dentro del sistema de salud el Trabajo Social forma parte del equipo interdisciplinario para la atención de pacientes y familiares, con metodología y técnicas propias que enriquecen un diagnóstico social, identificando factores positivos y negativos que influyen en la atención, debiendo establece un tratamiento social a corto y mediano plazo que favorezca el cambio de patrones y dote de herramientas a la paciente resignificando su estilo de vida.

Antecedentes de Trabajo Social en el IMSS

La inmersión de Trabajo Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social data de 1944, sus actividades fueron evolucionando conforme la

atención a la población derechohabiente fue más evidente, destacando en 1952 el plan de Trabajo Social para el sexenio en turno contemplando la necesidad educativo-preventiva, trabajo en equipo, coordinación intra y extrainstitucional, así como favorecer la accesibilidad a la seguridad social. (Cárdenas De La Peña, 1973)

Con el tiempo se ha desarrollado manuales, guías técnicas, procedimientos y métodos específicos de trabajo con el fin de puntualizar las actividades que desarrolla cada categoría en cada uno de los niveles de atención conforme los macroprocesos: urgencias, hospitalización, consulta externa y cirugía electiva.

En el Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de atención, clave 2650-003-001, se encuentran sustentadas de manera puntual las actividades inherentes a Trabajo Social, teniendo participación desde la fase de vigilancia prenatal en primer nivel de atención tanto de bajo o alto riesgo para la comunicación educativa mediante la entrevista inicial y en su caso para sesiones grupales; integra grupos educativos de embarazadas por trimestre de gestación o por factores de riesgo comunes o por complicaciones frecuentes, de acuerdo a las necesidades de educación detectadas en la entrevista inicial o de diagnóstico.

Mediante la entrevista diagnóstica identifica las características personales, el estilo de vida y los aspectos socioculturales que influyen negativamente en el cumplimiento de indicaciones y/o recomendaciones del personal de salud y así promover el desarrollo de actitudes y conductas favorables en beneficio del binomio madre-hijo, de acuerdo con sus necesidades de educación para el cuidado materno-fetal. Realiza el estudio médico social, elabora el diagnóstico, registra los datos y las recomendaciones efectuadas. En caso de incumplimiento a su control médico y siendo embarazadas de alto riesgo realiza actividades de reintegración. Preponderantemente estos manuales tienen desglosados cada una de las actividades que se pueden presentar en la atención o desarrollo de las actividades, conteniendo también instrumentos para que sirvan como evidencia documentada y forman parte del expediente clínico (Instituto Mexicano del Seguro Social., actualización 13 de junio de 2013)

Trabajo Social –Embarazo Adolescente

Existe poca literatura con relación a la intervención de Trabajo Social con embarazadas adolescentes, un aporte es el realizado en una comunidad de Palmira, en escuela de enseñanza media, donde la acción de Trabajo Social nos comparte que fue desde informarlas de sus derechos humanos, tratar de prevenir la deserción escolar, coordinar apoyo en la que tenían situación económica precaria para su alimentación, empoderarlas de su desarrollo fisiológico y aceptación del nuevo ser gestante, trabajar con los padres y fortalecer vínculos con la institución, y formar grupos de adolescentes en la misma situación con la finalidad de compartir sus vivencias. (Carricondo y Bleisen, 2013)

Aún menos información es el análisis técnico que realiza Trabajo Social a través de la atención individualizada de las pacientes que presentan gesta en edad temprana, encontrando un trabajo de tesis realizado en nuestro país por Trabajo Social en un centro hospitalario, nos comparte entre sus conclusiones el rol de agente de cambio dotado de métodos, técnicas, instrumentos y herramientas para generar un estado de bienestar en las personas usuarios de la institución; sin embargo la adherencia a proceso administrativos y funciones lineales, la preparación para la atención de esta necesidad social, merman la calidad de la atención a la paciente y a su red de apoyo primaria, derivado de esto su propuesta en emplear la metodología tradicional de la intervención individualizada. (Rojas Martínez, 2018).

En suma, estas aportaciones nos dan un panorama de dos profesionales que abordan el mismo tema desde diferente campo de acción, con sus conclusiones y propuestas que nos permiten visualizar, investigar y proponer tomando en cuenta las necesidades sociales que demandan atención, los recursos institucionales y las vinculaciones necesarias para allanar la brecha y dotar de herramientas, conocimientos y recursos que empoderen a la adolescente en sus nuevos roles.

Trabajo Social de Casos

Es un método específico para el profesional de Trabajo Social, cuya intervención es individualizada, con el objetivo de detectar, a través de la investigación, la problemática desde un punto de vista holístico que lleva a la comprensión y visualización del impacto en la dinámica personal teniendo como finalidad generar acciones que conlleven a un cambio positivo en la conducta de la persona.

La autora de esta metodología, Mary Richmond, lo define “El conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social” y señala que, para ser considerado como tal, el trabajo social debe de consistir en un tratamiento intensivo y prolongado, enfocado a la comprensión de la vida del cliente en su conjunto y pensando constantemente en el bienestar permanente de las personas con las que se relaciona en su entorno más inmediato. (García, et al., 2015)

Durante toda la intervención del caso el profesional de trabajo social funge como asesor, acompañando con la finalidad de dar resolución a la demanda de atención social solicitada o identificada durante la investigación. Hoy, la intervención se ha reconfigurado pero el objetivo sigue siendo el mismo “la individualidad en la atención de un fenómeno social detectado”.

Recordemos que la metodología es un proceso sistémico y estructurado dentro de la intervención de caso social individual, como bien se denominaba en un principio, por lo que se considera importante recordar esta estructura, citando a tres autores significativos en la conceptualización del método, como lo podemos observar en la tabla 1:

Tabla 1
Estructura del método de casos

Autor	Estructura
Mary Richmond	La encuesta que posibilita el diagnóstico. El diagnóstico que conduce al conocimiento del caso y orienta al tratamiento. El tratamiento cuyos pasos deben llevar a la solución del problema individual.
Gordon Hamilton	El estudio. Diagnóstico y evaluación. Tratamiento.

Patricia Kane	<p>El estudio de los datos presentados por el cliente cuando formula sus problemas.</p> <p>Diagnóstico de los datos (naturaleza del problema y evaluación del problema en términos de los que significa para el cliente).</p> <p>Planteamiento para solucionar el problema, teniendo en cuenta los recursos del cliente y la comunidad.</p> <p>Tratamiento: el cliente y el trabajador social se esfuerzan para resolver el problema.</p>
---------------	---

Fuente: elaboración propia a partir de las reflexiones de los métodos del Trabajo Social (Ander-Egg, Reflexiones en torno a los Métodos del Trabajo Social, 1992)

En particular la investigación de casos en las Unidades de Primer Nivel de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene dos niveles:

- *Nivel exploratorio:* su objetivo primordial es familiarizarse con el problema en estudio y seleccionar, técnicas e instrumentos o incluso modelos de intervención para la intervención.
- *Nivel descriptivo:* su objetivo es exponer las características de la problemática presentada y los recursos con los que se cuenta. (Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía Técnica para la operación y acciones de Trabajo Social en Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención).

Ocupando para su desarrollo el proceso metodológico de casos y teniendo como instrumento el Estudio Social Medico para recabar y concentrar la información.

El estudio social goza de una estructura que facilita la recopilación de la información con el fin de dar paso a la elaboración del diagnóstico y formular un plan de atención social.

La Tabla 2 es un comparativo del instrumento normado en la Institución y el que propone Aida Valero se observa la inclusión de los conceptos que se deben tener en esta metodología.

Tabla 2
Estructura del Estudio Social:

Guía para un caso social individual (Aida Valero)	Estudio social médico
<ul style="list-style-type: none"> • Datos personales. • Motivo de la visita domiciliaria. • Grupo familiar (estructura demográfica). • Expediente número, caso número, fecha, Trabajador Social. • Antecedentes del caso. • Primera entrevista. • Datos personales y escolares. • Grupo familiar (estructura, ciclo, dinámica, apariencia, personalidad y conducta en torno al sujeto de caso. Elaboración del familiograma. • Condiciones económicas. • Condiciones de la vivienda. • Diagnóstico social. • Plan social. • Evaluación y cierre del caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos institucionales de identificación (número de seguridad social, nombre del paciente, CURP, unidad de adscripción, número de consultorio y turno). • Datos generales (que incluye, quien solicita el estudio y la fecha del estudio). • Datos de exploración del caso (objetivo del estudio, datos del paciente, datos familiares, familiograma, datos económicos, condiciones del hogar, datos complementarios. • Diagnóstico social médico (del paciente, de la familia). • Plan de tratamiento social. • Acciones realizadas. • Estatus del caso. • Fecha de terminación del estudio. • Nombre Trabajador Social.

Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones de Aida Valero (Valero, 2012) y el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía Técnica para la operación y acciones de Trabajo Social en Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención.)

En suma, la acción de Trabajo Social en la atención de la metodología de intervención individualizada goza de instrumentos que deben ser observados por el profesional que colabora en la institución con el fin de garantizar al usuario una atención de calidad detectando las necesidades o problemática social y ofertando soluciones para generar un cambio positivo en el estilo de vida y para el afrontamiento de las circunstancias que le rodean.

Propuesta metodológica para la investigación del análisis de la intervención de Trabajo Social en adolescentes menores de 16 años en el ÓOAD norte del IMSS

Esta investigación se elige derivado de observar la intervención de Trabajo Social con las menores de edad embarazadas que acuden a atención prenatal y que a través de la investigación social se oferta atención individualizada, dichas acciones quedan registradas en los instrumentos propios de la profesión y de la institución, debiendo utilizar de forma correcta sus habilidades profesionales y los instrumentos normativos para dar fe a las acciones e intervenciones realizadas.

Por otra parte, el personal que labora en las Unidades de Salud que tiene contacto con la adolescente tiene un rol específico en su atención. En lo que implica a Trabajo Social específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el deber ser requiere puntualidad ya que no solo se trata de preservar la vida, sino también contemplar el desarrollo bio-pisco-social.

Abordaje metodológico

Esta investigación nos lleva a la reflexión y consideración si debe generarse un instrumento específico para la intervención por parte del personal de Trabajo Social con las menores adolescentes que cursan un embarazo; cuyo objetivo nos lleva a analizar los instrumentos de investigación social aplicados por Trabajo Social para identificar la intervención social y la congruencia del diagnóstico con el plan de tratamiento.

Se evaluaron 30 los Estudios Sociales Médicos realizados por el personal de Trabajo Social a las menores que cursaron con un embarazo en el periodo de comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2021 en Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención pertenecientes al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en la Ciudad de México, Norte, del Instituto Mexicano del Seguro Social, contando con las siguientes Unidades de Medicina Familiar 2, 3, 5, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 23, 29, 34, 35, 36, 40, 41, 44, 49, 94 , 120 y el Hospital de

Gineco- Pediatría 3-A; donde se han presentado pacientes mujeres entre los 12 y los 15 años de edad gestantes.

Es un estudio observacional, retrolectivo, transversal, integrado por 30 Estudios Sociales Médicos, los cuales son evaluados mediante un instrumento de elaboración propia, realizando el análisis de resultados con estadística descriptiva e inferencial. La integración de la muestra es por cuotas, ya que se eligió a las mujeres embarazadas menores de 16 años, beneficiarias hijas que se presentaron a atención en el Servicio de Trabajo Social en las Unidades Médicas Familiares que se encuentran en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, Norte, de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Tamaño de la muestra está integrado por 33 pacientes que presentaron solicitud de atención bajo el acuerdo con el que se establece el beneficio de otorgar la atención ginecobstétrica a las hijas menores de 16 años de los asegurados, pensionados o jubilados que se emite de manera anual por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social; de los cuales se excluyeron 3 (Estudio Social Médico incompleto, Estudio Social Médico ilegible y Estudio Social Médico realizado a menor de edad de 16 años); considerando como muestra final 30 estudios.

La variable es cualitativa ya que se estudia la congruencia de los datos con el diagnóstico y el tratamiento ofrecido.

Descripción del estudio

La evaluación de los Estudios Sociales se realizará a través del Instrumento de Evaluación de la Calidad de Estudios Médicos Sociales y Notas Sociales de Trabajo Social del Hospital, diseñado por la Coordinación de Trabajo social de la ÓOAD Norte DF, cuenta con 10 ítems cada uno tienen un puntaje, que en su conjunto arroja un máximo de 100, con un semáforo del desempeño:

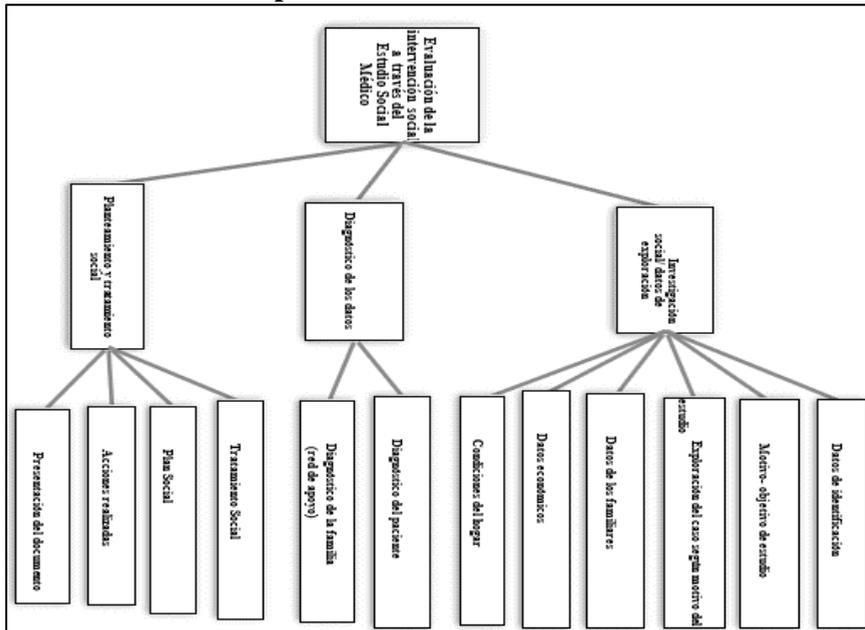
- Esperado: 80-100 puntos.
- Medio: 60-79 puntos.
- Bajo: Menor o igual a 59 puntos.

La obtención del puntaje que permitió su interpretación a partir observar si el Estudio Social contaba con la información en el instrumento en caso negativo se restaba puntaje.

Resultados

El resultado de este estudio se presentan con base a la evaluación del instrumento Estudio Social Médico, de elaboración propia, dividiéndolo para este caso en tres categorías cada una de ellas cuenta con componentes cualitativos específicos, como se muestra en la figura 1, que en su conjunto nos permiten observar parámetros de referencia para cada categoría teniendo como base la Teoría de Sistemas ya que una categoría da paso a la otra en estricto orden de presentación, tal cual lo han sustentado los precursores de la metodología de caso.

Figura 1
Esquema de categorías y parámetros de referencia
para el análisis cualitativo



Fuente: elaboración propia a partir de la aportación metodológica de Patricia Kane y la estructura del instrumento MF-4-30-53 del IMSS

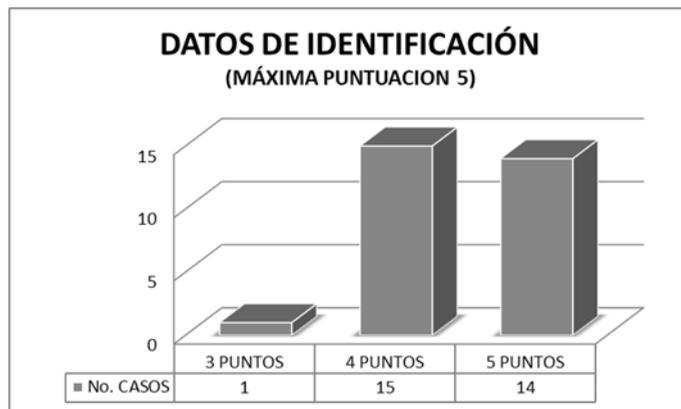
En este esquema observamos que la evaluación de la intervención es el resultado de tres categorías: investigación social/datos de exploración, diagnóstico de los datos y; planteamiento y tratamiento social; cada una de las categorías cuenta con componentes específicos que deben estar registrados en el instrumento.

Categoría investigación social/datos de exploración

Esta categoría es el pie de toda la intervención del método, en la cual el trabajador social a través de diferentes técnicas compila la información y relevancia que nos permita identificar la problemática social, debe ser completa, concreta y significativa; que incida en la problemática referida por el paciente, integrante del equipo de salud o identificada por el trabajador social.

Subcategoría datos de identificación

Nos arroja que 3 % (1) obtuvieron una puntuación de 3 puntos, el 50 % (15) 4 puntos y el 47 % (14) 5 puntos; con un promedio de 4.45 equivalente al 88.6% del máximo total (5 puntos) en este rubro.



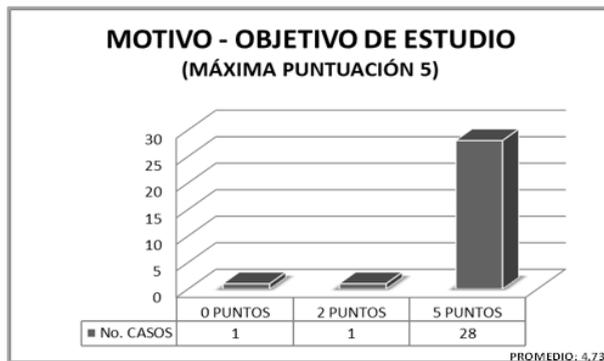
Fuente: Elaboración propia, 2022.

En este rubro, la edad de la paciente fue: 1 paciente de 12 años, 9 de 14 años, 16 de 15 años y 1 de 16, con un promedio de 14.4 años. Observando que 1 contaba con número de seguridad social incompleto;

8 no referían la unidad de adscripción, 2 del consultorio, turno de atención y edad de la paciente; 3 no contaban con alcaldía o municipio en los datos del domicilio; 13 no refirieron quien es su médico familiar y la matrícula del mismo, 1 no tenía completa la fecha en que se realiza la investigación.

Subcategoría motivo-objetivo de estudio

Se identificó que un 4% (0) obtuvieron 0 puntos, con 2 puntos se encuentra otro 3% (1) y con 5 puntos se encuentra el 93 % (28), promediando una puntuación de: 4.73 corresponde al 94.6 % de la puntuación máxima (5 puntos).

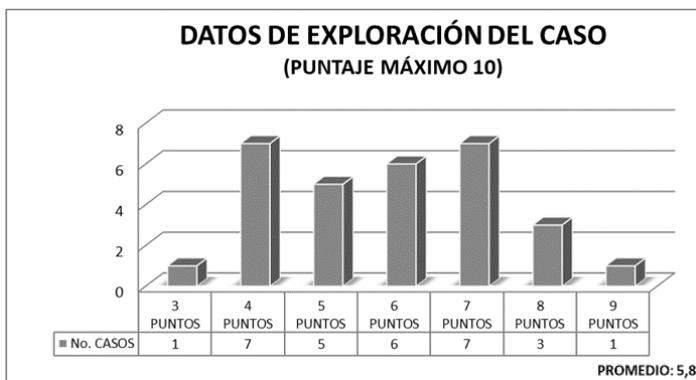


Fuente: Elaboración propia, 2022.

En este rubro se observa que 28 Estudios cuentan con la descripción de un objetivo de Estudio adecuado para el seguimiento en la exploración del caso.

Subcategoría exploración del caso según motivo de estudio

La evaluación del contenido de información nos arroja que hay un 4% (1) con 3 puntos, con 4 puntos un 23% (7), 5 puntos el 17% (5), 20% (6) con 6 puntos, 7 puntos cuentan con 23% (7), 8 puntos el 10% (3) y con 9 puntos el 3% (1). Promediando el 5.8 en puntaje general significa el 58% del puntaje máximo (10).

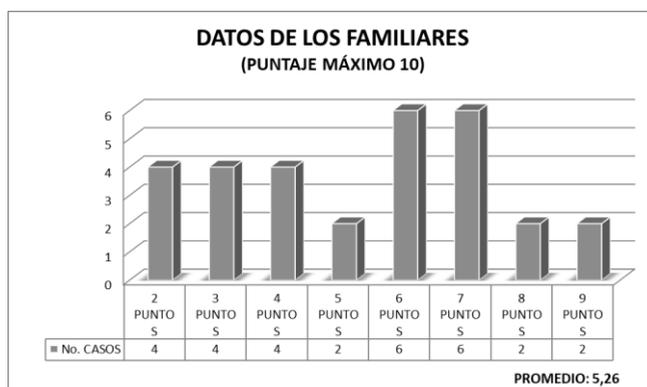


Fuente: Elaboración propia, 2022.

En la exploración de caso, con referencia a datos personales de las pacientes: 1 no refería su lugar de origen, 12 el tiempo de residencia en la ciudad, 22 el lugar que ocupan en la familia y 25 el rol dentro del grupo familiar, 2 el nivel de estudios, 12 la ocupación el tiempo libre, 1 no indicó que tipo de alimentación llevaba la paciente, 2 no hacen referencia a ingesta de alcohol como parte del estilo de vida; 6 no hicieron mención de la actitud y participación de la paciente en su problemática social- medica, en 15 no referenciaron la repercusión del problema de salud en la familia o medio escolar; en 20 casos no se informa sobre las expectativas de las pacientes en relación a su situación de salud.

Subcategoría datos de los familiares

Se encontró que el 13 % (4) alcanzó 2 puntos, otro 13% (4) 3 puntos, una vez con 13% (4) 4 puntos, con 7% (2) 5 puntos, 6 puntos tienen 20% (5), 20% (6) 7 puntos, 8 puntos con un 7% (2) y con 7% (2) 9 puntos; con promedio de puntaje de 5.26 correspondiendo el 52.6% del máximo puntaje (10).

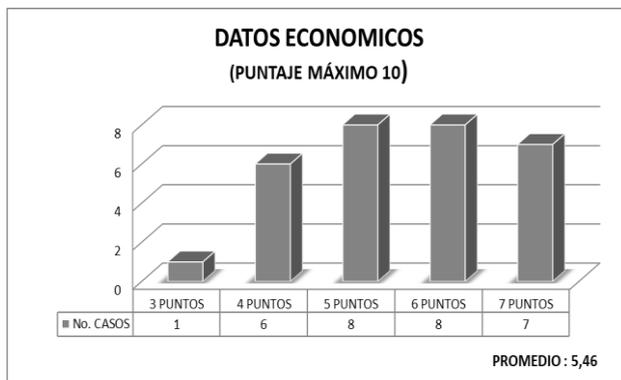


Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el rubro de datos familiares en 2 casos se omitieron los nombres de los miembros de la familia, en 16 su lugar de origen, en 18 el tiempo de residencia en la localidad, 3 no decían que parentesco tiene con la paciente, en 5 no se preguntó por su escolaridad, en 2 por su ocupación, en 13 se omitió el estado civil, 9 no refieren el estado de salud; en 8 casos no comentan que tipo de relaciones hay entre los integrantes así como la actitud ante los eventos trascendentes en la familia tales como: ruptura familiar 7 casos, desempleo 1, enfermedad 2, hospitalización 2; minusvalía de algún integrante 1; otros 15 casos teniendo como temas consumo de drogas, abandono de estudios y falta de ocupación laboral así como celopatía en el noviazgo. Con relación a la actitud de la familia hacia la paciente en 16 casos no se cita la misma; en 22 casos no informan el grado de colaboración de la familia en el tratamiento médico, en 23 no se documenta quien es la autoridad y el parentesco, así como en 26 estudios no se describe quien es la persona con quien más se identifica la paciente.

Subcategoría datos económicos

Cuenta con 3 puntos (1) que es el 3%, 4 puntos (6) siendo el 20%, con 27% cada uno los siguientes puntajes 5 (8), 6 (8) y con 7 puntos el 23% (7), promediando 5.46 puntos equivalente al 54.6% del máximo puntaje (10).

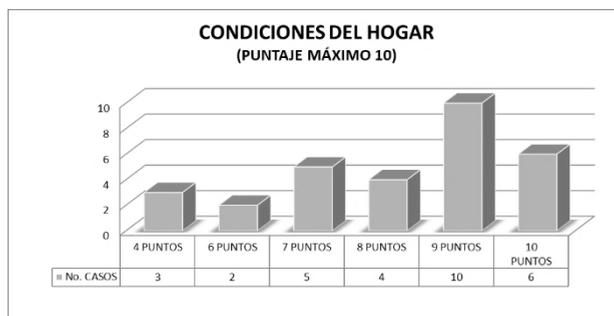


Fuente: Elaboración propia, 2022.

En los datos económicos: en 5 estudios no expone el nombre de la persona que aporta al ingreso familiar y en 24 no menciona la razón social de la empresa a la que pertenece la persona que aporta el ingreso; en el rubro de egresos en 3 casos no se describe el egreso de la vivienda, 17 de ellos no citan la inversión en ropa y calzado, 21 omiten cuando destinan a la educación, en 8 al transporte y en 18 la salud.

Subcategoría condiciones del hogar

Con 4 puntos el 10% (3), 6 puntos el 7% (2), 7 puntos con 17% (5), 8 puntos el 13% (4), 9 puntos con 33% (10) y 10 puntos con 20% (6). Promedio de 8.03 equivale al 80.3% del total de puntos asignados (10).



Fuente: Elaboración propia, 2022.

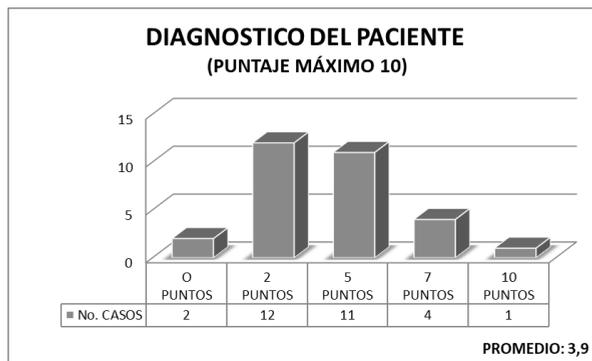
Respecto al bloque de las condiciones del hogar en 1 caso no se describió el tipo y características de la vivienda, 10 no informaron las condiciones de iluminación y ventilación, con respecto a los servicios con los que cuenta la vivienda, 4 no mencionaba agua potable, 4 drenaje, 4 pavimentación, 4 luz, 6 recolección de basura, 4 no hacían mención sobre si existe fauna nociva y en 18 omiten las condiciones higiénicas dentro del hogar.

Categoría diagnóstica de los datos

Solo se puede elaborar a partir de la investigación social; en la cual de forma objetiva se debe dimensionar la problemática, su magnitud e impacto ya sea positivo o negativo a partir de relacionar la causa-efecto.

Subcategoría diagnóstica del paciente

Se observa un puntaje de 0 puntos con el 7% (2), 2 puntos 40 % (12), 5 puntos con 37% (11), 7 puntos con 13% (4) y 10 puntos con el 3% (1). Promedio de 3.9 puntos siendo el 39% del máximo puntaje (10).



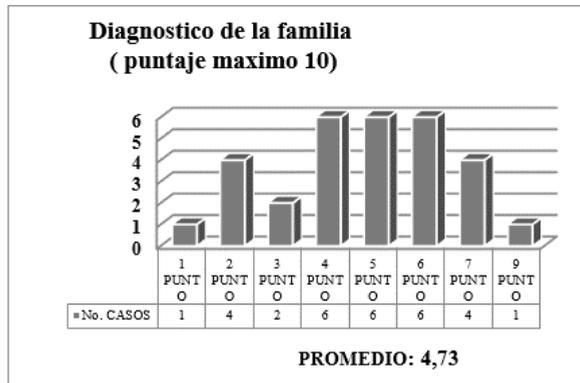
Fuente: Elaboración propia, 2022.

Con relación al diagnóstico de la paciente en 17 casos no se describe la relación causa-efecto del individuo, en la familia, ambiente laboral o escolar con relación a las causas medico sociales y culturales que intervienen en la problemática de salud; los recursos personales para la solución del problema no se mencionaron en 22 casos; en 8 casos no se cuenta con información sobre la actitud de la paciente ante su problema

y en 21 casos no comenta el grado de información respecto a su problema médico.

Subcategoría diagnóstica de la familia

Encontrando que con 1 punto (1) 4%, 2 puntos (4) 4 %, 3 puntos (2) 7 %, comparten el 22% los puntos 4, 5 y 6 puntos (6), con 7 puntos (4) 15% y 9 puntos (1) el 4%, promedio de 4.73 puntos equivale al 47.3% del puntaje máximo (10).



Fuente: Elaboración propia, 2022.

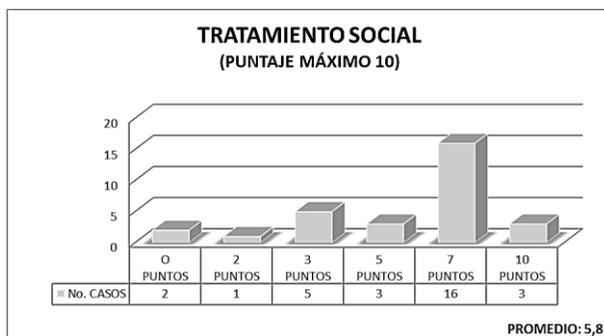
Con relación al diagnóstico de la familia en 13 estudios no se hace referencia sobre los problemas detectados, posibles causas y recursos con los que se cuenta para resolverlos; sobre el nivel de apoyo en 10 estudios no se manifiesta el apoyo familiar, solo en 1 se menciona el apoyo de la comunidad y en 4 se menciona el apoyo institucional. La dinámica familiar se omite en 3 casos, 5 no mencionan el tipo de familia, en 17 no se cita la integración y en 12 la fase en la que se encuentra la familia; 9 estudios no refieren las funciones básicas que se cumplen, las que tienen deficiencia y las que no se cumplen; en 25 estudios no describen quien ejerce el liderazgo y tipo; 21 estudios no comentan el cumplimiento de los roles de los padres; 17 no advierten sobre el nivel escolar, el estado actual de salud familiar no se menciona en 26 y en 23 no se menciona información de accesibilidad y disponibilidad de los servicios médicos y sociales.

Categoría planteamiento y tratamiento social

En esta categoría se establece las acciones e intervenciones en la problemática identificada, debe ser congruente con el diagnóstico social y el objetivo del estudio. Debe ser programático, temático y con uso de recursos propios, instituciones y comunitarios.

Subcategoría tratamiento social

Se encuentra que 0 puntos (2) equivalente al 7%, 2 puntos (1) 3%, 3 puntos (5) 17%, 5 puntos (3) 10%, 7 puntos (16) es el 53% y 10 puntos (3) 10%, promedio de 5.83 representando el 58% del puntaje máximo (10).

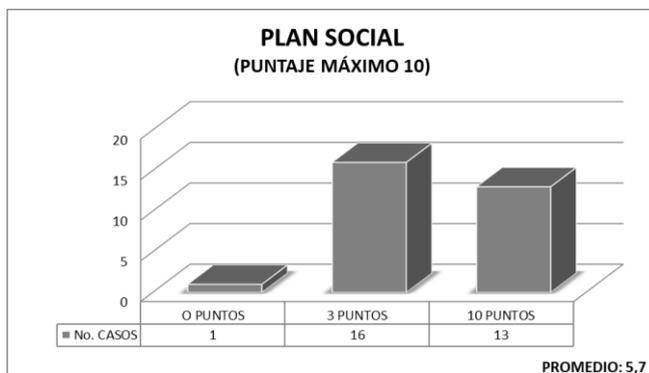


Fuente: Elaboración propia, 2022.

Del tratamiento social: En 2 estudios no mencionan las actividades como parte del seguimiento del tratamiento no farmacológico, en 21 casos se omiten las fechas para llevarse a cabo dichas actividades, 2 no se citan los recursos institucionales de los que se pueden hacer uso y en 19, si se utilizarán recursos de la comunidad. La planeación del Tratamiento Social no es congruente con el objetivo del estudio y con el diagnóstico del paciente y su familia.

Subcategoría plan social

Encontramos que 0 puntos (2) es el 3%, 3 puntos (16) el 54% y 10 puntos (13) 43%, con un promedio de 5.7 puntos esto corresponde al 57% del puntaje máximo (10).

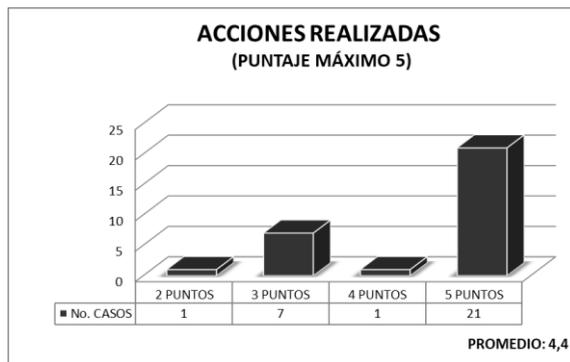


Fuente: Elaboración propia, 2022.

Sobre la descripción de un plan social: en 17 casos solo mencionan acciones a corto plazo, en 12 acciones se mencionan acciones a corto, mediano y largo plazo; y en un caso no mencionan acciones ni temporalidad.

Subcategoría acciones realizadas

Los puntajes obtenidos fueron 2 puntos equivale a 4% (1), 3 puntos con el 23% (7), 4 puntos es el 3% (1) y con 5 puntos siendo el 70% (21), promedio de 4.4 puntos con el 88% del máximo puntaje (5).

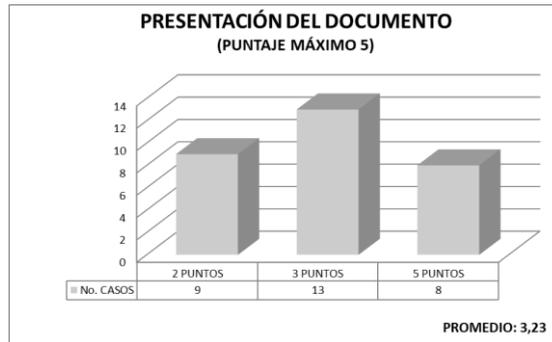


Fuente: Elaboración propia, 2022.

En este rubro, las acciones realizadas se mencionan en 10 estudios, en 20 estudios la descripción de las acciones no es de forma concreta.

Subcategoría presentación del documento

Se obtuvieron los siguientes resultados con 2 puntos el 30% (9), 3 puntos un 43% (13) y con 5 puntos 27% (8), promedio de 3.23 puntos significando el 64.6 % del puntaje máximo (5)



Fuente: Elaboración propia, 2022.

Sobre la presentación del documento en 13 estudios no cuidaron la ortografía, en 7 la imagen y en 11 presentaron problemas en la redacción.

Conclusiones

En resumen, los porcentajes obtenidos por categoría son los siguientes:

- Categoría Investigación social/ datos de exploración el puntaje obtenido fue de 34 puntos de un máximo de 50, significando un porcentaje de 68%
- Con relación a este punto, dentro de los datos de exploración de caso que no se cuestionaron son: Proyecto de vida, habilidades para la vida, ocupación del tiempo libre y la actitud de la paciente y la familia ante este evento. El 87% de los Estudio Social Médico no cuentan con la información necesaria para poder elaborar un diagnóstico. El que Trabajo Social no enfatice el conocimiento de estos ítems, deja al margen la información que se pueda ofertar, así como ofrecer la capacitación y asesoría con herramientas que permitan su afrontamiento.

- Categoría diagnóstica de los datos la puntuación fue de 8.63 de un máximo de 20 puntos, transformándolo al porcentaje es de 43.15%
- En la elaboración del diagnóstico del paciente o de la familia; se observa que la redacción es repetitiva, colocando los datos de la investigación como diagnóstico, demostrando la falta de lenguaje técnico y profesional necesario para su elaboración, inclusive en algunos casos es solo complementación de la investigación; es decir los datos que no incluyen en la investigación los plasman en este apartado.
- Categoría planteamiento y tratamiento social su puntuación fue de 19.16 de un máximo de 30 puntos significando un 63.86%. Para establecer las actividades del tratamiento social muestra apego a los lineamientos que indica la institución como: la participación en la fase de vigilancia prenatal, promover el desarrollo de actitudes y conductas favorables para el binomio madre - hijo, las actividades educativas individuales y grupales. Sin embargo, no hay registro de la periodicidad de las acciones ni el objetivo para el que se realicen, así como también se observa la falta de seguimiento a las actividades planteadas.
- En relación con el instrumento que ocupa la institución, cuenta con todos los parámetros propuesto por la literatura para la metodología de casos. Sin embargo, el 50% de los estudios no identifican la problemática social como parte del diagnóstico, el 50% de los casos no hay congruencia entre el objetivo de estudio, la investigación de los datos de la exploración del caso y las acciones que se establecen en el tratamiento y el plan social.

Los datos que se obtienen en la investigación social omiten información trascendental en la vida de la paciente como lo son las habilidades para la vida; el conocimiento de su nuevo rol y proyecto de vida y con base a este poder formular el diagnóstico y tratamiento.

Trabajo Social está capacitado para llevar las acciones de educación para la salud, encontradas en los procedimientos de intervención; sin embargo, no realiza lo necesario para implementar el Diagnóstico, plan y tratamiento social que permita brindar los conocimientos para la atención de su etapa gestante – obstétrica- puerperal.

Observamos que Trabajo Social no realiza una búsqueda intencionada en la paciente para identificar el proyecto de vida; así como la calidad de las redes de apoyo, resolviendo la situación emergente, sin visualizar un futuro con la calidad de vida necesaria para la menor y su hijo.

Para la contención emocional en casos de violencia (6 casos) solo se oferta en la mitad de los casos la canalización a instituciones intra y/o extrainstitucionales, aunque ameritaban la atención de manera inmediata.

En el 93.5% de los casos se realizan acciones solo a corto plazo, con actividades que se desarrollan solo al momento de la entrevista para elaborar el Estudio Social Médico; en el 41.9% de los casos se plasman acciones a mediano plazo y en el 38% de los casos si se establecen acciones a largo plazo, sin embargo, esto no está relacionado a la congruencia con las necesidades de la paciente.

El registro de las acciones realizadas es basado en la oferta institucional que van desde la orientación en los trámites administrativos hasta la orientación y consejería de los temas que trabajo social tiene para los programas educativos de Embarazo.

Estas acciones en el 32.2% no se puntualizan las acciones, en el 90.3% no colocan la fecha compromiso para llevarse a cabo, en el 93.5% no mencionan los recursos institucionales que puedan servir de apoyo para el diagnóstico médico de la usuaria; en el 25% tampoco mencionan los recursos de la comunidad que se promocionan o se puedan ocupar como red de apoyo.

Así mismo, tampoco se registra sobre la orientación brindada sobre trámites administrativos de vigencia de derechos de la menor y de su hijo, así como la posibilidad de continuar el seguimiento y atención dentro de la institución, sin visualizar que posterior al evento obstétrico la menor ejercerá un nuevo rol.

La maternidad infantil es significativamente importante en cualquier ámbito de nuestra sociedad en su mayoría estos embarazos no han sido planeados por lo que la menor no cuenta con los recursos económicos, habilidades y conocimientos en el cuidado y desarrollo del embarazo así como cuidados y crianza del recién nacido, las adolescentes están en formación de conocimientos y habilidades, apenas planteándose un proyecto de vida a corto plazo; en consecuencia se produce un resquebrajamiento en ellas y su entorno social inmediato, aceptando de

forma resignada y con cierto miedo e incertidumbre su situación fisiología y sin saber qué hacer ante su inminente cambio de vida.

Por lo que se refiere a la institución debemos estar preparados para la atención de este grupo especialmente vulnerable con la aplicación de las políticas Institucionales que se adhieren a los compromisos con la Organización Mundial de la salud; Trabajo Social como parte fundamental del equipo de salud multidisciplinario, en este caso en primer y segundo nivel, tiene un compromiso profesional con este grupo de mujeres debiendo ampliar su actuar profesional, no limitándose a la atención de salud que pueda brindar la Institución; se debe reforzar su praxis en la metodología de atención individualizada, obteniendo datos precisos, concisos y fundamentales que permitan a través de ellos, establecer un diagnóstico social y un pronóstico que oferte a la paciente una serie de actividades y herramientas que le den soporte para poder asumir su responsabilidad y roles para resolver y afrontar la problemática y le permita replantear un proyecto de vida; abriendo posibilidades a los recursos con lo que cuenta la paciente, los que existen en su comunidad y las instituciones.

Sugerencias

Trabajo Social debe enfatizar en el Plan Social, las habilidades para la vida que se identifiquen en la usuaria durante las intervenciones sociales, sobre todo las que repercutirán en poder establecer un plan de vida que incluya el tipo de crianza, la funcionalidad de las redes de apoyo, si retomará su formación académica o se incorporará a la vida laboral.

Se debe contar con un directorio de instituciones que favorezcan la atención integral de la paciente, según las necesidades detectadas en la investigación (apoyo a la mujer, guarderías, instancias legales, instituciones para la capacitación al trabajo o para conclusión de estudios)

Trabajo social debe lograr un estado de bienestar en sus intervenciones a través de la praxis y el desarrollo de habilidades y conocimientos especializados en el área de la salud.

La supervisión oportuna y continua de las intervenciones sociales será coadyuvante para generar compromisos de mejora en la intervención individualizada con el personal de Trabajo Social.

Elaborar un método específico o un programa de atención para las menores de edad gestantes, podría establecer un proceso para cumplir con una atención integral.

Por lo anterior se hace presente la necesidad de programar actividades de capacitación continua, enfatizando en el método de intervención individualizada y en la elaboración de estudio social médico y/o caso social, la asesoría puntual de acuerdo con las áreas de oportunidad que se presenten en los Trabajadores Sociales de manera específica, así como la vinculación con las instituciones públicas y ONG que ofrezcan atención a este grupo vulnerable.

Referencias

- Ander-Egg, E. (2004). *Léxico del trabajo social y los servicios sociales*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- Ander-Egg, E. (1992). *Reflexiones en torno a los Métodos del Trabajo Social*. México, D.F.: El Ateneo, S.A. de C.V.
- Ander-Egg, E. (2004). *Léxico del Trabajo Social y los Servicios Sociales*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- Ávila, G. (2021). *Diagnóstico Social en Trabajo Social: conceptos clave y metodología para su elaboración*. (s. d. Social, Ed.) REETSJ, Publicaciones.
- Barreto, E., Sáenz, M., Velandia, F., y González, J. (2013). El embarazo en adolescentes bogotanas: significado relacional en el sistema familiar. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 837-894.
- Cárdenas De La Peña, E. (1973). *Servicios médicos del IMSS: Doctrina e Historia*. México: IMSS.
- Carricondo, M. J., y Bleisen, R. R. (2013). *Tesis "Embarazo Adolescente: Aportes desde el Trabajo Social a una Problemática de Larga Trayectoria. Caso: Comunidad de Palmira. Año 2013"*. (F. d. Sociales, Ed.) Mendoza, Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.

- Real Academia de la Lengua Española, (s.f.). <https://www.rae.es>. Recuperado el 22 de 03 de 2022
- García, P., García, R., Suquía, M., Curieres, I., Álvarez, D., y Millán, R. (31 de 01 de 2015). El Trabajo Social en Mary Richmond. La fundamentación de su Teoría. En *Trabajo Social Hoy* Recuperado el 15 de 02 de 2022, de <https://trabajosocialhoy.com/articulo/98/el-trabajo-social-en-mary-richmond-fundamentacion-de-su-teoria/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (23 de 11 de 2018). *Procedimiento para solicitar, autorizar, otorgar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 2650 A03 004.
- INEGI. (2018). <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conapo-principales-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-la-dinamica-demografica-enadid-2018>. Recuperado el 30 de 07 de 2021, de <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conapo-principales-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-la-dinamica-demografica-enadid-2018>
- Infancia, F. d. (29-30 de agosto de 2016). www.paho.org. Recuperado el 16 de junio de 2021, de www.unicef.org/lac/: www.unicef.org/lac/
- Loredo-Abdalá A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González Corona, J. y Gutiérrez Leyva, C. J. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223-229.
- Martínez, E., y Montero Gloria, Z. R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*, 41.
- Menkes, C., y Suárez, L. (2003). Sexualidad y Embarazo Adolescente, en *Papeles de Población*, 9(35), 233-262. Recuperado el 09 de 2021, de scielo.org.mx/pdf/pp/v9n35a11.pdf
- Galicia Moyeda, I. X., Martínez Sánchez, B., Ordoñez Cervantes, D. M., y Rosales Vega, H. A. (2013). Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: un estudio piloto. *Psicología y salud*, 23:83-95.
- OMS. (s.f.). https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1. Recuperado el 23 de 07 de 2021, de

- https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. México: Mc-Graw Hill.
- Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024. (s.f.). *Programa Institucional de Entidad no Sectorizada derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2015). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: Secretaría de Salud.
- Rojas Martínez, J. L. (2018). *Tesis: Intervención de Trabajo Social en la Prevención del Embarazo Adolescente no Planificado en el Hospital Municipal Mariano Matamoros de Xalatlaco, Estado de México*. (F. d. Conducta, Ed.) Toluca, Estado de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Organización Mundial de la Salud, O. M. (2022). *who.int*. Obtenido de Temas de Salud: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud, (10 de octubre de 2015). *Paho.org*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030>
- Organización Panamericana de la Salud, (2018). *www.paho.org*. (D. O. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Informe resumido. Washignton, Productor) Recuperado el 09 de 2021, de <http://iris.paho.org>
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (2020). *Guía de Sesiones de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud* (Vol. Primera Edición). México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (Ed.). (actualización 13 de junio de 2013). *Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención*, clave 2605-003-001. Ciudad de México, México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (Actualización 23 Nov. 2018). *Procedimiento para solicitar, autorizar, otorgar y cuantificar el importe de la atención obstétrica proporcionada a la beneficiaria*

- hija menor de 16 años, por Acuerdo del Honorable Consejo Técnico de Instituto Mexicano del Seguro Social. México.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (Actualización 13 junio 2013). *Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención 2650-003-001. CDMX.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (s.f.). *Guía Técnica para la operación y acciones de Trabajo Social en Unidades Médicas del Primer Nivel de Atención.*
- Sociales, F. I. (s.f.). <http://ifsw.org>. Recuperado el 25 de 02 de 2022
- UNFPA. (agosto de 2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. México.*
- Valero, A. C. (enero de 2012). *La Atención Individualizada en Trabajo Social. México, D.F.*

Segundo Apartado: Género, Familia y Exclusión de la Salud

Triple presencia femenina e ideación suicida: en el contexto de la pandemia por COVID-19

Belinda Espinosa Cazarez⁷
Cindy Margarita López Murillo⁸
Guadalupe Lizeth Serrano Ponce⁹

Resumen

El objetivo de la presente investigación es describir los efectos de la triple presencia femenina y la ideación suicida durante la pandemia por Covid-19; es decir, el trabajo remunerado, el trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de los hijos de manera simultánea y la ideación suicida de mujeres durante los cambios súbitos que la pandemia por Covid-19 ha ocasionado. Método: enfoque cuantitativo, descriptivo, no probabilístico en una muestra de 156 mujeres de 18 a 59 años, la recogida de datos se llevó a cabo con la aplicación de una escala de Likert a nivel nacional por medio de diferentes redes sociales como Instagram, Facebook, WhatsApp a través del uso de formulario Google. Conclusiones generales: el ejercicio de la triple presencia (trabajo remunerado, trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de los hijos) ha influido en la salud mental y física de las mujeres participantes del estudio, de tal manera que los pensamientos suicidas han sido parte de algunos momentos de la vida cotidiana de las mujeres que día con día desarrollan las tres funciones señaladas. Es por ello, la importancia de

⁷ Doctora en Economía, Pobreza y Desarrollo Social y profesora de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa.

⁸ Doctora en Trabajo Social y profesora de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa.

⁹ Maestra en Ciencias en Trabajo Social y profesora de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa.

generar propuestas de intervención profesional que atiendan el estado mental, físico y sobre todo las condiciones en que mujeres mexicanas viven diariamente con la finalidad de generar recursos y cuidados para sus familias.

Introducción

La presencia de las mujeres en las sociedades actuales implica resaltar el rasgo que subraya un mayor desplazamiento entre el espacio doméstico hacia el espacio remunerado, con nuevas condiciones y hallazgos de evolución a través de la cotidianidad. Esto delinea la capacidad de estrategias y desarrollo de capacidades en apropiarse de las nuevas tendencias en los estilos de vida en las convivencias del mundo social y que generan transformaciones de percepciones, tipologías e interpretaciones de su entorno ciudadano.

En este sentido, hay que destacar las fricciones que se presentan ante las condiciones de desarrollo en algunos factores del mundo social en estancamiento y retrocesos en otros espacios que restringen el desarrollo de la mujer en el espacio laboral y familiar por las proyecciones desiguales en la organización social, directamente politizado. En sí, la mujer se desenvuelve entre lo doméstico, lo remunerado, más el cuidado de los hijos e hijas y en ciertos casos el cuidado de los padres; en una constante conflictiva, contradictoria, proyectando una mayor tendencia al conflicto ante el aumento de responsabilidades que le atañen en su triple presencia.

En esta directriz se retoma la definición de que es la doble presencia iniciando con Laura Balbo (1978) el cual acuñe Pilar Carrasquer (2009) la doble presencia es “un fenómeno de la modernidad, o de la modernidad tardía. Esto es, de un tipo de sociedad que se ha construido sobre la base de un capitalismo industrial que impone como práctica y como modelo, una rígida separación de espacios, actividades y géneros” (p. 11).

Por ello, el cruce entre lo doméstico y lo remunerado marca una línea directa entre los estereotipos femeninos y sus actividades asignadas a través de los roles de género, el cual se visibiliza en el impacto cultural y percepciones asumidas por las mujeres como protectoras, trabajadoras y jefas de familia. Por consiguiente, la definición de la

“doble jornada”; está acentúa al trabajo asimilable a situaciones de pluri-empleo por lo general más en el hombre que en la mujer. La doble jornada supone la realización de dos jornadas laborales desarrolladas de manera sincrónica en el mismo día y en la vida laboral simultánea. Por el contrario, la doble presencia implica la intensidad de una doble carga de trabajo (empleo/trabajo familiar-doméstico) que es asumida de manera cotidiana en un mismo tiempo y a lo largo de la vida.

Entretejer los conceptos de la doble presencia femenina, doble jornada y triple presencia es pautar la esencia de las mujeres en un mundo de la modernidad tardía que se presenta desde los aspectos sincrónicos de la cotidianidad de las mujeres en su trabajo público y privado que es manifestado desde la triple presencia, las mujeres entran y salen de los diferentes ámbitos horadando las fronteras entre lo público y lo privado, lo colectivo y lo individual, lo personal y lo político. La participación de frente, como parte de estas multiformas comunitarias, permite a las mujeres colectivizar una parte de trabajo de cuidados, dándole una nueva visibilidad y generando encuentros y desencuentros en la organización femenina desde las lógicas de cooperación en redes.

Ante la pandemia Covid-19 las mujeres sumaron aún más roles como protectoras y proveedoras del bienestar individual, familiar y colectivo de su entorno. Enfrentaron la pandemia con miedo, frustración, dolor, ansiedad, depresión, enfermedad, pérdidas humanas, aun así, buscaron sus estrategias y redes de apoyo para sobrellevar la pandemia. Marcando una tendencia de empoderamiento de sus capacidades de resistencia ante las adversidades cotidianas y de sobrevivencia, no solo era lo laboral, lo económico y la enfermedad mortal que se estaba presentando. No era trabajar un día más, sino sobrevivir un día más, ante la catástrofe pandémica mundial.

En este modo, cada una y colectivamente logra lidiar con la triple presencia la cual le permite conquistar espacios, tareas y asignaciones desde lo patriarcal que las mujeres estén sujetas a una narrativa cultural y determinante; pero ante las nuevas organizaciones sociales se rompen estos estereotipos asumiendo la participación cotidiana en los espacios y diversificando lo privado familiar y uniendo espacios, yendo y viniendo incasablemente, haciéndose más fuertes y entretejiendo el apoyo familiar y colectivo.

En este sentido, Candela y Piñón (2013) analizan a través de este recorrido que han aparecido nuevos conceptos relacionados con la actividad doméstica denominando “trabajo familiar, al estudio de las tareas concretas de la gestión de espacios y tiempos que realizan las mujeres en el hogar” (p. 18), vinculando el cuidado de los hijos y las responsabilidades ante la pandemia de Covid-19 se sumaron aún más los cuidados y la sobreprotección, enfatizando en la mujer trabajadora la carga general.

De acuerdo con Guzmán y Bolio (2010) se detallan en dos momentos; “el que ha implicado pasar de un determinismo biológico, como explicación de mayor peso del quehacer de hombres y mujeres”; y a su vez “la balanza más equilibrada donde son tomados en cuenta, como explicación de estas acciones, factores no solo biológicos, sino también psíquicos, sociales, afectivos, racionales; las dimensiones históricas, económicas, sociológicas y religiosas” (p. 25). Lo que hace complejas las condiciones de vida en que viven las mujeres.

En esta agenda simultánea de las mujeres, los pensamientos, sentimientos y deterioro físico-mental no se encuentran al margen; el agotamiento aparece en la cotidianidad traducida en cansancio y desmotivación, lo que puede afectar en el desarrollo de sus actividades y en la convivencia en cualquiera de los ámbitos. De acuerdo con Gómez (2004) “el exceso de demandas por atender y la falta de recursos adecuados o suficientes para hacerlo, es decir, condiciones generadoras de estrés, es otra de las razones importantes que explica las consecuencias negativas del desempeño de múltiples roles” (p. 127).

Entre esas consecuencias, otro elemento que aparece en la cotidianidad femenina es la conducta suicida, la cual contempla desde la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio. Para Cañón y Carmona (2018) la ideación suicida y el intento suicida son más frecuentes en la población femenina. En el estudio de Barroso (2019) se identificó que uno de los factores relacionados con el suicidio es el estrés ocasionado por la doble jornada laboral y el poco tiempo libre, además señala que uno de los factores que protegen a las mujeres es que tienden a buscar y pedir ayuda con más frecuencia. Lo que podría sugerir, que existe mayor índice de ideación suicida el cual es atendido por profesionales y apoyo social por lo que no concluye en un suicidio.

No obstante, de acuerdo con estadísticas el suicidio se considera un problema de salud pública, en México los datos por sexo señalan que

por cada 100 mil mujeres 1 mil 427 logran suicidarse, lo que representa una tasa de 2.2, mientras que los hombres tienen una tasa de 10.4 por cada 100 mil, son 6 mil 383; no obstante, quien piensa e intenta suicidarse con mayor frecuencia son las mujeres INEGI (2021).

En relación con la ideación suicida para Doménech-LLaberia (2005) son los de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, citado en INEGI (2021).

la población de 10 años y más, 5% declaró que alguna vez ha pensado en suicidarse; esto ocurre en 4% de los hombres y en 6% de las mujeres. La idea suicida está más presente en las mujeres de 50 a 59 años (8%), seguida por las niñas y adolescentes de 10 a 19, las mujeres de 40 a 49 años y las de 60 años y más, los tres grupos con 7 por ciento. ((p.1-2)

El dato anterior, muestra la preponderancia en la población femenina. Por lo que, aunque se reconoce que el fenómeno suicida es multifactorial y afecta a las distintas poblaciones sin discriminar sexo, edad, cultura, razas, o ningún otro elemento; este estudio pretende indagar la triple presencia femenina (el trabajo remunerado, el trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de los hijos de manera simultánea) y su aproximación a la ideación suicida. Aunque, la investigación no es de tipo causal, se pretende identificar componentes de la cotidianidad de las mujeres que la lleven a pensamientos suicidas. Por lo que, la hipótesis señala que la ideación suicida puede aparecer en algunos momentos en la trayectoria de las mujeres que viven esta triple presencia, lo que compromete la salud mental y otros riesgos.

Cabe mencionar que no se han encontrado hasta el momento suficientes estudios que hablen de la influencia directa entre ambas variables, por lo que en esta investigación se pretende aportar aproximaciones que marque una nueva línea de estudio, anexo a ello, la intervención del trabajo social y de las instituciones que contemplen en sus estructuras mejorar las condiciones de salud en los diferentes ámbitos de las mujeres y sus familias.

Metodología

El estudio fue realizado a partir del enfoque cuantitativo con la finalidad de indagar objetivamente algunos efectos que genera la triple presencia femenina desde la concentración, riesgos a la salud, agotamiento, efectos emocionales, salud mental-física y la ideación suicida a partir de pensamientos de no valer la pena vivir, deseos de dejar de vivir, pensamientos de matarse, pensar en quitarse la vida, situaciones difíciles y estresantes vinculados a pensar en morir.

Este enfoque cuantitativo de acuerdo con Neill, Abad y Arce (2018), permite la aproximación a la realidad de manera imparcial por la medición de variables y cuantificación del problema, así como el entendimiento de los hechos involucrados por medio de herramientas informáticas y estadísticas. Hernández, Fernández y Baptista (2006) agrega que la medición numérica y el análisis estadístico se realiza con el propósito de establecer patrones de comportamientos. Además de acuerdo con Ruiz (2002) el enfoque cuantitativo posibilita señalar características, causas, consecuencias, hechos sociales, tal y como se dan de manera objetiva. Por estas contribuciones el enfoque cuantitativo permite en esta investigación recuperar las actividades cotidianas realizadas de manera simultánea por las mujeres, su salud física, mental y posibles pensamientos suicidas.

Carácter descriptivo

En las investigaciones, el carácter descriptivo genera la descripción de todas las características, elementos y componentes de la realidad estudiada. Para Bernal (2006) se describe al detallar cada uno de los aspectos o categorías del objeto. En este tipo de estudios se identifican hechos, situaciones, características, se reseña, se narra. Se conocen las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas (Guevara, Verdesoto y Castro, 2020, p. 171). Se agrega a partir de Batthyány y Cabrera (2011) que “los estudios descriptivos buscan caracterizar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Registran, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o

componentes de los fenómenos a investigar” (p. 33). En este sentido, el nivel de profundidad que propone el presente estudio es la descripción de los afectos adversos que se producen en las emociones, en el estado mental y físico de las mujeres con sobrecarga de responsabilidades.

Participantes y muestra

La investigación fue aplicada a 156 participantes de México, específicamente de Chiapas, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Guanajuato, Sinaloa, Yucatán y Tabasco, con edades de entre los 18 a los 59 años y una media de 33 años. Del total de las participantes, se seleccionó a 77 mujeres de acuerdo con los criterios de inclusión que especifica considerar únicamente a mujeres con triple presencia (trabajo remunerado, trabajo doméstico no remunerado y cuidado de los hijos/as). De esta última cifra el 80% de las participantes son habitantes de Sinaloa, 13% del Estado de México, 3% de la Ciudad de México, 1% de Chiapas, Durango, Yucatán y Tabasco respectivamente, en relación con la edad, oscilan entre los 22 y 59 años.

El tipo de muestreo aplicado es no probabilístico con una muestra por bola de nieve a través de las redes sociales de Facebook, Instagram y WhatsApp debido a las limitaciones de contacto presencial impuesta por las autoridades correspondientes para prevenir riesgos de contagio por la pandemia por Covid-19. Ya que al momento de la investigación de campo las estadísticas de contagio y mortandad eran altos, así como el desconocimiento específico de tratamientos. En ese sentido, se consideró que realizar el estudio a través del muestreo no probabilístico por medio de bola de nieve en redes sociales era una opción segura para las participantes e investigadores, sin descuidar la objetividad y veracidad de los datos obtenidos. Como lo explica Gómez (2006) “en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra” (p. 111). Baltar y Gorjup (2012) mencionan que la identificación de las muestras puede ser directas o indirectas por parte del investigador y el objeto de estudio. De acuerdo con los autores, el muestreo no probabilístico permitió la aproximación a mujeres con los criterios de inclusión que se determinaron como lo es sus vivencias de triple presencia femenina.

La muestra por bola de nieve aplicada en redes sociales fue clave durante el trabajo de campo virtual (redes sociales) las mujeres compartían conocimiento de otras mujeres en situaciones similares por lo que facilitó la conexión y la recuperación de la información que se solicitaba, algo en lo que el uso del internet fue crucial durante el proceso, el cual era requisito indispensable para poder participar en el estudio, por lo que, quienes no participaron en el mismo son mujeres sin acceso a internet y redes sociales en función durante el periodo de recuperación de datos; sin embargo, se reconoce que no dejan de ser importante las vivencias de quienes no contestaron las preguntas. Retomando, según Benfield y Szlemko (2006); el uso de Internet en los muestreos por bola de nieve y en la administración de las técnicas de recolección de información no sólo facilita el acceso a la población oculta sino también puede ampliar el tamaño de la muestra y el alcance del estudio y reducir los costos y el tiempo, es decir, se logró recuperar información no solo de Sinaloa, sino del país, aspecto que sin recursos suficientes no se hubiera logrado de manera presencial. No obstante, también se recurrió a la técnica de saturación de datos al considerar los aportes de Miller y Sonderlund (2010), en relación con el valor que alcanza el estudio al conseguir la saturación de datos en grupos invisibles o grupos con dificultad de acceso.

Las técnicas que se utilizaron en el estudio son el cuestionario para la recuperación de información sociodemográfica como edad, sexo, ocupación, escolaridad, configuración familiar, entre otros; y dos escalas de Likert, la primera con ítems en relación con la triple presencia femenina, la cual tiene cuatro opciones de respuesta: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre; elaborada por el grupo de investigación. La segunda retoma algunos ítems de ideación suicida de la escala de Roberts, también se construyeron cuatro reactivos más para la aproximación con la triple presencia femenina. Cabe mencionar que la escala de Likert es una de las técnicas más utilizadas en las ciencias sociales, para Corbetta (2007) es la técnica más utilizada para la investigación de actitudes la cual se ha desarrollado y mejorado con el paso del tiempo. Lo que conllevó a su elección para el presente trabajo aunado con el cuestionario como técnica idónea para recolectar la información sociodemográfica por la forma de estructurar las preguntas.

Como parte de las consideraciones éticas es importante señalar que esta investigación no requirió de un comité de ética, al ser una investigación no invasiva, no experimental de corte transversal, la aplicación de los instrumentos por medio de las redes sociales y la obtención de datos se realizó con estricta confidencialidad de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Particulares (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010).

El análisis de datos se llevó a cabo a partir de gráficas y tablas, se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medias como medida de tendencia central para la descripción de cada uno de los datos encontrados, se utilizó Microsoft Excel por la exportación que se origina desde formularios Google.

Resultados

Como se mencionó en los apartados anteriores, los resultados abordan de manera descriptiva las formas en que 77 mujeres del país, principalmente de Sinaloa vivieron la triple presencia y la ideación suicida en el contexto de la pandemia. El contenido de este apartado inicia con información sociodemográfica: edad, estado civil, tipología familiar, cantidad de hijos-hijas, escolaridad, ocupación (trabajo remunerado), tipo de trabajo, cantidad de horas de la jornada laboral, alcance del salario, trabajo doméstico (trabajo no remunerado); y en el último apartado lo que piensan y sienten las participantes al vivir la triple presencia y algunas interrogantes en relación con una escala de ideación suicida.

Tabla 1
Edad de las mujeres participantes

Grupos de edad	Frecuencia	%
21 a 25	3	4
26 a 30	7	9
31 a 35	8	10
36 a 40	13	17
41 a 45	14	19
46 a 50	15	19
51 a 55	12	16
55 a 60	5	6
Total	77	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En la Tabla 1, la edad de las mujeres que participaron en la muestra oscila entre los 22 y 59 años con una media de 42 años, la distribución por quinquenios se encuentra.

En cuanto al estado civil de las mujeres se ha encontrado en primer lugar al grupo de casadas (61%), en segundo lugar, solteras (17%) y en último lugar separada (1%), la distribución completa se encuentra en la Tabla 2.

Tabla 2
Estado civil de las participantes

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	47	61%
Divorciada	4	5%
Separada	1	1%
Soltera	13	17%
Unión libre	9	12%
Viuda	3	4%
Total	77	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Referente a la tipología familiar, las participantes viven principalmente en familias nucleares 66 (86%) y en menor frecuencia en familias compuestas 2 (3%), como se observa en la Tabla 3. En cuanto al número de hijos que habitan en estas familias se encontró que las participantes con 1 hijo son el 29%, 2 hijos con el 39%, 3 con el 31% y 4 con el 1%, cabe señalar que en los tres tipos de familias cuentan con hijos e hijas.

Tabla 3
Tipología familiar de las participantes

Tipología	Frecuencia	%
Nuclear	66	86%
Compuesta	2	3%
Extensa	9	11%
Total	77	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La escolaridad de las participantes corresponde en primer lugar a nivel superior, licenciatura (60%), maestría (18%) y doctorado (18%) como se ilustra en la Tabla 4.

Tabla 4
Escolaridad de las participantes

Escolaridad	Frecuencia	%
Preparatoria	2	3%
Licenciatura	46	60%
Maestría	14	18%
Doctorado	14	18%
Carrera técnica	1	1%
Total	77	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En cuanto a la variable de trabajo remunerado como parte de la triple presencia femenina, se seleccionó a las 77 participantes que laboran, de esta cantidad primordialmente trabajan de forma profesional 77 (99%) y el segundo lugar en oficio 1 (1%). Con respecto a las horas diarias que laboran en primera posición se identificó 8 horas al día (39%) y en último 15 y 4 horas (1%) como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5
Cantidad de horas de trabajo remunerado al día de las participantes

Horas	Frecuencia	%
4	1	1%
5	5	6%
6	23	30%
7	3	4%
8	30	39%
9	2	3%
12	12	16%
15	1	1%
Total	77	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

También se les preguntó si el dinero que gana por su jornada laboral es suficiente para cubrir los gastos de todo lo que necesita, lo que se encontró es que para el 69% de las mujeres no resulta suficiente y para el 29% si lo es, como se muestra en la siguiente distribución de la tabla 6.

Tabla 6
Ingreso por jornada laboral de las participantes

Suficiente	Frecuencia	%
Sí	22	29%
Al límite	1	1%
No	52	69%
Con limitaciones	1	1%
Total	76	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En la variable de trabajo no remunerado (trabajo doméstico) se indagó a las personas responsables de realizarlo en su hogar, con lo que se identificó en la agrupación de respuestas que en primer lugar se hacen cargo de las actividades domésticas la participante y otros integrantes familiares 33 (43%) como se muestra en la Tabla 7; cabe mencionar que la frecuencia de colaboración (etiquetado en diversos casos como ayuda y apoyo) de otros integrantes se señala en la escala de algunas veces, ocasionalmente, a veces y pocas ocasiones.

Tabla 7
Responsable de las labores domésticas de los hogares de las participantes

A cargo de labores domésticas	Frecuencia	%
Mi esposo y yo	14	18%
Yo	25	33%
Yo y empleada doméstica	1	1%
Yo, integrantes de la familia y empleada doméstica	4	5%
Yo y otros integrantes de la familia	33	43%
Total	77	100%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La tabla 8 corresponde a indicadores relacionados con la triple presencia femenina, en función de los niveles de concentración, riesgos a la salud, efectos, emociones, salud mental. En el primer cuestionamiento se encuentra que las mujeres se concentran la mayor parte de su tiempo en realizar actividades laborales remuneradas, compromisos personales, familiares y tareas domésticas, no obstante, el 12% pocas veces se concentra en sus múltiples actividades y tareas. El

72% de las mujeres señalan en diferentes niveles de frecuencia que se tiene riesgos en la salud al realizar tanto tareas domésticas y trabajo remunerado (doble presencia femenina). El 69% responde que existe ocasiones en que el trabajo remunerado afecta en su vida familiar. El 4% nunca piensa en sus hijos y su bienestar al estar en su trabajo. El 74% se desanima por el exceso de actividades.

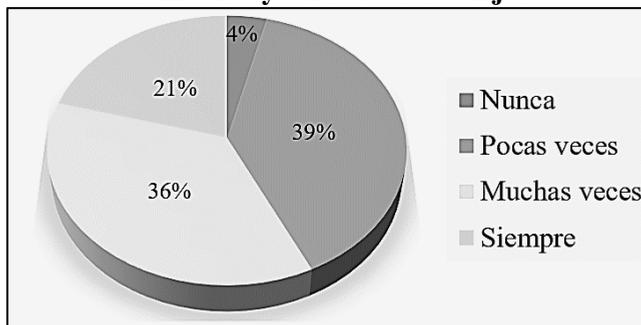
Tabla 8
Triple presencia femenina

Ítems	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Me concentro en las actividades de mi trabajo, mis compromisos personales y tareas familiares o domésticas.		12%	48%	40%
Realizar tareas domésticas y trabajar generan riesgos para mi salud.	28%	47%	22%	3%
Mis tareas laborales afectan mi vida familiar.	31%	57%	11%	1%
Estoy en el trabajo y estoy pensando en mis hijos y su bienestar.	4%	39%	23%	34%
Me desánimo por el exceso de actividades que realizo.	26%	58%	13%	3%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Dentro de la variable de triple presencia femenina se cuenta el agotamiento que se siente al cumplirlo, en este sentido en la figura 1 se muestra que el 96% de las mujeres sienten, en algún nivel de frecuencia, agotamiento al cumplirlas en su vida cotidiana.

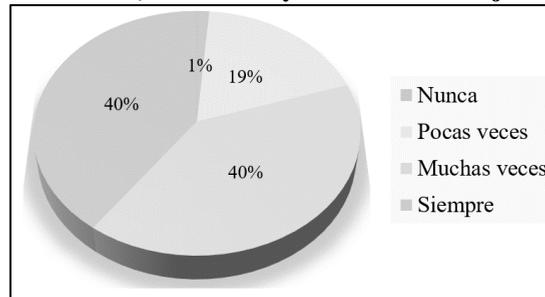
Figura 1
Agotamiento al cumplir jornada laboral, doméstica y cuidado de los hijos



Fuente: Elaboración propia, 2022.

En relación con sentir plena salud física al realizar la triple presencia femenina, el 1% de las participantes contestó que nunca sienten plena salud física y solo el 40% respondió que siempre. Por lo que es importante, hacer visible al 60% que no tiene salud plena por el exceso de actividades que desarrolla día a día como (ver figura 2).

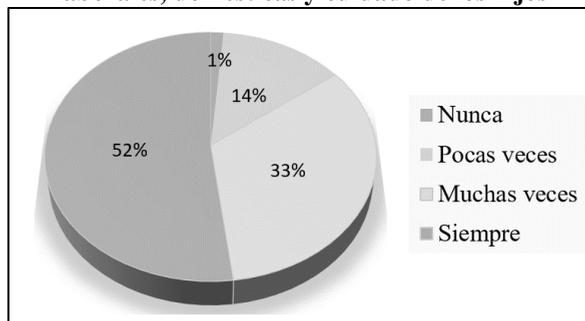
Figura 2
Plena salud física al realizar actividades laborales, domésticas y cuidado de los hijos.



Fuente: Elaboración propia, 2022.

De acuerdo con sentir plena salud mental en el ejercicio de la triple presencia de las mujeres el 1% señala nunca sentirla, el 52% siente plena salud mental y de igual forma es relevante resaltar que el 48% en algunas ocasiones solo se siente de esa manera, lo que requiere la atención de profesionales de la salud para la prevención de riesgos mayores e intervención.

Figura 3
Plena salud mental al realizar actividades laborales, domésticas y cuidado de los hijos



Fuente: Elaboración propia, 2022.

Para indagar la variable de ideación suicida se realizaron diferentes interrogantes, en la tabla 9 se muestran algunos indicadores que abordan los pensamientos de no valer la pena vivir, deseos de dejar de vivir, pensamientos de matarse, quitarse la vida entre otros. En el primer ítem se encuentra que el 14% ha pensado que no vale la pena vivir entre pocas y muchas veces. El 13% ha deseado dejar de vivir en la misma escala de frecuencia. El 6% ha pensado que su familia estaría mejor si no estuviera viva. El 9% ha pensado pocas veces en matarse y el 4% ha planeado quitarse la vida entre pocas y muchas veces.

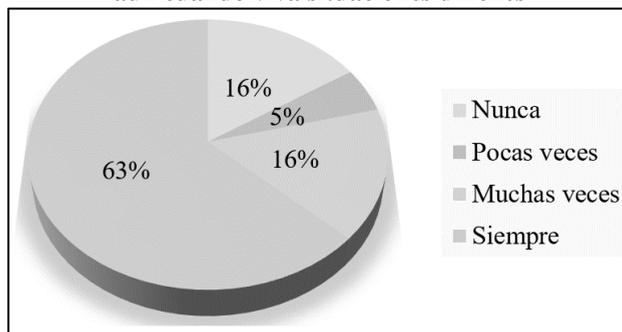
Tabla 9
Ideación suicida de mujeres

Ítems	Nunca	Pocas veces	Muchas veces
Ha pensado que no vale la pena vivir.	86%	13%	1%
Ha deseado dejar de vivir.	87%	12%	1%
He pensado que mi familia estaría mejor si yo no estuviera viva.	94%	5%	1%
He pensado en matarme.	91%	9%	
Ha planeado quitarse la vida.	96%	3%	1%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En ese orden de ideas también se preguntó si las mujeres que viven la triple presencia han pensado que vale más la pena vivir que morir aun cuando viva situaciones difíciles; a esta pregunta el 16% respondió que nunca han pensado que vale la pena vivir en situaciones difíciles lo que se convierte en una alerta de atención.

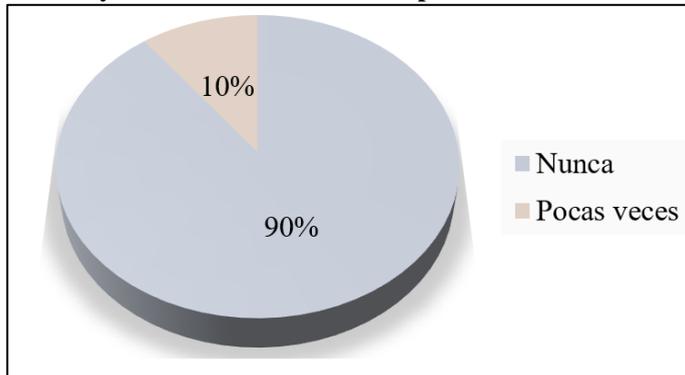
Figura 4
Ha pensado que vale más la pena vivir que morir aun cuando viva situaciones difíciles



Fuente: Elaboración propia, 2022.

Por último, se preguntó en relación con pensamientos de morir cuando se tiene situaciones estresantes tanto en la vida laboral y familiar, a ello el 10% de las participantes respondió pocas veces, lo que también es necesario considerar para la prevención, atención y cuidado de las mujeres que en su vida cotidiana presentan exceso de actividades en sus diferentes ámbitos lo que compromete la salud mental.

Figura 5
Las situaciones estresantes de mi vida laboral y familiar me han llevado a pensar en morir



Fuente: Elaboración propia, 2022.

Por lo anterior, se muestra que la triple presencia femenina es un ejercicio sobrecargado de actividades, con el objetivo de mejorar las condiciones familiares, aun cuando esto puede afectar directamente en las mujeres en diferentes índoles; tanto de manera física, mental, en las relaciones sociales, familiares y consigo misma.

Conclusiones

En conclusión, se encontró que las participantes viven principalmente en hogares nucleares y el mayor porcentaje de ellas tiene dos hijas, en cuanto a su escolaridad la mayoría son licenciadas y se dedican a laborar profesionalmente, trabajan en mayor frecuencia 8 horas; no obstante, hay mujeres que exceden a 12 horas al día, consideran que el salario recibido es insuficiente para cubrir los gastos de su hogar.

En cuanto a la organización interna familiar, las participantes contestaron que quienes se dedican a las labores domésticas del hogar

principalmente son ellas con ayuda de otros integrantes familiares, cabe destacar, que la ayuda no es vista como una corresponsabilidad. En segundo lugar, ellas solas se dedican a la actividad doméstica.

En los resultados principales de la variable de triple presencia se encontró que menos de la mitad de las mujeres se concentran al realizar sus múltiples actividades diarias, el resto tiene cierta dificultad para lograrlo en su totalidad. En cuanto a los riesgos de la salud el 72% mencionó que se generan riesgos al realizar las tareas domésticas y trabajar de manera remunerada y simultánea.

El mayor porcentaje de las mujeres con triple presencia también señaló estar trabajando y pensando en sus hijos-hijas de manera simultánea, se desanima por el exceso de trabajo, se siente agotada, el 60% no siempre siente plena salud física, el 47% no siempre considera tener salud mental y el 1% mencionó no contar con plena salud mental al realizar actividades laborales, domésticas y el cuidado de los hijos, lo que genera un llamado a los profesionales de la salud.

En la variable de ideación suicida las participantes en algún momento han llegado a pensar en que no vale la pena vivir, han deseado dejar de vivir, han pensado y planeado quitarse la vida, y han pensado que sus familias estarían mejor si ellas no estuvieran vivas; también han llegado a pensar que vale más morir que vivir cuando tienen situaciones difíciles y en situaciones estresantes de su vida laboral y familiar que en algún momento de sus vidas las han llevado a pensar en morir.

En los resultados se muestra que durante la pandemia por Covid-19 el ejercicio simultáneo de las actividades realizado por las mujeres se ha complejizado, la preocupación, el estrés, las responsabilidades, el cuidado de no enfermar, el cuidado de no enfermar a sus familias, el cuidado de quienes se enfermaron trae consigo angustias que se tienden a sobrellevar día a día y que implica restar salud tanto física como mental en muchas mujeres.

Con lo anterior se destaca que, entre lo laboral, lo doméstico y lo familiar la triple presencia marca la tendencia a una mayor dedicación al espacio del trabajo, se presenta una ausencia de su vida como sujeto social y persona, significa que vive para los demás; se puede concluir que sus alcances de satisfacción son nulos, como persona sus límites están en la disponibilidad de la familia y el trabajo, esto hace posible llamarla “mujer encasillada en la triple presencia”.

En este sentido, olvidarse de sí misma, vivir por los demás y para los otros, conlleva a una tendencia de ausencia de estabilidad integral de la mujer y, al momento de llegar al límite de su capacidad de resistencia, es donde se presenta la explosión mental y también múltiples situaciones de pensamientos e ideación suicida.

Desde el Trabajo Social es visionar la tendencia hacia la intervención ante una problemática no solo de orden local, nacional e internacional que está afectando a los entornos familiares ante un escenario global decadente hacia un abismo de inestabilidad y con fracturas efecto dominó en la cotidianidad de las mujeres entre el espacio laboral, doméstico y cuidado de los hijos e hijas.

Por lo anterior, el ejercicio de la triple presencia (trabajo remunerado, trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de los hijos) son componentes que pueden incidir en la salud mental y física, de tal manera los pensamientos suicidas pueden ser parte de algunos momentos de la vida cotidiana de las mujeres que día con día desarrollan las tres funciones señaladas, lo que con la pandemia por Covid-19 se hizo más complejo. Es por ello, la importancia de generar propuestas de intervención profesional que atiendan el estado mental, físico y sobre todo las condiciones en que mujeres mexicanas viven diariamente con la finalidad de generar recursos y cuidados para sus familias. Para lograr grandes alcances, se requiere que las políticas públicas visibilicen el papel de las mujeres en el desarrollo económico, político, familiar y social; de esta manera se podrán mejorar los espacios, condiciones y se generarán programas que atiendan los efectos de la triple presencia que se han agudizado en tiempos de pandemia y que no debe olvidarse que este ejercicio simultáneo no surge en el 2019 con el Covid-19 pero que es agravado y que si es necesario atender.

Referencias

Baltar, F. y Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Revista Intangible Capital*, vol. 8(1), 123-149. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/549/54924517006.pdf>

- Barroso, M. A. A. (2019) Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 39(135), pp.51-66. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>
- Batthyány, K. Y. y Cabrera, M. (2011). Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. *Comisión sectorial de enseñanza*. Uruguay: Universidad de la República. Recuperado de http://www.fcs.edu.uy/archivos/FCS_Batthianny_2011-07-27-imprimir.pdf
- Benfield, J. y Szlemko, W. (2006). Internet-based data collection: Promises and realities. *Journal of Research Practice*, 2(2). Recuperado en: www.jrp.icaap.org/index.php/jrp/article/view/30/51
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson Educación.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2010). *Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares*. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
- Candela, P. y Piñón, J. (2013). *Vida, trabajo y relaciones de género en la metrópolis global*. España: Catarata.
- Cañón, B. S. C. y Carmona, P. J. A. (2018) Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-395. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. México: Mcgraw-Hill.
- Carrasquer, P. (2009). *La doble presencia. El trabajo y el empleo femenino en las sociedades contemporáneas*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Doménech-LLaberia, E., (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Gómez, V. (2004) Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 117-128. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/799/79902211.pdf>
- Guevara, A. G. P., Verdesoto, A. A. E. y Castro, M. N. E., (2020) Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento*, 4(3), 163-173. Recuperado de <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
- Guzmán, G., y Bolio, M. (2010). *Construyendo la herramienta Perspectiva de género: como portar lentes nuevos*. México: Universidad Iberoamericana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Comunicado de prensa núm. 520/21. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- Miller, P. G. y Sonderlund, A. L. (2010). Using the internet to research hidden populations of illicit drug users: A review. *Addiction*, 105, 1557-1567. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02992.x>
- Neill, D. A., Quezada, A. C. y Juana, R. J. (2018) Investigación cuantitativa y cualitativa. En Neill, D. A. y Liliana Cortez, S. L. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*, UTMACH, Ecuador.
- Ruiz, O. J. I. (2002). *Como elaborar un proyecto de investigación social*. En *cuadernos monográficos de ICE*. España: Universidad de Deusto Bilbao.

Exclusión a la salud desde una perspectiva de género en el módulo de mujeres privadas de la libertad en el centro penitenciario de Aguaruto, Culiacán

Nadia Lizeth Montaña Lugo¹⁰

Resumen

En esta ponencia se presentan los resultados de una investigación de maestría del programa de posgrado de la Facultad de Trabajo Social, Culiacán. Cuyo objetivo fue analizar la situación de exclusión a la salud que enfrentan las mujeres privadas de la libertad, en el caso específico del módulo femenino del Centro Penitenciario Aguaruto, Culiacán; todo este análisis desde la perspectiva de género y desde la mirada del trabajo social.

Como sucede en el resto de los espacios de la sociedad, la prisión también constituye un espacio genéricamente discriminador, excluyente y opresivo para las mujeres privadas de la libertad en donde ellas quedan excluidas de muchos derechos, siendo el derecho a la salud uno de los más fundamentales y necesarios.

La pregunta y objetivo general que guiaron esta investigación fueron los siguientes: ¿Cómo se conjugan los factores de pobreza y género en la exclusión a la salud desde las vivencias de las mujeres privadas de la libertad en la Penitenciaría de Aguaruto, Culiacán? Esto para permitirnos explicar la conjugación de los factores pobreza y género en la exclusión a la salud desde las vivencias de las mujeres del Centro Penitenciario Aguaruto, Culiacán.

¹⁰ Facultad de Trabajo Social, Culiacán.

Introducción

En esta investigación se analiza la problemática de la exclusión a la salud de las mujeres en prisión desde las categorías teóricas de exclusión social, pobreza y género. Se realizó desde un enfoque cualitativo, teniendo en consideración el método fenomenológico y utilizando la historia de vida como técnica cualitativa. Sin embargo, también se implementó una técnica cuantitativa, que permitió caracterizar el perfil socioeconómico de 75 mujeres que se encontraban privadas de la libertad en el Centro Penitenciario de Aguaruto al momento de realizar este estudio.

Dentro de los resultados más sobresalientes se puntualiza que la exclusión a la salud en el contexto de la prisión es el resultado de múltiples factores interrelacionados tales como: la pobreza, exclusión social, género y delito; estos llevan a la vulnerabilidad y exclusión de las mujeres privadas de la libertad en este centro. Se evidencia, además, cómo la pobreza perpetúa un complejo escenario de vida para las mujeres que no cuentan con los recursos económicos para acceder a los servicios de salud.

Por otro lado, cabe resaltar que el área jurídico-penitenciaria en la planeación de actividades, recursos y medios para lograr la reinserción social en el estado de Sinaloa, no ha tomado en cuenta la perspectiva de género en el diseño e implementación de programas de salud para mejoras de la población penitenciaria. Considerando que la labor profesional del trabajador social en este contexto implica velar por el respeto de los derechos humanos de las personas que, a pesar de haber quebrantado las normas jurídicas, siguen siendo sujetos de derechos, se tiene que ser plenamente consciente que, en este ámbito profesional-laboral, el trabajador social penitenciario se ve restringido en su actuación, por las normas propias de la institución y el sistema penitenciario.

Contextualización de la problemática

Los centros penitenciarios son instituciones responsables de llevar a cabo los procesos de encarcelamientos ante la comisión de un delito y se caracterizan por ser estructuras de poder, en las que persiste la

atención diferenciada entre hombres y mujeres, espacios donde se promueven los roles diferenciales de género, que excluyen y discriminan principalmente a su población minoritaria, como es el caso de las mujeres privadas de la libertad.

Según datos del Cuaderno Nacional de Información Estadística Penitenciaria Nacional (2022) la estructura penitenciaria se compone de 287 centros penitenciarios en el territorio mexicano, de los cuales 14 son centros federales, 13 se encuentran ubicados en la Ciudad de México y 260 son Centros Estatales. La totalidad de población penitenciaria es de 226 mil 111 personas privadas de la libertad, de los cuales 213 mil 287 (94.33%) son hombres y 12 mil 824 (5.68%) mujeres. Esta diferencia en número de población trae desventajas a las mujeres privadas de la libertad pues en primera instancia se atienden las necesidades de la mayoría de la población, que en este caso son los hombres.

Sobre los delitos de ingresos de esta población se ubican en un 87.14% pertenecientes al fuero común y 12.86% al fuero federal. Con respecto a los procesos legales un 51.88% ya se encuentra sentenciadas y 35.26% se encuentran en proceso. A decir de este informe a nivel nacional existen 131 centros penitenciarios con sobrepoblación penitenciaria. En el caso específico de Sinaloa existe una población de 4 mil 289 (1.09%) personas privadas de la libertad de los cuales 148 son mujeres. De los cuatro centros penitenciarios estatales de Sinaloa, únicamente tres se encuentran aptos para atender a población femenina.

Además de los pocos espacios para encarcelamiento exclusivo de mujeres, se observa que en estos espacios persisten condiciones desiguales en trato, atención y capacidad en infraestructura para atender a mujeres privadas de la libertad, así mismo se puede constatar que existe un efecto diferenciado del encarcelamiento en hombres y mujeres, que a decir de Calvo(2012) “la invisibilidad que padece la mujer en el ámbito penitenciario y más aún la ausencia de la perspectiva de género, han dado pie a que se llegue a conclusiones parciales sobre el acontecer en las prisiones” (p. 24). Donde los mayormente beneficiados han sido los hombres. El castigo en las prisiones, por tanto, se ha presentado desde sus inicios de manera diferenciada para hombres y mujeres.

A pesar de que en la actualidad existen una gran cantidad de tratados, leyes, reglamentos, organismos, documentos internacionales y

nacionales que avalan el goce a los derechos humanos, con base en la igualdad, la equidad, e inclusión, entre hombres y mujeres. Aun así, hoy se siguen violentando, desatendiendo sus necesidades y excluyendo a la mujer en situación de prisión, siendo la atención a sus necesidades de salud uno de los principales problemas a los que se enfrenta a su llegada a prisión.

Ahora bien hay que mencionar que estas mujeres ingresan a prisión con diversas enfermedades, muchas de ellas producto del consumo de drogas, otras con los efectos de daños físicos y mentales derivados de las condiciones de violencia que han vivido, enfermedades de diferentes complejidades y aquellas que adquieren dentro se agravan por las condiciones de vida insalubres que persisten en los centros penitenciarios, con poca higiene, desatenciones médicas, sobrepoblación y falta de alimentos saludables.

Distintos organismos de derechos humanos y profesionistas han advertido en sus estudios sobre la poca respuesta que ha existido para atender las necesidades de las mujeres ya que como menciona la directora de la Política e Incidencia Internacional en *Penal Reforma Internacional* (2020) en general la difícil situación de las mujeres ha sido pasada por alto o directamente ignorada. Si no se producen evaluaciones y respuestas, la vida de las mujeres en el sistema penal seguirá en riesgo y continuaran registrándose violaciones a sus derechos.

La exclusión a la salud de las mujeres, por ser minoría en el contexto de la prisión, muestra la violencia institucional a la que son sometidas por ser mujeres y por ser una menor población. Como dice Lagarde (2018) la violencia institucional ejercida por acción u omisión del Estado, las leyes, que también encierran violencia hacia las mujeres, no actúan libre ni espontáneamente, sino que son reguladas por las mismas instituciones y personal que elaboran los programas de acción pública, en cuyos contenidos y acciones van en favor de los hombres.

Las instituciones legales, las leyes y las prácticas penitenciarias desconocen el impacto diferenciado de la cárcel por razones de género, lo que los lleva a excluir las necesidades propias de las mujeres.

Lo anterior expuesto, nos ayuda a visualizar a manera de pequeñas pinceladas la realidad compleja de la vida en prisión y sobre todo da cuenta del reto profesional que tiene el trabajador social penitenciario al buscar el respeto a los derechos humanos de esta población,

específicamente en la atención de una necesidad primaria del ser humano como es la salud.

El problema de la exclusión a la salud en la prisión, específicamente a las mujeres, es un problema antiguo que se visibiliza ante la falta de instalaciones de salud adecuadas en los módulos femeniles y el nulo personal médico especializados y capacitado para atender las necesidades de salud de esta población.

Pero la exclusión de estas mujeres no empieza en el centro penitenciario, la exclusión de las mujeres sobreviene del relego histórico y la división sexual que no solo excluye marcando estereotipos en hombres y mujeres, sino que, además, simplifica las realidades e identidades de ellos y ellas. En los últimos años, diferentes estudios feministas han recalcado la necesidad de subrayar la complejidad de las exclusiones para el caso de las mujeres y la forma en que los procesos de criminalización femenina se nutren de los colectivos de la mujer económica, social y culturalmente más fragilizadas. (Carlen, 1998; Almeda, 2003; Nicolás y Bodelón, 2009)

Además, este fenómeno se hace visible cuando existe una contundente negación para brindar los servicios, oportunidades y recursos para la preservación y mejora de la salud a grupos minoritarios y en situación de vulnerabilidad, como son las mujeres en reclusión.

Esta investigación fue relevante debido al incremento de la delincuencia y al aumento del encarcelamiento de mujeres, además de que permite comprender lo que acontece con las mujeres privadas de la libertad que se encuentran ante un estado de vulnerabilidad al contravenir las normas de género, transgrediendo la justicia en la comisión de un delito.

También es relevante ya que aporta conocimientos a la disciplina del Trabajo Social en este espacio laboral complejo como es la prisión. El trabajador social en el contexto de la prisión tiene una labor imprescindible al ser el profesionalista que se encarga de velar por el respeto a los derechos humanos de las personas privadas de la libertad. Por otra parte, este estudio es una invitación a otros profesionales a interesarse por estudiar y analizar estas u otras líneas de investigación sobre los problemas que se generan en los centros penitenciarios.

Estrategia metodológica para el estudio de la exclusión a la salud de las mujeres privadas de la libertad del Centro Penitenciario de Aguaruto

La estrategia metodológica propuesta para transitar por el camino de la investigación en la problemática de la exclusión a la salud desde una perspectiva de género de las mujeres en el Centro Penitenciario de Aguaruto se hizo desde un enfoque cualitativo ya que había un interés por escuchar las experiencias de vida de las mujeres privadas de la libertad desde sus propias voces, por tanto se utilizó el método fenomenológico, fue un estudio de carácter descriptivo explicativo, si bien es cierto, este estudio es de corte cualitativo se procedió a utilizar una técnica cuantitativa que permitió conocer las características socioeconómicas de la población de mujeres privadas de la libertad del centro.

Esta combinación de técnicas contribuye a conocer que en la investigación en ciencias sociales es importante la complementariedad de enfoques, pues como detalla Alvira Martin (1983) “ambos métodos y perspectivas no son contrapuestas, sino complementarias. (p. 74).

El trabajo de campo de esta investigación se realizó en dos momentos, en la fase uno se obtuvieron datos cuantitativos para conocer las características generales de las mujeres privadas de la libertad del Centro Penitenciario de Aguaruto, en éste se describen información de estructura familiar, educación, salud y empleo; anterior a la prisión, así como también se describe en un apartado lo que concierne a su estancia en prisión.

Para llegar a la selección de mujeres participantes en la segunda fase se prestó especial atención en las respuestas de las mujeres describiendo alguna complicación de salud que padeciera antes de ingresar al centro penal o que hubiera desarrollado en el encierro. En este primer acercamiento se les invitó a participar en la investigación a las 75 mujeres privadas de la libertad, pero únicamente decidieron participar 45 de ellas.

En la segunda fase se entrevistó a ocho mujeres que quisieron participar y cumplieron con los criterios de selección que se buscaban para incluirlas en el estudio con la historia de vida y en la explicación

de cómo es la atención a las problemáticas de salud en la prisión en general.

Principales Resultados

Algunos de los resultados más relevantes de la investigación describen que las mujeres privadas de la libertad de este centro es un grupo heterogéneo, con muchas diferencias socioculturales; sin embargo, con estos datos se comprueba que comparten mayoritariamente un perfil similar al conocer sus características.

Cabe mencionar que se trata de un grupo de mujeres jóvenes, con una media de edad de 35 años, un dato muy preocupante ya que en su mayoría se encuentran en etapa reproductiva; sobre el estado civil el (35.6%) se encuentra casada y el (26.7%) en unión libre, en este sentido expresaban haberse casado o juntado desde muy jóvenes. Por otra parte, cabe señalar que había un número importante de mujeres solteras (24.4%).

Sobre la maternidad, 39 (86.7%) de ellas manifestó ser madre, mientras que seis de ellas (13.3%) contestaron no eran madres aún. Las que respondieron que sí son madres, señalaron haber tenido un hijo entre los 15 y 18 años, estas mujeres en promedio tienen de uno a tres hijos. Un número importante de ellas son y han sido madres en solitario, por lo que han tenido la responsabilidad del cuidado y mantenimiento económico de los hijos; mayoritariamente los hijos de estas mujeres se encuentran al cuidado de la abuela materna.

Sobre el nivel educativo, hay que decir que se trata de una población con un grado bajo de estudio ya que un (48.9%) estudio únicamente hasta la secundaria. Tres de ellas comentaron no haber estudiado nada (analfabetas o sin estudio) lo que sin duda representa un problema en prisión para estas mujeres, ya que expresaban que más de una vez han sido engañadas por abogados cobrándoles trámites gratuitos o bien que desconocen sus procesos jurídicos, al no saber leer ni escribir. Sin duda la poca escolaridad es un factor de vulnerabilidad y exclusión en la prisión ya que no pueden hacer valer sus derechos. Subirats (2004) señala la dimensión simbólica de la formación, de manera que las personas son valoradas socialmente en la medida que cuentan con

formación académica. La falta de instrucción tiene, por tanto, implicaciones tanto, prácticas como simbólicas.

En cuanto a las condiciones de empleo previos a la detención y encarcelamiento, el bajo nivel de estudios alcanzados es consistente con la precaria calidad de los empleos manifestados. En el ámbito laboral de las mujeres anterior a la prisión, se puede observar que el porcentaje más alto (37.8%) manifestó haber laborado en algún empleo de atención a clientes, como empleada de mostrador o cajeras. El (11.1%) trabajaba en la limpieza de casas ajenas u otros empleos feminizados como cocineras, panaderas, cuidando menores, cuidando personas adultas o enfermas, empleos donde los salarios no eran suficientes.

La situación laboral de estas mujeres en mayor parte describe condiciones de empleabilidad precarias e inestables y con poco acceso a prestaciones sociales que les aseguraran estabilidad y beneficios como la afiliación a alguna institución de salud y/o un sistema de apoyo para adquirir una vivienda propia. Esta población proviene de hogares con ingresos económicos muy bajos y a menudo ellas también representaban un papel activo al sostener a sus familias.

De manera general es posible sostener que existe un alto grado de vulnerabilidad económica en esta población. A decir de Brunet (2009) las mujeres acceden al mercado de trabajo en condiciones muy específicas como trabajadoras mal pagadas, ya que no se cumple con la máxima igual trabajo-igual salario; como trabajadoras en empleos feminizados; en labores derivadas de su cualidad materna (enfermeras, asistentes sociales, maestras): como blancos de acoso sexual; como trabajadoras a medias jornadas, a fin de cumplir con la responsabilidad de la crianza de los hijos; lo que las convierte, al mismo tiempo, en trabajadoras de doble jornada.

Sobre el sistema provisional de salud donde se atendían estas mujeres participantes, 22 de ellas (48.9%) respondieron que se encontraban afiliadas al seguro popular anterior al ingreso a prisión, mientras que 14 (31.1%) dijeron se encontraban afiliadas al IMSS y solamente 8 de ellas (17.8%) indicaron que cuando requería atención médica acudían a atenderse en servicios de salud particulares. Se podría concluir que el menor grado de afiliadas al IMSS se debe en parte a la informalidad en los tipos de empleo con los que contaban anterior a la prisión, que no les garantizaba beneficios como la afiliación al sistema de seguridad social del IMSS o ISSSTE.

Sobre el tipo de delito, más de la mitad de la población encuestada mencionó que se encontraban privadas de la libertad por delitos relacionados con drogas (53.3%) en diferentes modalidades, como el tráfico, la venta al menudeo o el transporte de diferentes narcóticos y que tal y como lo han afirmado diferentes investigaciones, la principal razón del incremento del número de mujeres privadas de la libertad en la actualidad tiene que ver con la incorporación de estas en el crimen organizado. Las mujeres se han convertido en el blanco fácil de los cárteles de las drogas, quienes las utilizan de vendedoras, acompañantes, transportistas o mulas; y en el combate que el gobierno ha emprendido contra estos delitos ha encarcelado a los elementos más vulnerables y débiles, en este caso las mujeres madres y jefas de hogar quienes en muchas ocasiones están intentando tener un ingreso económico, lograr sus aspiraciones de ascenso personal y cumplir su rol de materno.

En el aspecto del delito relacionado con las drogas se conocieron tres condiciones específicas en las que comete el delito la mujer: la primera está relacionada con la participación en la venta o transporte de la droga como mulas, incrustando la droga en algunas partes del cuerpo como estómago o vagina, así como aquellas que usaban sus pertenencias como bolsas personales o maletas para entre los compartimentos transportar de un estado a otros diferentes narcóticos.

El segundo grupo se trata de mujeres que, acompañando a una figura masculina, ya sea pareja, cónyuge, novio o hermanos, son aprehendidas mientras vendían o transportaban droga acompañándolos a ellos, algunas en desconocimiento del delito y otras consientes de esa situación. En el tercer grupo se trata de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas, que generalmente ya tienen un problema de adicción y que empujadas por el deseo de conseguir dinero para la compra de droga delinquen bajo los efectos de las drogas.

Sobre el encarcelamiento previo, solamente 2 de ellas expresaron haber pasado por la prisión en algún otro momento de su vida. Este dato es importante ya que permite sostener que se trata de una población penitenciaria que en su mayoría es primera vez (primodelincuentes).

Acerca el estado procesal 23 (51.1%) de ellas expresaron encontrarse ya sentenciadas, y 22 (48.9%) de ellas dijeron no tener aún una sentencia definida, todavía se encuentran vinculadas a proceso. De los defensores de sus casos, 33 (73.3%) de ellas indicaron que cuentan

con un abogado de defensa público que les fueron asignados por el gobierno, 11 (24.4%) solamente indicaban que tenían abogado privado.

En lo que se refiere al perfil general de salud de las mujeres privadas de la libertad en su mayoría no padece alguna enfermedad crónica, pero en casi un 30% de ellas comentaron que sí padecen algún tipo de enfermedad común como ansiedad, depresión, dolores de cabeza, de dientes, de estómago; además, se encontraron casos de mujeres con problemas de salud que requieren control médico periódicamente, por enfermedades como: asma, colesterol, fiebres, enfermedades de la vista, gastritis, colitis. Cabe mencionar que al mismo tiempo había un grupo de mujeres con problemas de adicciones, quienes no son rehabilitadas mientras se encuentran en prisión. La desigualdad y exclusión se hace muy presente en estas mujeres quienes comúnmente son rechazadas por personal del centro y por las mismas compañeras.

Además, al momento de la investigación había dos mujeres con cáncer de mama y cáncer hepático. Sobre los servicios médicos que les brindan en el centro comentan que son muy limitados y califican de regular a mala la atención médica que reciben en el centro penitenciario, también señalaron que en promedio tienen que esperar una semana para recibir la consulta médica y que aun cuando reciben la consulta médica nunca hay medicamentos, por lo que tienen que recurrir a la familia para que les ingrese las medicinas necesarias para atender sus padecimientos.

Un total de 19 mujeres (42.2%) no recibían visita familiar, debido a que son de otros estados y las familias no cuentan con los recursos económicos para ir a visitarlas o bien son mujeres que son abandonadas por sus familias, lo que, sin duda, las deja ante una situación de desventaja, ya que no hay quien les provea de medicina, alimentos, vestido y dinero para salir adelante en el tiempo en prisión.

Las mujeres que llegan a prisión se enfrentan a una nueva forma de opresión y exclusión, pero ahora desde un espacio de poder y control del Estado. Aquí ellas vivencian nuevas formas de exclusión y discriminación, la prisión se convierte en un espacio más de subordinación y que refuerza la condición de vulnerabilidad y exclusión, la cual comenzó desde antes de llegar ahí, y que como señala Lagarde (2018) las mujeres están presas de su especialización y de la consecuente exclusión de todo lo que les es vedado, están presas en el

sometimiento a poderes que compulsivamente organizan sus vidas para otros, bajo su poder y en la interiorización. (p. 467)

La principal característica de la perspectiva de género en el estudio de la salud es que permite reconocer el proceso de salud y enfermedad desde el determinante de los géneros y desde las consideraciones del devenir histórico cultural que conlleva cada uno de ellos. La salud y la enfermedad que viven las mujeres y los hombres son particulares, no únicamente por su condición sexual y su naturaleza, sino que también lo son por su condición genérica cultural. De manera que las mujeres se enfrentan en las diferentes etapas de su vida a diferentes enfermedades o padecimientos por el hecho de tener un cuerpo sexuado. De igual forma sucede con los hombres, pues también ellos padecen diferentes enfermedades por su especificidad sexual.

Sin embargo, aun cuando ambos se enfrentan a diferentes padecimientos establecidos por su condición genérica y cuando aparentemente ambos pueden acceder a curativos para atender la salud en igualdad de condiciones, estos son vividos de diferente manera en hombres y mujeres en prisión.

De ahí la importancia de visualizar esta situación desde la perspectiva de género ya que esta permite ver como las mujeres se enfrentan durante sus diferentes etapas de vida a enfermedades por su condición de féminas, como señala Lagarde (2018) en efecto las mujeres privadas de la libertad enfrentan padecimientos y enfermedades por su género, por el lugar secundario que ocupan en la sociedad, por las carencias a las que son sometidas toda su vida, por la exclusión a recursos y bienes imprescindibles en la vida cotidiana, así como por el exceso de trabajo y de actividades derivadas de realizar varias jornadas en una.

Durante largas etapas de su vida las mujeres suelen tener responsabilidades con la carga de otros, asumiendo las tareas de cuidado de menores de edad y personas enfermas. Estas situaciones aunadas a vivir siendo degradadas, controladas, discriminadas, excluidas y violentadas o con la carga que representa el estar siempre buscando atender las necesidades de otros, ya sea hijos, padres, esposos, antes que lasde ellas mismas, todo esto produce innegablemente consecuencias en la salud física y mental de las mujeres.

Conclusiones

La construcción histórica cultural de lo femenino tiende a asociar a la mujer como un ser obediente, sumisa, buena madre, buena esposa y también relacionarla principalmente con el cuidado de los otros. Es por eso por lo que aquellas que entran en conflicto con las leyes penitenciarias se hacen acreedoras a un mayor reproche social, esto tiene serias implicaciones en el contexto de la prisión, pues a su llegada a prisión obtienen un trato diferenciado, menor seguimiento y menor atención a las necesidades de salud; a consecuencia de esto presentan serias complicaciones a su estado físico y emocional.

La pérdida de la libertad por encarcelamiento tiene implicaciones en la salud de diferente manera para hombres y mujeres. Considero importante partir de reconocer principalmente esas diferencias de afrontar y vivir el proceso de reinserción social para poder atenderlo. Si desde la planeación de estrategias, actividades y solicitud de recursos para lograr la reinserción social se desconoce la importancia de atender la problemática de salud en hombres y mujeres desde la perspectiva de género, se seguirá creando una brecha enorme de desigualdad en atención a la salud en los centros penitenciarios privilegiando solo a uno de los géneros.

Por tanto, se observa sumamente necesario la incorporación de la perspectiva de género en el estudio de la reinserción social en Sinaloa, pues está resulta de mucha utilidad para evidenciar una realidad desigual, discriminatoria y excluyente que viven las mujeres en el contexto penitenciario. Se evidencia en esta investigación como en el sector penitenciario, en la planeación de actividades, recursos y medios para lograr la reinserción social; el Estado no ha considerado la perspectiva de género en el diseño e implementación de programas de mejoras para la población penitenciaria.

Las instituciones penitenciarias y las leyes que actualmente se encuentran vigentes desconocen el impacto diferenciado del encarcelamiento por razones de género, lo que los lleva a ignorar las necesidades de las mujeres privadas de la libertad y la de sus hijos menores que los acompañan. Por otro lado, la labor profesional del trabajador social penitenciario, si bien es cierto, implica velar por el respeto a la dignidad de las personas a pesar de haber quebrantado las

normas jurídicas, hay que hacer mención de que, en este ámbito profesional, su labor se ve limitada por el tipo de institución y la naturaleza de esta, lo que le impide ir más allá de lo ya establecido.

Referencias

- Almeda, E. (2002). *Corregir y Castigar: El ayer y hoy de las cárceles de Mujeres*. Barcelona: Bellaterra.
- Almeda, E. (2003) *Mujeres encarceladas*, Barcelona: Bellaterra.
- Almeda, E. (2006). Mujeres y cárceles: Pasado y presente de las cárceles femeninas en España. *Revista Sociológica*, 6, 75-106.
- Alvira Martin, F. (1983). *Perspectiva cualitativa- perspectiva cuantitativa en lametodología sociológica*. España: REIS.
- Brunet, I. (2009). Pobreza y exclusión social desde la perspectiva de género. *Revista Internacional de organizaciones*, 3, 13-17.
- Bodelón, E. y Bergalli R. (1992). La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico. *Anuario de Filosofía del Derecho IX*, 43-73.
- Carlen, P. (1998). *Sledgehammer: Women's Imprisonment at the Millenium*. Londres: Palgrave Macmillan.
- De Miguel Calvo, E. (2012) *Relaciones amorosas de parejas en las trayectorias vitales de las mujeres encarceladas*, (Tesis doctoral) Universidad del País Vasco.
- Lagarde, M. (2018) *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Siglo XXI Editores.
- Secretaria de Seguridad y Protección Ciudadana (2022) *Informe del Cuaderno Nacional de Información Estadística Penitenciaria Nacional*. México: Gobierno de México.
- Subirats. J. (2004) *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: La Caixa. Recuperado del portal de internet: CE_2022_04.xlsx (www.gob.

Padres diagnosticados de cáncer y los efectos colaterales en la familia

Mireya Patricia Arias Soto ¹¹
Jesús David Amador Anguiano ¹²
Ma. Gregoria Carvajal Santillán ¹³

Resumen

El cáncer hoy en día es una de las enfermedades más comunes, debido a que existen diversos factores de riesgo que aumentan las posibilidades de padecerlo. Los efectos del cáncer varían de una persona a otra. Para algunos pacientes, enfrentar los desafíos del cáncer junto a su familia fortalecen su relación. Para otras, el estrés del cáncer puede generar problemas nuevos o empeorar los existentes.

De acuerdo con los resultados de la investigación, podemos afirmar que el cáncer afecta no sólo a los pacientes, sino también a sus seres queridos. Se convierte en un gran desafío en la vida de una familia, sobre todo si se presenta en uno de los progenitores, pues ninguno de sus integrantes permanece invulnerable, ocasionando a veces, cambios en las relaciones familiares, lo que impone un importante reto a la

¹¹ Doctora en Educación. Profesora e Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Colima. Integrante del Cuerpo Académico UCOL-77 “Grupos Sociales y Trabajo Social”. Miembro del SNI. mireya_arias@uocol.mx

¹² Doctor en Educación. Profesor e Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Colima. Integrante del Cuerpo Académico UCOL-77 “Grupos Sociales y Trabajo Social”. Miembro del SNI. jesus_david@uocol.mx

¹³ Doctora en Educación. Profesora e Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Colima. Integrante del Cuerpo Académico UCOL-77 “Grupos Sociales y Trabajo Social”. Miembro del SNI. margre@uocol.mx

habilidad del grupo familiar para conservarse relativamente organizado y ajustarse a las diversas necesidades.

El objetivo general de esta investigación fue: analizar los efectos colaterales en la familia cuando uno de los progenitores es diagnosticado de cáncer. Los objetivos específicos fueron: 1) identificar el tipo de cáncer que padece el progenitor y tratamiento médico, y 2) describir los efectos ocasionados en la familia a raíz de la detección del cáncer en uno de los progenitores. La pregunta de investigación fue ¿cómo afecta a la familia cuando uno de los progenitores es diagnosticado con cáncer?

La investigación se realizó con enfoque cualitativo. Se utilizaron las técnicas de entrevista estructurada y la observación. El total de entrevistas fueron cinco (cuatro mujeres y un hombre) que fueron personas conocidas de los investigadores y que participaron de manera voluntaria. El método fue el fenomenológico y la muestra caso-tipo.

Entre las principales conclusiones podemos mencionar que, ante un diagnóstico de cáncer, la familia también se ve afectada por la enfermedad, nadie pasa por esta experiencia sin haber tenido algún cambio personal. El tratamiento contra el cáncer puede ser demasiado estresante en algunos momentos tanto para el paciente como para el resto de la familia.

Introducción

Para la OMS (2021), el cáncer es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina “metástasis”. La extensión de la metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad.

Causas del cáncer

De acuerdo con la OMS (2021), el cáncer se produce cuando células normales se transforman en células tumorales a través de un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos de la persona afectada y tres categorías de agentes externos: 1) carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; 2) carcinógenos químicos, como el amianto, sustancias contenidas en el humo de tabaco, las aflatoxinas que contaminan los alimentos y el arsénico presente en el agua de bebida; y 3) carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias o parásitos. La incidencia del cáncer aumenta con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. A esta acumulación global se suma la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad.

El cáncer a nivel mundial

Según la OMS (2021), el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo, en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones. Los cánceres más comunes en 2020, por lo que se refiere a los nuevos casos, de acuerdo con el tipo de cáncer fueron los siguientes: 1) mama, 2.25 millones; 2) pulmón, 2.21 millones; colorrectal, 1.93 millones; próstata, 1.41 millones; piel, 1.20 millones; y gástrico, 1.09 millones. Los tipos de cáncer que causaron un mayor número de fallecimientos en 2020 fueron los siguientes: 1) pulmón, 1.8 millones; 2) colorrectal, 916 mil; 3) hepático, 830 mil; 4) gástrico, 769 mil; y 5) mama, 685 mil.

El cáncer en las Américas

Para la Organización Panamericana de la Salud (2022), el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en las Américas. En el 2020, causó 1.4 millones de muertes, un 47% de ellas en personas de 69 años o más jóvenes. El número de casos de cáncer en la región de las

Américas se estimó en 4 millones en 2020 y se proyecta que aumentará hasta los 6 millones en 2040.

Según los datos de la OPS (2020), en la región de las Américas, los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia en los hombres son: de próstata (8.6%), pulmón (11.7%), colorrectal (10.2%) y vejiga (5.9%). Con relación a las mujeres, los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia son: de mama (30.7%), pulmón (10.3%), colorrectal (9.6) y cuerpo uterino (6.4%). Los tipos de cáncer con las tasas más elevadas de mortalidad en los hombres son: pulmón (20.6%), próstata (13.5%), colorrectal (10.6%) páncreas (7%) e hígado (6.6%). En lo que respecta a las mujeres, los cánceres que causan mayor número de defunciones son: pulmón (18.4%), mama (17.5%), colorrectal (10.6) y páncreas (7.2%). En América Latina y el Caribe, más de 56 mil mujeres fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino, más de 28 mil perdieron la vida.

El cáncer en México

En lo que se refiere a nuestro país, de acuerdo con los datos de INEGI (2022), en 2020 se registraron 1 millón 86 mil 743 defunciones en México, de las cuales 8% (90 mil 603) se debieron a tumores malignos. La tasa de defunciones por tumores malignos aumentó en la última década, al pasar de 6.18 defunciones por cada 10 mil personas en 2010 a 7.17 por cada 10 mil en 2020. Las entidades federativas con las tasas más altas de defunciones por tumores malignos fueron: la Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Morelos, Veracruz y Colima, con tasas de 9.7 a 7.8 de defunciones por cada 10 mil habitantes. En contraste, las entidades con las tasas más bajas fueron: Quintana Roo, Guerrero, Querétaro, Yucatán, Durango, Guanajuato, Tlaxcala, Tabasco, México, Puebla y Aguascalientes, con tasas de 4.5 a 6.4 defunciones por cada 10 mil habitantes.

Para Lara, Arce, Alvarado y Villarreal (2013), en México, la tasa de mortalidad global por cáncer en general en mujeres es de 69.2 por cada 100 mil habitantes. De estas muertes el cáncer de mama representa ahora la causa más importante, afectando a mujeres adultas de todas las edades y niveles de ingreso. En la actualidad, es la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas adultas de 30 a 54 años de edad. Durante la última década, la mortalidad por cáncer mamario se ha

incrementado en 10.9% (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000), y de acuerdo con estadísticas del *Globocan*, se predice que para el año 2030, 24 mil 386 mujeres serán diagnosticadas con cáncer de mama en México y 9 mil 778 morirán debido a esta enfermedad.

De acuerdo con González, Cantú, Pérez-Montiel y Dueñas (2013), el cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por patología maligna entre las mujeres. Se estima que cada dos horas muere en México una mujer por esta neoplasia y la mayoría jamás se había realizado una citología cervicovaginal. Es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres del mundo entero. En 2003, en México ocupó el primer lugar de incidencia con 24 mil 94 casos nuevos (42 casos por cada 100 mil mujeres, lo que representó 23.5% del total de los tumores malignos en la mujer.

En relación con el cáncer de próstata, Jiménez, Martínez y Solares (2013), en el año 2003 se registraron 6 mil 536 casos de este tipo de cáncer (5.94 por 100 mil habitantes), lo cual indica que éste es uno de los tumores más frecuentes entre la población masculina (junto con la de piel); ese mismo año, la cifra de defunciones por dicha causa fue de 4 mil 602 (9.9 por 100 mil habitantes). El cáncer de próstata se presenta con mayor frecuencia en sujetos mayores de 60 años, pero el grupo de 75 años y más concentra casi la mitad de los casos (47%). Aunque la incidencia de este tipo de cáncer aumenta (2% anual de 1995 a 2001), las tasas de mortalidad ajustadas por edad comienzan a disminuir (-4.1% anual de 1994 a 2001) debido a la detección, diagnóstico temprano y mejores tratamientos.

Las estadísticas presentadas tanto a nivel internacional como nacional nos dan una idea sobre la gravedad de este problema y del reto que implica el cáncer para la persona enferma y para su familia, es por ello que desde Trabajo Social nos realizamos las preguntas sobre ¿Cómo afecta a la familia cuando uno de los progenitores es diagnosticado con cáncer? Y ¿Qué efectos colaterales se presentan en la familia ante el diagnóstico de esta enfermedad en uno de los progenitores? El interés por realizar esta investigación se debe a que, en la mayoría de los casos, el cáncer es tratado únicamente en el aspecto médico, dejando de lado los efectos emocionales, económicos y de reorganización de los roles familiares cuando la madre o el padre es diagnosticado con esta enfermedad.

Metodología

La investigación se realizó a tres pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y dos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El universo de estudio fueron cuatro mujeres, de las cuales tres fueron diagnosticadas con cáncer de mama y una con cáncer cervicouterino, y un hombre con cáncer de próstata. Las características de la población seleccionada para esta investigación fueron, que la persona diagnosticada fuera la madre o el padre de familia, que el diagnóstico fuera entre en el periodo comprendido de enero 2020 a diciembre 2021 y que haya recibido tratamiento médico.

La investigación realizada fue de corte cualitativo exploratorio y tuvo como objetivo general: analizar los efectos colaterales en la familia cuando uno de los progenitores es diagnosticado de cáncer. Los objetivos específicos fueron: 1) identificar el tipo de cáncer que padece el progenitor y tratamiento médico y 2) describir los efectos ocasionados en la familia a raíz de la detección del cáncer en uno de los progenitores; la pregunta de investigación fue ¿Cómo afecta a la familia cuando uno de los progenitores es diagnosticado con cáncer? Las técnicas utilizadas fueron: la observación y entrevista estructurada, la cual se llevó cara a cara, respetando las medidas sanitarias recomendadas por el sector salud: uso de cubrebocas, no saludar de mano y distanciamiento físico. La muestra fue por conveniencia, ya que fueron personas conocidas de los investigadores que aceptaron participar de manera voluntaria y que su lugar de residencia se ubica en los municipios de Colima y Villa de Álvarez. El total de entrevistas fueron cinco (cuatro mujeres y un hombre), una persona (mujer) del municipio de Colima y cuatro (tres mujeres y un hombre) del municipio de Villa de Álvarez, cuyas edades oscilan entre los 57 a 74 años. El método fue el fenomenológico, puesto que se partió de la experiencia vivida por las personas entrevistadas, por lo tanto, en los resultados se presenta el análisis descriptivo acerca de cómo afectó el diagnóstico y tratamiento a la o el paciente y su familia.

El cáncer y detección de la enfermedad

De acuerdo con Herrera, Garza y Granados (2013), el cáncer es una anomalía que puede tratarse de formas diferentes. Desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por las alteraciones entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, tal modificación conduce al desarrollo de una clona que tiene la capacidad de invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes, con formación de nuevas colonias o propagación metastásica.

Por otra parte, el cáncer es definido por el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.), como una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes de este. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células. En condiciones normales, las células humanas se forman y se multiplican (mediante un proceso que se llama división celular) para formar células nuevas a medida que el cuerpo las necesita, cuando estas envejecen o se dañan, mueren y las nuevas las reemplazan. A veces el proceso no sigue este orden y las células anormales o dañadas se forman y se multiplican cuando no deberían, Estas células tal vez formen tumores, que son bultos de tejido. Los tumores son cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos).

Los tumores cancerosos se diseminan (o invaden) los tejidos cercanos. También podrían viajar más lejos a otras partes del cuerpo y formar tumores, un proceso que se llama metástasis. Los tumores cancerosos también se llaman tumores malignos. Hay muchos tipos de cáncer que forman tumores sólidos. Pero los cánceres de la sangre, como la leucemia, en general no forman tumores sólidos.

Los tumores benignos no se diseminan a los tejidos cercanos. Cuando se extirpan los tumores benignos, no suelen volver, mientras que los cancerosos a veces vuelven. Los tumores benignos a ocasiones son bastantes grandes, algunos podrían causar síntomas graves o poner en peligro la vida de la persona, por ejemplo, los tumores benignos en el cerebro o el encéfalo.

Tipos de cáncer más comunes

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.), los tipos de cáncer más comunes son: cáncer colorrectal, cáncer de hígado, leucemia, linfoma, cáncer de páncreas, cáncer de piel, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer de riñón (células renales), cáncer de seno (mama), cáncer de tiroides, cáncer de útero y cáncer de vejiga.

Es importante mencionar que en este documento solo se abordaran los tipos y tratamientos médicos del cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata, ya que precisamente estos son los que fueron diagnosticados en las personas entrevistadas.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en la célula de la mama, entendiendo por tumor maligno un grupo de células que crecen de manera desordenada e independiente, que tiende a invadir los tejidos que lo rodean, así como órganos distantes (metástasis). Los tratamientos que existen son: médico, quirúrgico, radioterapia, quimioterapia y paliativo (IMSS, s.f.).

De acuerdo con la OPS (2022), el cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. La carga de enfermedad que representa este tipo de cáncer es desproporcionadamente mayor en los países en vías de desarrollo, donde la mayoría de las muertes por cáncer de mama ocurren prematuramente en mujeres menores de 70 años.

Cáncer cervicouterino

El IMSS (s.f.), afirma que el cáncer cervicouterino es el crecimiento anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz. Al inicio las lesiones son tan pequeñas que no se pueden ver a simple vista y duran así varios años. Cuando el cáncer está en una etapa avanzada se puede ver a simple vista en la exploración ginecológica o causar otras molestias, entre ellas, el sangrado anormal después de la relación sexual, entre los periodos menstruales o después de la menopausia, aumento del flujo de sangrado vía genital con mal olor, dolor de cadera

y pérdida de peso. Cuando apenas inicia, el tratamiento puede ser con cirugía quitando la matriz o con radioterapia y quimioterapia en los casos más avanzados.

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es un tumor maligno que empieza a crecer en la glándula prostática y que en sus etapas iniciales no presenta síntomas específicos. Más del 65% de todos los cánceres de próstata se diagnostican en hombres de más de 65 años (IMSS, s.f.). Por su parte, *American Cancer Society* (s.f.), menciona que el cáncer de próstata se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer fuera de control. La próstata es una glándula y esta produce parte del líquido que conforma el semen. El tamaño de la próstata puede cambiar a medida que el hombre envejece. En los hombres más jóvenes, la próstata es del tamaño aproximado de una nuez. Sin embargo, puede ser mucho más grande en hombres de más edad.

Tratamientos para el cáncer

El tratamiento para el *cáncer de mama* se determina por el tamaño del tumor y si hay extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. En este documento se hace énfasis a los tratamientos que recibieron las mujeres entrevistadas.

De acuerdo con Carswell (2002), los tratamientos con mayor efectividad son cuatro: 1) cirugía, 2) radioterapia, 3) quimioterapia y 4) terapia hormonal. La cirugía y la radioterapia son locales y por ello se aplica en los lugares donde se encuentran los tejidos cancerosos. En cambio, la quimioterapia y terapia hormonal son tratamientos sistémicos, es decir se introducen en todo el organismo por medio de la sangre. En la mayoría de los casos, no se utiliza un solo tratamiento, sino la combinación de dos o más de ellos. En las etapas tempranas, lo más usual es proceder a la cirugía y si es necesario, se complementa con alguno de los otros.

La cirugía puede ser conservadora y salvar el pecho de la mujer, quitando únicamente el tumor y los ganglios. Sin embargo, cuando la detección del cáncer no se hace en el momento oportuno (cuando se detecta en la etapa II y III), las operaciones tendrán que ser más

agresivas y quitar junto con el tumor, la glándula mamaria, y en casos avanzados, los músculos pectorales. Como la cirugía no siempre puede garantizar por sí sola que el tejido dañino no vuelva a presentarse, este tratamiento puede complementarse con quimioterapia, radioterapia y/o terapia hormonal. Sin embargo, siempre habrá que realizarse revisiones periódicas, si después de cinco años el tumor no vuelve a aparecer, hay muchas posibilidades de que nunca regrese.

Las intervenciones quirúrgicas que se pueden realizar como tratamiento de cáncer de mama de acuerdo con Carswell (2002), son las siguientes:

Cirugías conservadoras. Dentro de esta categoría se encuentran la lumpectomía, la cuadrantectomía y la mastectomía segmental. Las diferencias son únicamente en cuanto a la cantidad de tejido que se retira en cada una de ellas.

La cirugía conservadora, es una operación que consiste en retirar sólo el tumor y un poco del tejido que lo rodea, preservando el pecho de la mujer, de manera casi integra. Con una pequeña incisión en la axila, también se extraen los ganglios. En la mayoría de los casos, es necesario complementar este tratamiento con radioterapia, para garantizar que no queden células cancerosas en la zona, ya que de lo contrario hay posibilidades de que se presente una recurrencia o metástasis.

Entre más pequeño sea el tumor, mayores posibilidades hay de poder realizar una cirugía conservadora y salvar la integridad de la mujer. También, es importante el lugar en el que se ubica dicho tumor, puesto que, si está cerca del pezón, una cirugía conservadora podría llegar a deformar el pecho y su reconstrucción sería más difícil que una mastectomía radical modificada. Por otro lado, también se tiene que tomar en cuenta el tamaño de la glándula mamaria.

Mastectomía radical. Se quita toda la glándula mamaria, los ganglios de la axila, los músculos pectorales mayor y menor, y parte de los tejidos que los cubren. Se trata de una cirugía radical que deforma el cuerpo y puede llegar a limitarlo en los movimientos del brazo, además de dificultar la reconstrucción.

Mastectomía radical modificada. Esta cirugía consiste en extirpar únicamente la glándula mamaria, los ganglios de la axila, los tejidos que cubren los músculos pectorales y, en raras ocasiones, el músculo pectoral menor. El resultado de esta mastectomía es mejor desde el punto de vista estético. Las cicatrices son más pequeñas y al conservar el pectoral mayor, el cuerpo se ve mejor y la prótesis externa se coloca con mayor facilidad. En caso de que se decida hacer una reconstrucción, los resultados son muy aceptables.

Quimioterapia. De acuerdo con Haber (2000), este tratamiento se ofrece cuando el riesgo de extensión del cáncer es lo suficientemente importante como para justificarlo. El propósito de la quimioterapia o de la terapia hormonal es evitar la reaparición del cáncer. En la mayoría de los pacientes, siempre que exista un cáncer de mama invasivo, deben recibir una terapia coadyuvante para evitar la recaída. La quimioterapia funciona interfiriendo la reproducción celular y, por lo tanto, provoca la muerte de las células cancerosas. Sin embargo, la quimioterapia no es selectiva con las células y destruye todas aquellas que se dividen rápidamente, incluyendo las células del pelo, las de revestimiento intestinal y las de la médula ósea. Por tanto, la quimioterapia se administra por ciclos, en diversas pautas y combinaciones farmacológicas.

Radioterapia. Respecto a este tratamiento, Haber (2000) menciona que en la radioterapia se proyectan rayos X de alta energía a la mama y a la pared del tórax y, en ocasiones a las áreas cercanas que todavía tengan ganglios linfáticos, para destruir las células cancerosas. Se dibujan marcas en la piel para precisar la zona afectada. Los tratamientos se efectúan cinco días a la semana, durante aproximadamente 5 semanas. La radioterapia no es dolorosa, pero puede provocar una fatiga intensa y algunos cambios en la piel, así como complicaciones personales por la duración, el coste y la disponibilidad del tratamiento. Sobre este tratamiento, Torres (1999) menciona que en cualquier etapa clínica existe la indicación para la radioterapia, ya sea con fines curativos o paliativos, combinada con procedimientos quirúrgicos o sistémicos.

Terapia hormonal. Haber (2000) afirma que, si el tumor es sensible a las hormonas, puede ser efectivo el tamoxifeno o la terapia hormonal,

especialmente en mujeres posmenopausia. El tamoxifeno es un bloqueante de los estrógenos y se administra en forma de comprimidos, dos veces al día durante tres a cinco años. Actúa evitando el desarrollo celular. Tiene menos efectos secundarios que la quimioterapia estándar. En ocasiones, se puede suministrar como tratamiento combinado con la quimioterapia.

Cáncer cervicouterino

De acuerdo con *American Cancer Society* (s.f.), las principales formas de tratar el cáncer de cuello uterino son: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia de medicamentos e inmunoterapia. Los procedimientos para tratar el cáncer de cuello uterino invasivo son: a) histerectomía simple, b) histerectomía radical y c) cervicectomía.

Histerectomía simple. Esta cirugía se hace para extirpar el útero (tanto el cuerpo del útero como el cuello uterino), pero no las estructuras próximas al útero (parametrio y ligamentos uterosacos). No se extirpan la vagina ni los ganglios linfáticos de la pelvis. Los ovarios generalmente se dejan en su lugar a menos que haya otra razón para extirparlos.

La histerectomía simple se puede utilizar para tratar ciertos tipos de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) grave o ciertos tipos de cáncer de cuello uterino en etapas iniciales. Existen diferentes maneras de hacer una histerectomía:

- *Histerectomía abdominal:* el útero se extirpa a través de una pequeña incisión quirúrgica que se hace en la parte frontal del abdomen;
- *Histerectomía vaginal:* el útero se extirpa a través de la vagina;
- *Histerectomía laparoscópica:* el útero se extirpa mediante laparoscopia. Primero se inserta un tubo delgado con una cámara de video diminuta en la punta (el laparoscopio) en una o más pequeñas incisiones hechas en la pared abdominal para observar el interior del vientre y la pelvis. Algunos instrumentos pequeños se pueden controlar a través del tubo(s), de modo que el cirujano pueda hacer cortes alrededor del útero sin hacer una incisión

grande en el abdomen. El útero entonces se extrae a través de un corte en la vagina, y

- *Cirugía asistida por robot:* en este método, la laparoscopia se realiza con herramientas especiales conectadas a brazos robóticos que son controlados por el médico para ayudar a realizar una cirugía precisa.
- *Histerectomía radical.* Para esta operación, el cirujano extirpa el útero junto con los tejidos contiguos al útero (el parametrio y los ligamentos uterosacros), el cuello uterino, así como la parte superior adyacente al cuello uterino (alrededor de una pulgada [2-3 cm] de la vagina). Los ovarios no se extirpan a no ser que haya otra razón médica que lo requiera. En la histerectomía radical se extirpa más tejido que en la histerectomía simple, por lo que la estadía en el hospital puede ser más prolongada.

Cervicectomía. Una cervicectomía radical permite a las mujeres ser tratadas sin perder la capacidad de tener hijos. La operación se realiza a través de la vagina o el abdomen, y a veces se hace mediante laparoscopia. En este procedimiento se extirpa el cuello uterino y la parte superior de la vagina, pero no el cuerpo del útero. También se extirpan los ganglios linfáticos cercanos mediante una laparoscopia, lo que puede requerir otra incisión (corte). Esta operación se hace a través de la vagina o del abdomen. Después de la cervicectomía, algunas mujeres pueden llevar a término un embarazo y dar a luz un bebé saludable por cesárea, aunque las mujeres que se han sometido a esta cirugía pueden tener mayor riesgo de aborto espontáneo.

Exenteración pélvica. Esta operación se realiza en casos muy específicos de cáncer de cuello uterino recurrente. En esta cirugía, se extirpan todos los órganos y tejidos que en la histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos. Además, se pueden extirpar la vejiga, la vagina, el recto y también parte del colon, dependiendo del lugar hacia donde se propagó el cáncer.

Cáncer de próstata

En relación con el cáncer de próstata, *American Cancer Society* (s.f.), afirma que encontrar el cáncer cuando se encuentra en sus etapas iniciales a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones de tratamiento. En algunos casos de la enfermedad en etapa inicial surgen signos y síntomas que pueden ser notados, pero esto no siempre es así. Después del diagnóstico, la clasificación de la enfermedad según su etapa proporciona información importante sobre qué tanto se ha propagado el cáncer en el cuerpo, así como información anticipada sobre la respuesta que habrá con el tratamiento. Dependiendo de la situación, las opciones de tratamiento para los hombres con cáncer de próstata pueden incluir: observación o vigilancia activa para el cáncer de próstata, cirugía, radioterapia, crioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, inmunoterapia y tratamiento para el cáncer de próstata que se ha propagado a los huesos.

Es importante señalar que en este documento solo se describe de manera breve uno de los tratamientos de la inmunoterapia, ya que fue el que se le proporcionó a la persona entrevistada.

Inmunoterapia para el cáncer de próstata. La inmunoterapia es el uso de medicamentos para estimular el sistema inmunitario de la persona de modo que reconozca y destruya a las células cancerosas con más eficacia. Se pueden utilizar ciertos tipos de inmunoterapia para tratar el cáncer de próstata como es la vacuna contra el cáncer.

Vacuna contra el cáncer. La vacuna se usa como tratamiento para combatir el cáncer. Contrario a las vacunas tradicionales que refuerzan el sistema inmunitario del cuerpo para ayudar a prevenir infecciones, esta vacuna refuerza el sistema inmunitario para ayudarlos a atacar a las células cancerosas de la próstata. La vacuna se usa para tratar el cáncer de próstata avanzado que ya no responde a la terapia hormonal, pero que causa pocos o ningún síntoma.

La vacuna se produce específicamente para cada hombre. Para producir esta vacuna, se le extraen los glóbulos blancos (células del sistema inmunitario) de la sangre por varias horas mientras el paciente está conectado a una máquina especial. Entonces, las células se envían a un laboratorio, donde se mezclan con una proteína de las células cancerosas de la próstata llamada fosfatasa ácida prostática. Luego los glóbulos blancos son enviados de regreso al consultorio médico u

hospital, donde se las devuelven mediante una infusión en una vena. Este proceso se repite dos o más veces con dos semanas de diferencia, de manera que el paciente recibe dosis de células. Estas células ayudan a las otras células del sistema inmunitario a atacar el cáncer de próstata. La vacuna no ha demostrado que detenga el crecimiento del cáncer de próstata, pero parece ayudar a los hombres a vivir varios meses más.

Resultados de la investigación

Tipos de cáncer de las personas entrevistadas y tratamiento médico:

- Las personas entrevistadas fueron cinco, de las cuales cuatro fueron mujeres y un hombre; los cinco son madres y padre de familia. Es importante señalar que estas personas fueron diagnosticadas con cáncer durante el periodo comprendido de enero 2020 a diciembre 2021. Por otro lado, con la finalidad de guardar el anonimato de las personas, se hará referencia a ellos con seudónimos.
- De las cuatro mujeres, tres de ellas fueron diagnosticadas con cáncer de mama. El tratamiento que recibieron fue el siguiente:
- A María (55 años) se le diagnosticó el cáncer en mayo de 2020 e inicio el tratamiento en junio del mismo año. Primero, se le realizó una lumpectomía, que es una cirugía conservadora, ya que sólo le retiraron el tumor y un poco del tejido que lo rodeaba, por lo tanto, su pecho se encuentra casi integro. Después de la cirugía, se le realizaron ciclos de quimioterapia con la finalidad de tratar de eliminar las células cancerosas que puedan haber quedado o que se hayan propagado, pero que no pueden verse, ni siquiera en estudios con imágenes, ya que, si a estas células se les permitiera crecer, podrían generar nuevos tumores en otras partes del cuerpo, por lo tanto, la quimioterapia adyuvante fue aplicada con el propósito de reducir el riesgo de que regrese el cáncer de mama. Este tratamiento le provocó efectos secundarios como fue: úlceras en la boca, náuseas, vómitos y diarrea.
- A Rosa (52 años), le diagnosticaron el cáncer de mama en abril de 2021 e inicio tratamiento en ese mismo mes. El tumor que tenía Rosa era un poco grande, motivo por el cual, primero se le administró quimioterapia para reducir el tamaño y poderlo

extirpar mediante una cirugía, posteriormente le realizaron una cuadrantectomía (cirugía conservadora), donde le retiraron el tumor, un poco del tejido normal que rodeaba la mama y le extrajeron todos los ganglios. Después de la cirugía le dieron radioterapia, otros ciclos de quimioterapia y por último bloqueador de hormonas. Los efectos secundarios de la quimioterapia fueron: caída del cabello, cambios en las uñas, pérdida del apetito, náuseas y vómitos. En relación a los efectos de la radioterapia Rosa comentó que solo se sintió cansada. Actualmente está tomando una pastilla diaria que es un bloqueador hormonal y estará con este tratamiento durante cinco años.

- Teresa (55 años), fue diagnosticada con cáncer en febrero del 2021 e inicio el tratamiento médico de manera inmediata. El tratamiento que recibió fue una mastectomía radical modificada, puesto que le extirparon toda la glándula mamaria, que incluyó el tejido mamario, el pezón, la areola y la piel que cubre la mama, así como los ganglios de la axila y los tejidos que cubren los músculos pectorales. Teresa comenta que para disminuir el dolor de la cirugía estuvo tomando analgésicos y que sentía rigidez en el hombro, el pecho y el brazo del lado donde tuvo el cáncer. La recuperación de ella fue aproximadamente dos meses. Durante este periodo estuvo con medidas higiénicas como son: evitar dormir sobre el brazo del lado de la operación, evitar cualquier sobrecarga o esfuerzo con ese brazo, lavar la zona de la herida con jabón suave y bastante agua, entre otras recomendaciones médicas. En junio del 2021, como parte del tratamiento médico se le proporcionó radioterapia, lo que le provocó como efecto secundario una sensación de cansancio o agotamiento casi constante.
- A Guadalupe (61 años) en agosto del 2021 debido a que presentó hemorragia uterina anormal, su ginecóloga le sugirió realizarse una histerectomía laparoscópica, donde a través de unas pequeñas incisiones en el abdomen y en la vagina le extrajeron el útero. La cirugía que le realizaron a Guadalupe es un procedimiento mínimamente invasivo, produce menos dolor y la recuperación es rápida. Sin embargo, al momento de la operación su ginecóloga

se dio cuenta que tenía un tumor, el cual lo enviaron a patología y el dictamen fue cáncer cervicouterino, motivo por el cual Guadalupe fue referida con un oncólogo, quien como parte del tratamiento para el cáncer le indicó radioterapia. La persona entrevistada afirmó que este tratamiento no es doloroso, pero que le provocaba una fatiga intensa y que tuvo algunos cambios en la piel. La duración del tratamiento fue de cinco días a la semana durante aproximadamente seis o siete semanas.

- Juan (63 años) en marzo del 2020, comenzó a presentar problemas para orinar y cuando lo hacía el flujo era débil o interrumpido, motivo por el cual consultó a su médico, quien a través de varios estudios que le realizaron dictaminó que tenía cáncer de próstata, por tal motivo fue referido a un oncólogo, quien determinó como tratamiento la aplicación de vacuna, la cual refuerza el sistema inmunitario para ayudarlo a atacar a las células cancerosas de la próstata. La vacuna se produce específicamente para cada hombre. Para producir esta vacuna, a Juan se le extrajeron los glóbulos blancos (células del sistema inmunitario) de la sangre mientras él estuvo conectado a una máquina especial. Después, las células se enviaron a un laboratorio, donde se mezclan con una proteína de las células cancerosas de la próstata llamada fosfatasa ácida prostática. Luego los glóbulos blancos son enviados de regreso al consultorio médico, donde se las devuelven mediante una infusión en una vena. Este proceso se repitió dos o más veces con dos semanas de diferencia, de manera que Juan recibió dosis de células. Estas células ayudan a las otras células del sistema inmunitario a atacar el cáncer de próstata.

Con relación al aspecto emocional de las cinco personas entrevistadas al recibir el diagnóstico de la enfermedad, de acuerdo a los resultados, se puede afirmar que después de que a la o el paciente se le diagnostica cáncer, éstos pueden tener diferentes sentimientos como son: miedo, incertidumbre, ansiedad, tristeza, depresión, impotencia, culpa, enojo, desesperanza, entre otros. Estos provocan bloqueos en el pensamiento y dificultan aún más el asimilar y comprender la información proporcionada por el médico. Necesitan más tiempo para digerir la noticia y entender lo que implica tanto el diagnóstico como el tratamiento para el enfermo y su familia.

Las personas entrevistadas al enfrentarse inicialmente al diagnóstico de cáncer y el tratamiento, se sintieron abrumadas por los sentimientos, tales como: a) la rapidez con que la enfermedad se puede expandir si no es tratada de manera inmediata; b) la pérdida de la esperanza de vida, al pensar que si tienen una recaída entonces indica la muerte; c) la ansiedad, que oscila desde una ligera sensación de inseguridad a una incertidumbre y miedo a que la enfermedad regrese a otra parte del cuerpo y se diagnostique una metástasis; d) sentimiento de culpa, por no haber cuidado su salud y no haber acudido al médico al inicio del primer síntoma de la enfermedad; y e) negación, al no querer aceptar que tienen cáncer al momento de que el médico le dio el diagnóstico.

Se puede afirmar que, el impacto emocional que sufre la o el paciente desencadena otras escenas tanto en la misma persona como en los de su alrededor, entre ellas, la percepción de la muerte a corto plazo, ya que para algunas personas cáncer es sinónimo de muerte.

La persona y su familia al encontrarse ante un posible diagnóstico de cáncer genera altos niveles de estrés, con estados de incertidumbre a la espera de los resultados de los exámenes. Cuando ya se confirma el diagnóstico la o el paciente puede pasar a procesos de ansiedad o de depresión, generándose sentimientos de pérdida ante lo que implica la enfermedad. En la familia se presentan sentimientos de impotencia, tristeza, sobreprotección para con su familiar, entre otros. En algunos pacientes y familiares nace el temor a la muerte como posibilidad, que se encuentra latente en todo el proceso clínico-médico. Donde el diagnóstico de cáncer es evaluado como la pérdida de la salud y por ende la pérdida de la vida.

De acuerdo con los comentarios de las personas entrevistadas, se puede afirmar que, el cáncer afecta tanto al paciente como a su familia, sobre todo cuando se trata de los padres de familia y más cuando es la madre.

Efectos colaterales en la familia ocasionados a raíz de la detección del cáncer en uno de los progenitores

Proceso de duelo ante la enfermedad. De acuerdo con los resultados de la investigación de campo, podemos afirmar que enfrentarse a un diagnóstico de cáncer puede originar un impacto emocional tanto para la persona que lo experimenta como para su familia. Algunos familiares

de la paciente o el paciente consideran que su vida cambia rotundamente, convirtiéndose en un estado de confusión y lucha, ya que representa el temor a perder a un ser querido, es decir, se contempla la posible separación definitiva con la persona amada.

La llegada de una enfermedad puede cambiar por completo la vida de la persona afectada y su familia, haciéndolas pasar por una adaptación que requiere tiempo. Este proceso se conoce como duelo ante la pérdida de la salud. Es un nuevo estado que supone algún tipo de limitación en las actividades de la vida cotidiana durante un periodo de tiempo más o menos extenso.

El tener a un familiar con una enfermedad como el cáncer, supone un gran desafío individual y familiar. El temor de perder a un ser querido desencadena una serie de situaciones emocionales, psicológicas, espirituales y conductuales, que se viven de manera única y subjetiva, iniciando un tránsito por las diferentes fases del duelo como son: negación, enojo, depresión, aceptación y aprendizaje. Todas estas reacciones a la pérdida de la salud de un ser querido son normales. Sin embargo, no todos los que están pasando por este duelo experimentan todas las reacciones, y no todas se viven en ese mismo orden.

Cuando un diagnóstico entra a formar parte de la realidad de la o el paciente y su familia, surgen diferentes emociones y tenemos que entender que no todas las personas las vive igual, se trata de un proceso muy personal. Aceptar la enfermedad y los tratamientos para esta, es atravesar una serie de etapas difíciles que van generalmente desde la negación de la realidad, la rabia, el miedo, la tristeza hasta llegar a la aceptación. Lo que significa aceptar la realidad que les toca vivir, asumiendo la responsabilidad para realizar cambios y adaptar nuevos proyectos de vida que les permitan seguir adelante. Las cinco personas entrevistadas, coincidieron al mencionar que enfrentar el cáncer y los tratamientos médicos, representó una crisis personal producida por ver amenazada su vida debido a que se sentían vulnerables. Además, afirmaron que sus familias se vieron afectadas, ya que cada uno de sus miembros igualmente vivieron una crisis más o menos profunda debido a los vínculos afectivos que le unen con la persona enferma.

El cáncer supone un impacto no solo para el afectado, sino también para su entorno. Aun cuando el enfermo es quien recibe las consecuencias físicas de esta dolencia y de su tratamiento, las consecuencias emocionales repercuten en todo el sistema familiar. El

cáncer afecta al paciente y su familia, sobre todo cuando se trata de los padres de familia y más cuando es la madre.

Después del diagnóstico las cinco personas entrevistadas se vieron en la necesidad de someterse a diferentes tratamientos y acudir a instituciones de salud con frecuencia. En relación con sus familias, fueron el apoyo del equipo médico, ya que acompañaban al paciente en su tratamiento y recuperación posterior, por lo tanto, estas vivieron una gran carga emocional, sobre todo donde la paciente es la mamá; sus integrantes han tenido sentimientos de: miedo, incertidumbre, ansiedad, tristeza, depresión, impotencia, culpa, enojo, entre otros.

Dinámica familiar. El cáncer es una enfermedad que impacta en la vida de la o el paciente, ya que conlleva una modificación en sus vidas diarias, como: los roles familiares, las relaciones con los demás, la alimentación, etcétera.

En los cuatro casos donde la madre de familia fue diagnosticada con cáncer, la familia se vio obligada a renegociar los roles y funciones que hasta ese momento venía desempeñando. Es importante mencionar que las cuatro madres de familia son amas de casa y para realizar las labores del hogar (limpieza de casa, cocinar alimentos, lavar y planchar) recibieron el apoyo de sus hijas e hijos. María tiene dos hijos varones y ellos se turnan para apoyarla. Rosa tiene tres hijos de los cuales dos son mujeres y un hombre, en este caso sus dos hijas y su nuera son quienes las apoyan. En el caso de Teresa tiene una hija que vivía en Manzanillo, por lo que ella decidió regresar a vivir junto con su esposo e hijo a la casa materna para estar al pendiente del cuidado de su mamá. Guadalupe tiene dos hijos varones y son las nueras quienes la apoyan en las labores del hogar. Como se puede observar, ante la presencia de una enfermedad surgen redes de apoyo, siendo principalmente los integrantes de la familia quienes deciden ayudar a la madre en diferentes actividades.

En el caso de la familia donde el padre (Juan) fue diagnosticado con cáncer, no se presentaron modificaciones en los roles familiares, ya que él está jubilado y en la casa su principal rol fue el de proveedor económico.

Por los comentarios realizados por las cinco personas entrevistadas, se puede afirmar que al presentarse el diagnóstico de cáncer en uno de los progenitores unió más a los integrantes de la familia, ya que los hijos

aun a pesar de que están casados, han estado apoyando a sus padres emocional y económicamente.

Situación económica. Las cinco personas entrevistadas, aun a pesar de ser derechohabientes del IMSS (3 pacientes) y del ISSSTE (2 pacientes), debido al temor de acudir a estas instituciones por contagiarse de Covid-19, pues son las instituciones de salud que más casos tenían al momento de que se les diagnosticó el cáncer y con la finalidad de iniciar rápido un tratamiento para combatir esta enfermedad, decidieron acudir al médico particular, lo que ocasionó gastos imprevistos y tuvieron que buscar diversas estrategias para cubrir los costos, como fueron: los gastos del tratamiento de María fueron cubiertos por su esposo y sus dos hijos; Rosa además de recibir el apoyo económico de su esposo e hijos, vendió un terreno que tenía, ya que todo el tratamiento de ella ha sido en la ciudad de Guadalajara, por lo tanto, se ha visto en la necesidad de cubrir gastos de traslado, hospedaje y alimentación; la mayor parte de los gastos de Teresa lo cubrieron su esposo e hija, y otra parte fue con la venta de su vehículo y joyas que tenía; a Guadalupe la apoyaron principalmente su esposo, hijos y otros integrantes de su familia de origen. Es importante mencionar que de las cuatro mujeres tres de ellas solo acudieron algunas veces a Guadalajara a recibir tratamiento a diferencia de Rosa. En relación con Juan, la mayor parte de los gastos fueron cubiertos con lo que recibió de jubilación de la empresa donde trabajaba y la otra aportación fueron de su hija e hijo.

Como se puede observar las cinco familias tuvieron la oportunidad de recibir atención médica particular, sin embargo, cuando no se cuenta con los recursos económicos para solventar los gastos derivados del tratamiento de la enfermedad, es mayor la afectación causada por esta en los miembros de la familia y más si no son derechohabientes de alguna institución de salud pública, lo cual ocasiona preocupaciones y alteraciones en su estado anímico tanto del paciente como de la familia.

Conclusiones

El diagnóstico temprano de cáncer y un rápido tratamiento aumenta el número de personas que sobreviven a esta enfermedad y reduce el

impacto económico derivado de la atención médica para ésta. En cambio, el diagnóstico en una fase tardía y la imposibilidad de recibir tratamiento conlleva a las personas a sufrimientos innecesarios y a una posible muerte. Por lo tanto, es necesario la sensibilización de las personas sobre los factores de riesgo y síntomas del cáncer y de la importancia de solicitar una evaluación médica para resolver dudas e inquietudes relacionadas con esta enfermedad.

Los profesionales de la salud, sobre todo los oncólogos, deben ser asertivos, pero no agresivos al dar el diagnóstico de cáncer a la o el paciente, ya que en ocasiones se olvidan de que la persona en ese momento se encuentra vulnerable emocionalmente y al recibir la noticia aumenta el miedo, la incertidumbre y desesperanza, lo cual puede retrasar el que la persona decida sobre el tratamiento a seguir para la atención del cáncer que padece.

En el caso de las cuatro mujeres que les realizaron una cirugía como parte del tratamiento médico para el cáncer que les diagnosticaron, al principio se sentían incomodas porque les faltaba una parte de su cuerpo y sintieron tristeza, porque cambió su forma de percibirse como mujer (con mamas completas o con útero), ya que se sentían diferentes a las demás mujeres, sin embargo, consideran que la cirugía y todos los tratamientos recibidos les dan otra oportunidad de vivir, pero sobre todo consideran que aprendieron a cuidar su salud, ya que ahora están en revisión médica frecuente como forma de prevención de que el cáncer se manifieste en otra parte de su cuerpo.

De acuerdo con los comentarios de las señoras entrevistadas, el recibir el diagnóstico de cáncer “es un golpe muy fuerte para todos los miembros de la familia”, “es la peor noticia que pueden recibir y no saben qué hacer ante esta enfermedad”, ya que por las funciones que desempeñan como esposa y madres, ocasiona una crisis familiar que modifica las condiciones de vida de los integrantes de ésta, presentándose cambios en las funciones y roles de cada uno de los miembros.

El diagnóstico de cáncer en un integrante de la familia, por lo regular es una noticia adversa, en muchos casos inesperada, que genera un impacto emocional tanto en el paciente como en la familia debido a que realizan una reorganización de su vida y aprenden a enfrentarse a lo que está pasando; por ejemplo a los tratamientos y a los efectos secundarios de estos en los pacientes como son: cirugías o la pérdida de una parte

del cuerpo, pérdida del cabello, pérdida del apetito, cambio de estado de ánimo, entre otros. La enfermedad ocasiona dentro de la propia familia nuevas demandas, modificaciones en el comportamiento de cada miembro y fomenta la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades para enfrentarse a diferentes situaciones derivadas del tratamiento del cáncer.

La familia es parte fundamental en el apoyo de la persona con cáncer para enfrentar la enfermedad y los tratamientos que se requieren. El impacto en sus integrantes depende de la relación que tengan entre ellos, sin embargo, vale la pena resaltar que el cáncer provoca, tanto en el paciente como en su familia, una serie de emociones derivadas tanto del diagnóstico como del curso o proceso del tratamiento.

Ante la enfermedad de cáncer, el sistema familiar recibe de manera frontal el impacto de ésta, de modo que no existe familia que no muestre síntomas de disfunción cuando uno de sus miembros se enferma, de igual manera toda la familia es afectada, pues genera como consecuencia de esta, un sistema de conductas y pensamientos que apoyan a la enferma. Sin embargo, las familias normalmente utilizan recursos propios para adaptarse a situaciones de estrés como la enfermedad de un miembro de esta, pero es todo el sistema familiar el que se moviliza en búsqueda de una adaptación funcional en términos de salud.

Cuando en una familia uno de sus integrantes presenta un problema de salud, donde los gastos de su tratamiento son costosos, tanto por los medicamentos como por los estudios que se necesitan y el tiempo que lo requieren, se buscan diferentes estrategias para cubrir los gastos, así como también se tiene apoyo de otras personas de la familia nuclear, extensa y de origen, originando con ello el surgimiento de las redes sociales. Sin embargo, también hay que estar conscientes que la economía familiar se puede ver afectada debido a que no se cuenta con el recurso económico necesario y se ven en la necesidad de vender parte del patrimonio que tienen para su futuro.

La comunicación en la familia durante una enfermedad como el cáncer, es de vital importancia, ya que facilita la asimilación del proceso en la familia y el enfrentamiento a ésta, tanto por la parte del paciente como de la pareja e hijos. De acuerdo con los resultados de la investigación, se puede afirmar que el cónyuge es el principal apoyo para el paciente enfermo, sin embargo, debemos estar conscientes que

los hijos, independientemente de la edad, experimentan emociones similares, pero ellos mismos son quienes deciden como canalizarlos. Por lo tanto, es necesario proporcionarles información de manera asertiva, responder a sus preguntas, ya que en ocasiones les ocultan información sobre la enfermedad de uno de sus progenitores. El hablar de sus sentimientos contribuye a afrontar la situación. La comunicación asertiva no es la cura de ninguna enfermedad, pero si mejora la manera en que la familia en su conjunto se enfrenta a la propia situación del cáncer y contribuye a la disminución de situaciones de estrés y malestar que experimenta tanto el paciente como los familiares de este.

Por otro lado, como sociedad en ocasiones excluimos o señalamos como forma de lástima a las personas que tienen cáncer, sin tomar en cuenta que son seres humanos como nosotros y que todos podemos pasar por esta enfermedad que no respeta ni sexo, edad o raza. Es por eso que debemos ser conscientes que no es fácil enfrentar el cáncer y todos los tratamientos que este conlleva; que estas personas necesitan del apoyo de toda su familia y el entorno que las rodea, de tal manera que como trabajadores sociales debemos participar en la sensibilización de la sociedad respecto a la forma como se percibe o se trata a las personas que padecen esta enfermedad, ya que el trato debe ser con delicadeza, amabilidad, hacerlas sentir bien emocionalmente y que se le brinde atención psicológica tanto a la o el paciente como a su familia, puesto que en la mayoría de las instituciones de salud, los médicos son los únicos que se involucran directamente en el tratamiento de los pacientes con cáncer, lo cual es un inconveniente en una recuperación integral de la enferma.

Referencias

- American Cancer Society (s.f.). *Acerca del cáncer de próstata*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/acerca/que-es-cancer-de-prostata.html>
- American Cancer Society (s.f.). *Tratamiento del cáncer de cuello uterino*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento.html>
- Carswell, E. (2002). *Cáncer mamario: el reto de hoy*. México: Trillas.

- Davidson, N., Page, D., Reacht, A. y Urist, M. (2007). *La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Tomo II*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- González, A., Cantú, D., Pérez-Montiel, D. y Dueñas, A. (2013). Cáncer cervicouterino. En Herrera, A. y Granados, M. (Eds.). *Manual de Oncología: procedimientos médico quirúrgicos* (pp. 709-719). México: McGraw-Hill.
- Haber, S. (2000). (Comp.). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Herrera, A., De la Garza, J. y Granados, M. (2013). Principios generales. En Herrera, A. y Granados, M. (Eds.). *Manual de Oncología: procedimientos médico quirúrgicos* (pp. 1-7). México: McGraw-Hill.
- INEGI. (2022). *Estadísticas a propósito del Día mundial contra el cáncer*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CANCER22.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Naturaleza del cáncer, causas, prevención y tratamiento*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/oms>
- IMSS. (s.f.). *Cáncer de mama*. Recuperado de: [http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama#:~:text=Es%20un%20tumor%20maligno%20que,como%20%C3%B3rganos%20distantes%20\(met%20stasis\)](http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama#:~:text=Es%20un%20tumor%20maligno%20que,como%20%C3%B3rganos%20distantes%20(met%20stasis)).
- IMSS. (s.f.). *Cáncer cervicouterino*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-cervico-uterino>
- IMSS. (s.f.). *Cáncer de próstata*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20pr%C3%B3stata%20es,de%20m%C3%A1s%20de%2065%20a%C3%B1os>.
- Jiménez, M., Martínez, P. y Solares, M. (2013). Cáncer de próstata. En Herrera, A. y Granados, M. (Eds.). *Manual de Oncología: procedimientos médico quirúrgicos* (pp. 813-823). México: McGraw-Hill.
- Lara, F., Arce, C., Alvarado, A. y Villarreal, C. (2013). Cáncer de mama. En Herrera, A. y Granados, M. (Eds.). *Manual de Oncología:*

- procedimientos médico quirúrgicos* (pp. 627-670). México: McGraw-Hill.
- OMS. (2021). Cáncer. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- OPS. (2020). Cáncer. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- OPS. (2022). Cáncer de mama. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
- OPS. (2022). Cáncer cervicouterino. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
- Torres, R. (1999). *Tumores de mama: diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Participación comunitaria de las mujeres mayas en la promoción de medicina tradicional, en Maní, Yucatán

Jessica Nayeli Be Canul¹⁴

Martín Castro Guzmán¹⁵

Introducción

La Medicina Tradicional (MT) ha sido utilizada desde años atrás como un medio para afrontar asuntos relacionados con la salud, desde la prevención, curación o tratamiento de una diversidad de enfermedades tanto físicas como psicosomáticas. Esta medicina, debido a las múltiples aportaciones que ha tenido hacia el bienestar humano, ha alcanzado una aceptación cultural al paso de los años, incluso actualmente las personas siguen confiando en su efectividad.

Tal ha sido su relevancia que, a nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha creado estrategias que protegen los derechos y promocionan a las/os expertos de esta práctica medicinal, esto a modo de respuesta al gran número de personas que utilizan, practican y recurren a la medicina tradicional; por citar un ejemplo, tan solo en países latinoamericanos como Chile, el 71% de la población utiliza Medicina tradicional, mientras que en Colombia el 40% de los habitantes, y en el caso de México existen más de 60 pueblos indígenas, aproximadamente el 10% de la población total, que incluyen la MT entre sus elementos culturales y de atención a la salud. Bajo este tenor, el presente estudio tuvo por propósito analizar la participación

¹⁴ Licenciada en Trabajo Social y Estudiante del programa académico de Maestría en Desarrollo Social de la Academia de Ciencias Sociales y Desarrollo Humano de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social ACANITS.

¹⁵ Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Yucatán y Profesor de Asignatura en la Universidad Nacional Autónoma de México.

comunitaria de las mujeres mayas en la promoción de la MT de la comunidad de Maní, Yucatán, a través del acercamiento y diálogo con informantes clave, para la identificación de sus aportaciones y el papel que desempeñan en la atención a la salud.

Planteamiento del objeto de estudio

La participación de las personas en el proceso de aprendizaje sobre la MT se considera como un factor que incide en la preservación y promoción del conocimiento medicinal; aunado a ello, se presenta la globalización, el desplazamiento o migración a contextos urbanizados y la tecnología. Dichos factores generan atracción hacia otras culturas, formas de atender cuestiones de salud con base en el sistema occidental, o simplemente, omitir diálogos con los médicos mayas acerca de los conocimientos relacionados con las plantas o elementos de origen animal empleados para el tratamiento sanitario, dejando que con el paso de los años éste se mantenga en el olvido (Correa, 2002).

La correlación entre la MT y participación, sobre todo la comunitaria, ha sido un tema de interés para autores como Hevia (1985) quien expone que la participación de la comunidad es un componente indispensable de la salud familiar y comunitaria, donde la MT es considerada como un medio de atención primaria de la salud de la cual debe estar indispensablemente articulado los servicios básicos sanitarios.

En esa misma línea de análisis, se visualiza la importancia de las mujeres, principalmente en las comunidades rurales, en la conservación del patrimonio cultural desde sus aportaciones, tanto en el hogar como en su participación dentro del contexto donde residen. De acuerdo con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM, 2014) las mujeres indígenas mayas desempeñan un rol fundamental dentro de las comunidades, ya que son las principales promotoras en la “transmisión intergeneracional de sus tradiciones espirituales, la historia de sus pueblos, su filosofía y en la defensa de la tierra, el territorio y los recursos naturales” (p. 2).

En este sentido, la continua organización de las mujeres ante estos temas, desempeñan un papel primordial en la conservación del patrimonio cultural, para el caso de la medicina tradicional, sus

acciones y participación comunitaria tiene trascendencia en temas de salud comunitaria. Estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), demostraron que las mujeres de las comunidades indígenas se están ocupando en revalorizar la cosmovisión y las leyes ancestrales que rigen a cada pueblo.

Lo anterior se fundamenta, ya que las mujeres médicas tradicionales, en especial las parteras, efectúan prácticas que contribuyen a la disminución de la violencia obstétrica y de la violencia hacia la atención de la salud en general (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019). Dichos aspectos promueven la protección y preservación de estas prácticas ancestrales visualizando la necesidad de hacer efectivo el derecho a la salud, así como la protección de los derechos culturales de pueblos y comunidades, en correlación con el objetivo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo (2019) que menciona “la atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano” (p.44).

En lo que respecta a Yucatán, el Gobierno del Estado 2018-2024 ha creado medidas de preservación de la MT, puesto que considera importante las aportaciones que realizan los médicos tradicionales: j́men, parteros (as), santeros (as), hierbateros (as) y sobadores (as); porque han ganado una aceptación y credibilidad muy alta dentro de la comunidad yucateca. De acuerdo con datos emitidos por el Registro Único de Médicos Tradicionales Mayas (2016, citado en Güémez, 2017), Yucatán cuenta con aproximadamente 503 terapeutas de las cuales 317 son parteras, cifra que muestra la importancia de las mujeres en la atención de la salud de los yucatecos, sobre todo, en las comunidades rurales.

Las mujeres se encuentran estrechamente relacionados con temas de la MT sea como las encargadas de salud de los miembros del hogar familiar, apoyando en el proceso de atención o como especialistas dentro de la comunidad, lo que deja en evidencia lo fundamental de la participación comunitaria de las mujeres.

Capital social y participación comunitaria

El capital social como categoría de análisis es abordado desde diversos enfoques y/o disciplinas, debido a sus múltiples cualidades para

entender las realidades sociales, así como por entenderse como un conjunto de relaciones sociales que permite analizar los resultados que surgen a partir de las interacciones. Estos últimos, reforzados por un nivel confianza, participación y deseo de formar comunidad.

Bajo este análisis, se integra el concepto de capital social comunitario en el cual a través de la socialización y el trabajo en conjunto logran establecerse como complemento de los servicios públicos y fortalece la participación a nivel comunitario, elemento fundamental para articular los servicios públicos, mismos que permiten enriquecer una política pública dirigido al empoderamiento de sectores sociales vulnerables (Vela, 2012). Este va más allá de las redes, se enfatiza en la coordinación, autogestión, autogobierno, superestructura cultural y en el sentido de identidad (Durston, 2000), basandose en elementos fundamentales como relaciones de la confianza, reciprocidad y redes sociales.

Estos elementos de confianza, reciprocidad y redes sociales que integran al capital social, como se ha abordado, puede entenderse desde el plano comunitario y del contexto de los médicos tradicionales como: la confianza que se tiene hacia la práctica medicinal, su efectividad e impacto hacia la salud; la reciprocidad como aquello que se recibe a cambio de la aportación a la salud como el respeto de la población, retribución en especie y/o apoyos de externos; mientras que las redes sociales se entenderán como los vínculos que se forjan para el uso, práctica y promoción de la MT entre las personas.

Participación comunitaria en la salud

Como se ha abordado, la participación se expresa de diversas formas, situaciones y contextos, en el cual las personas se involucran en asuntos que conciernen en su vida. La salud es un tema que indiscutiblemente preocupa y ocupa a la población, desde la forma de atender las enfermedades y la prevención de éstas, así como la calidad de los servicios de salud, acorde a las necesidades, demandas y recursos de cada lugar. Desde este enfoque, la participación comunitaria es entendida como un proceso mediante el cual las comunidades promueven la formación de personas activas, solidarias y con responsabilidad social, protagonistas de la transformación hacia el bien

común, siendo ciudadanas y ciudadanos que respetan los valores y costumbres de su comunidad.

La brecha de desigualdad en la atención de la salud es visible, sobre todo, en las comunidades indígenas, por lo que su involucramiento es necesario para mejorar su salud y tener un mayor control de los recursos que poseen en su entorno, apegados a la cosmovisión de su cultura, como lo es la MT. Para ello Ferrer, Borroto, Sánchez y Álvarez (2001), han establecido tres grados de participación que se pueden presentar en la comunidad en temas de salud relacionadas con la MT: (párr.7):

- Utilización: “Uso únicamente de los servicios, sin que sus miembros proporcionen un insumo directo o realimenten su diseño o aplicación. No entraña participación auténtica, pero es requisito esencial para que se produzca la participación” considerando en este grado a las personas que únicamente son usuarios de la MT y que, a su vez, mediante su experiencia, pueden o no hacer promoción de esta práctica medicinal.
- Cooperación: “puede incluir no sólo trabajo, fondos o materiales aprobados, sino también asistencia para llevar a cabo planes y programas que hayan sido desarrollados por dicho organismo o institución” este grado en la MT se les atribuye a las personas que cooperan en los procesos de atención a la salud, desde la preparación de medicamentos a base de recursos naturales, o bien, asisten al médico tradicional en la atención de los usuarios. Tienen un grado de conocimiento, pero no se conciben como un especialista.
- Intervención en la adopción de decisiones: Participación comunitaria en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. Con mayor grado de compromiso con la comunidad y responsabilidad en la determinación de problemas vinculados con la salud, así como en el desarrollo y aplicación de soluciones. Se considera en este grado los médicos tradicionales, quienes son los actores principales de la ejecución de acciones a beneficio de la salud de las personas.

La participación comunitaria en salud es un medio por el cual se busca potenciar los recursos de las comunidades, fortalecer el tejido social con el fin de actuar sobre el bienestar, desarrollo y la salud; cuyo eje medular es el reconocimiento, valor e intercambio de los conocimientos, habilidades y experiencias de todas las personas, especialmente de las que proceden de la comunidad local. También, donde se reconoce a las personas como protagonistas del cambio a través de las relaciones interpersonales, la confianza, compromiso y liderazgo, encaminados hacia la colectividad autogestiva.

Medicina Tradicional

Conceptualizada como aquel conjunto de conocimientos tanto teóricos como prácticos que son utilizados para prevenir, diagnosticar y tratar trastornos físicos, mentales o sociales, sustentado exclusivamente en la experiencia y la observación, cuyos conocimientos han sido transmitidos de forma verbal o escrita de una generación a otra y se ha considerado como una riqueza que integra la práctica médica activa y la experiencia ancestral (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Para los médicos tradicionales, numerosas enfermedades y padecimientos físicos tienen un origen natural, donde la naturaleza determina los elementos de vida, cuerpo, salud, enfermedad y muerte de las personas terrenales. Esta premisa, se afirma con las palabras de Pintado (2013) quien señala que la cosmovisión está enmarcada “en una forma de interpretar el mundo que les rodea acorde a su cultura y los marcos explicativos de su sistema médico tradicional” (p. 159).

Un dato necesario de exponer es que la MT maya no sólo se dedica al uso y manipulación de plantas para curar enfermedades, la herbolaria es sólo una parte de la MT, puesto que al igual que la medicina convencional, la tradicional se encuentra dividida por diversas especialidades encargadas de atender dolencias y padecimientos específicos, entendiendo a la salud no sólo desde el aspecto orgánico, también desde las emociones e incluso la espiritualidad.

La MT de la población maya, posee tres componentes en su funcionamiento: la cosmovisión, el conocimiento y la práctica, aspectos que se encuentran estrechamente relacionados e interactúan en la manera que se percibe el mundo. Citando a Toledo, Barrera-Bassols y García-Frapolli (2008), expresan que las personas adoptan la naturaleza

a través de la triada kosmoscorpus-praxis (cosmovisión, conocimiento y prácticas) que, al aplicarlo al contexto de la atención a la salud, la ubicación y uso de las plantas incorporan elementos culturales, simbólicos y religiosos que hacen referencia a la cosmovisión.

Tabla 1
Características de las especialidades en Medicina Tradicional

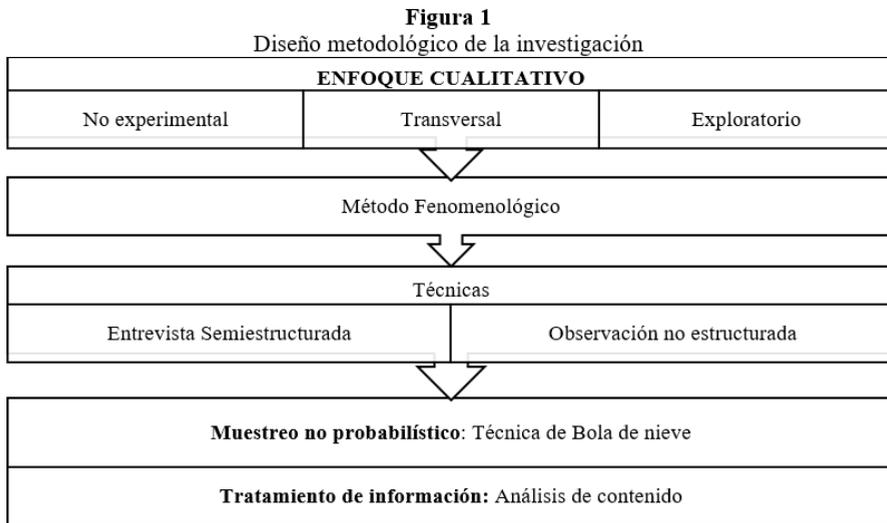
Especialidad	Características
Hueseros y sobadores	Son aquellos que se dedican principalmente a la composición de huesos, a manipular dislocaciones y curar los dolores del cuerpo, todo ello por medio de la manipulación ósea y la sobada
Parteras y parteros	Quienes se reconocen por la atención que ofrecen a la embarazada antes, durante y después del parto
Yerbateros y yerbateras	Son los especialistas con vasto conocimiento de plantas medicinales de la región y efectúan la curación por medio de estas, incluso con elementos de origen animal
Flebotomiano o sangrador (ah tok´)	Aunque hoy no se considera una especialidad por separado, es quien utiliza un colmillo de culebra (serpiente), un hueso de pez, el espino de una planta, o un simple pedazo de vidrio para realizar la sangría (tok´), medio por el cual deja escapar los malos aires o alivia el dolor haciendo fluir la sangre mala.

Fuente: Elaboración propia a partir de Gubler (2006).

Otro aspecto relevante por considerar dentro de la cosmovisión maya, son las enfermedades culturalmente delimitadas por ésta, las cuales son determinadas desde la práctica, costumbres y tradiciones de las comunidades; además consideradas como exentas del tratamiento médico porque sólo pueden ser curadas desde remedios con plantas o por la intervención de un médico tradicional. Estas enfermedades según Figueroa (2017) son: Pasma, Mal viento o k´aas ik, Mal de ojo, Cirro o tip´te o el k´i´inam, término utilizado al momento de referirse al dolor físico en las personas.

Metodología de investigación

El estudio se concentró en mujeres que tienen conocimiento de la medicina tradicional, es decir que conocen, utilizan o practican estos saberes ancestrales. Para ello se utilizó un enfoque cualitativo, con un diseño de investigación de tipo no experimental de corte transversal, cuyo alcance fue exploratorio, siendo esta metodología la adecuada para lograr el objetivo planteado.



Fuente: Elaboración propia, 2022.

Para completar con éxito la investigación se necesitó de métodos de estudio que permitieron visualizar al ser humano como una persona única capaz de vivir, sentir, experimentar y percibir la realidad de modo individual y personal. Por ello, el método empleado en la investigación es el fenomenológico, debido a que se busca entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, considerando lo que el actor percibe como importante (Taylor y Bogdán, 1987 citado en Mejía, 2011). Asimismo, se siguió a Trejo (2012) quien propone etapas del método fenomenológico que deben ser utilizados en investigaciones de corte cualitativo. Las etapas que el autor propone son: descriptiva, estructural y de discusión.

Sitio y selección de las unidades de análisis

Se tuvo como universo a las personas que tienen conocimiento o han tenido algún acercamiento con la medicina tradicional, sin embargo, la muestra consistió en mujeres que residen en la comunidad de Maní, Yucatán y cumplan con las características señaladas. El muestreo fue no probabilístico por bola de nieve, teniendo una aproximación en primera instancia con informantes clave a partir de la accesibilidad y proximidad de los sujetos para la persona investigadora (Otzen y Manterola, 2017).

De acuerdo con lo anterior, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a ocho mujeres pertenecientes al municipio de Maní, Yucatán, contemplando a cinco expertas en MT y tres cuyo acercamiento al tema reside en el apoyo en la elaboración de medicinas con productos naturales y su uso para la atención de la salud de las personas y de su familia.

La población de estudio constó de mujeres residentes de la comunidad de Maní; con un rango de edad de 29 a 80 años; con conocimiento, uso y práctica de la medicina tradicional. Todas son mayahablantes, pero también se comunican mediante el idioma español; para aquellas mujeres que únicamente se comunican con la Lengua Maya, se contó con el apoyo de una persona traductora.

Métodos de recolección de datos

Se utilizaron técnicas pertinentes al método, como: la observación no estructurada y la entrevista semiestructurada. Primeramente, se considera como técnica primordial la observación no estructurada, puesto que se observó su cotidianidad en los eventos de su contexto, de forma que se tuvo una aproximación con el fenómeno de estudio, la comunidad y permitió conocer los recursos con los que cuenta el municipio relacionado con la MT, es decir, clínicas o centros de salud, flora y fauna.

En un segundo momento se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada para el diálogo con informantes clave de la comunidad. Se aplicó a mujeres que fueron identificadas de acuerdo con el objeto de estudio, cuya experiencia integrara elementos importantes de rescatar con respecto a la MT, con el propósito de

reconocer a detalle las manifestaciones de participación comunitaria que favorezcan a la promoción de la MT. Cada una de las ocho entrevistas, tuvo una duración promedio de 45 minutos, las cuales fueron audio grabadas para fines de transcripción y análisis de los datos, con previo consentimiento de las participantes.

Posterior a ello, se procedió a la técnica de análisis del contenido, la cual permite una descripción objetiva y sistemática de los datos, para interpretar el sentido del discurso; de tal forma que, una vez transcritas las entrevistas, se continuó con una lectura sistemática y objetiva con el propósito de analizar las categorías planteadas, pero con la flexibilidad de integrar aquellas que surgen de la recolección de los datos y la codificación (Nicolini, 2015).

Discusión de los resultados

Una aproximación a las características socioeconómicas de la población

La investigación se realizó en el municipio de Maní, Yucatán, cuya población de estudio se delimitó a mujeres informantes clave que tengan relación con la MT. Por consiguiente, resulta importante conocer las características de las participantes, mismas que se presentan en la siguiente tabla en la se visualiza que en la población participante la edad promedio es 55 años encontrando que en su mayoría son adultas mayores (65 años o más). Maní, al ser un municipio que se caracteriza por sus artesanías, en su totalidad las mujeres refieren desempeñarse en algún trabajo informal de bordado o urdido de hamaca, siendo esta una fuente de ingreso que contribuye al gasto familiar; además de realizar actividades como rezadoras o, bien, colaboran en el cuidado de las parcelas en la siembra de naranja cuyo producto se exporta hacia Oxxutzcab

Tabla 2
Datos socioeconómicos de la población.

Entrevistada	Edad	Estado civil	Ocupación	Maya hablante	Persona de quien aprendió MT	Especialidad en la MT	Años que practica	Participación en grupos comunitarios de MT
E1	54	Casada	Promotora de U Yits Ka'an Artesana	Si	Abuela y madre	Trabaja Miel	4 años	Si
E2	67	Casada	Ama de casa Artesana	Si	Madre	Partera/Sobadora	18 años	No
E3	67	Casada	Artesana	Si	Abuela	Partera/sobadora	25 años	Si
E4	80	Casada	Trabajo en Parcela Artesana	Si	Padre	Hierbatera	30 años	No
E5	78	Casada	Artesana y rezadora	Si	Suegra	Sobadora y hierbatera	20 años	Si
E6	71	Casada	Artesana	Si	Madre	Ninguna	20 años	No
E7	29	Casada	Empleada y artesana	Si	Suegra y suegro	Ninguna	Utiliza	No
E8	35	Soltera	Artesana y trabajo en Parcela	Si	Padre	Ninguna	Utiliza	No

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Otro dato es acerca de la lengua maya, el total de mujeres dominan la lengua maya, hablan y entienden el idioma español, solamente una participante entiende, pero no habla español. Tan solo en Maní, la población de 3 años y más que aún hablan el idioma maya son 3998 (INEGI, 2020), característica que demuestra la relevancia de la perspectiva intercultural dentro de las instituciones de atención a la salud.

Por otra parte, se identificó información acerca del conocimiento y acercamiento que tienen las participantes con la MT, en la cual se observa la presencia indiscutible de las mujeres en la transmisión de conocimiento de una generación a otra. Las mujeres, sean madre, abuela o suegra, son las que principalmente instruyen a las mujeres de nuevas generaciones para continuar con la práctica, o bien, en la utilización de estas prácticas en atención a la salud.

Las especialidades de MT que desempeñan las mujeres son diversas, desde parteras, sobadoras y hierbateras; asimismo, son dos las informantes quienes a pesar de no ejercer alguna especialidad de la medicina tradicional, utilizan este medio para atender su salud, mismas que tienen un amplio conocimiento de plantas medicinales y saben elaborar medicinas a partir de hojas, tallos y raíces para enfermedades

simples como dolor de estómago, calentura, tos, gripa y vómito, por mencionar algunos ejemplos.

Conceptualización de participación comunitaria

Conocer la conceptualización que tienen las personas a cerca de la participación comunitaria resulta fundamental, puesto que a partir de ésta se identifica la importancia que se le otorga a las actividades que se realizan dentro del espacio comunitario a favor del desarrollo y bienestar colectivo. En el caso de la conceptualización que poseen las personas participantes, se pueden identificar elementos propios de la participación, pero que hacen referencia a elementos generales del concepto, acotando las expresiones a cuestiones electorales o eventos organizados por el gobierno.

“Es cuando la gente se junta en algún lugar para hablar así de cosas que afectan al pueblo, participar así en eventos para que el gobierno sepa que hay de malo y ellos así puedan trabajar” (E6).

A pesar de no contar con un concepto puntual de participación comunitaria, la toma de conciencia sobre el valor de la participación se encuentra dentro de las acciones que realizan a favor de la comunidad en temas de salud, como lo es en el involucramiento activo en programas de salud, además que las acciones que realizan en lo individual, familiar y en la misma comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. Sin embargo, Vázquez, Tzec y Castro (2019) exponen datos que demuestran el bajo nivel de participación de las mujeres del municipio de Maní en el ámbito comunitario, encontrando que las principales formas de participación son la social, la política y la ciudadana.

Conceptualización de Medicina Tradicional

La conceptualización sobre la MT difiere de la región, pero integra los elementos que caracterizan a esta práctica ancestral. A pesar de no contar con una definición rigurosa, las personas entrevistadas reconocen los fundamentos de su práctica.

Tabla 3
Definición de Medicina Tradicional de las participantes de Maní

Entrevistada	Definición	Categorías de análisis
E 2	Pues eso de las hierbas, las plantas que curan a las personas y que nos regaló dios, los árboles conocidos que ayudan a mejorar la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Plantas • Mejorar la salud
E 3	La medicina que sale de la naturaleza, que no tiene tanto químico que no hace daño a las personas, pero a la gente ya no le interesa, porque a veces no solo plantas se utilizan sino también las raíces, a los animales como por ejemplo la carne del cascabel.	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos naturales • No contiene químicos • Raíces • Elementos de origen animal
E 5	Pues es lo que haces, dejar bien a las personas, con cosas que tenemos alrededor (señala las plantas) y que es importante porque es pecado no atender a los enfermos cuando viene a pedirte la ayuda	<ul style="list-style-type: none"> • Plantas • Ayuda al prójimo

Fuente: elaboración propia, 2022.

Cabe añadir que, dentro de las aportaciones sobre la conceptualización de MT, las personas reconocen la importancia de su actuar dentro de la comunidad, identificando la fuerte influencia de las creencias religiosas en su asistencia de salud tal como lo señala la entrevistada 8, entendiendo que el hecho de negarle la atención a alguna persona puede considerarse un pecado porque no se “*está curando a un hijo de Dios*” (entrevistada, 7).

Además, el aprendizaje de estas prácticas es considerado un don, razón por la que no cualquier persona está destinada para tener el interés de aprenderlo; en aportaciones de Hirose (2018), dentro la tradición maya este don se manifiesta a través de sueños en el cual se tiene un encuentro con los antepasados, espíritus u otras fuerzas supremas, mediante el cual se recibe un mensaje del destino como curandera/curandero a manera de iniciación, que le permite obtener el conocimiento de los procesos de tratamiento-curación.

Sin embargo, lo anterior, no es la única forma de aprendizaje de MT también se hace hincapié en la transmisión de conocimientos en forma de herencia por parte de familiares como abuelas, abuelos, tías, tíos, madre, padre, y otras personas, tema que resulta de interés para la presente investigación, puesto que, a pesar de no autodenominarse como médicas y médicos tradicionales, poseen conocimiento de curación y tratamiento de enfermedades a base de plantas que aplican con familiares, así como con personas de su círculo social más cercano.

Capital social y medicina tradicional

El capital social como categoría de análisis, permitió identificar a la MT como un elemento cultural que favorece el desarrollo y bienestar comunitario, no sólo por las aportaciones que tiene sobre la salud de la gente, sino por reconocer el papel que desempeñan las personas en el intercambio de conocimientos ancestrales a través de las relaciones interpersonales, dando importancia a lo tradicional y dejando atrás el sentido peyorativo a este término como algo atrasado, para garantizar su reconocimiento, respeto y legitimidad, tanto de la ley como de la sociedad.

La Confianza como elemento primario para la promoción de la medicina tradicional y desarrollo social

En lo que atañe en la MT, la confianza en esta práctica y sus beneficios a la salud es un factor que ha permitido al continuo uso de esta medicina complementaria o, en otros casos, demuestra la resistencia a su uso de algunas personas que no confían en la eficacia de estos métodos naturales.

“Hay gente que viene así y no lo cree, y me dicen hasta que yo quede bien te pago, y les digo ta [esta] bueno, me dice el señor cuanto va a ser doña en que sancochaste la medicina de mi esposa y le digo 50 pesos y me dice si queda bien te voy a dar 500 pesos, ahí esta se fue, regresó a los dos meses y me pagó quedó bien su esposa, vienen de Mérida yo ni sé si iba a volver a pagar” (E 5).

De manera que, la confianza en cuanto a la MT se da en ambas partes, es decir, tanto en quien utiliza como las y los médicos tradicionales; las participantes manifiestan que la confianza es un medio que contribuye a la recomendación de la práctica medicinal, ya que al notar la efectividad de las plantas medicinales o sobada, las personas expresan su experiencia e incentivan a otras personas a utilizarla.

Asimismo, se menciona la confianza que se les tiene a las personas que ejercen la MT, puesto que mencionan “no con cualquiera vas, llegas a conocer quienes saben y quienes no porque te lo dicen tus familiares que ya han ido” (E, 8). Dicha expresión refiere, además de la preparación que tiene la persona medico tradicional, el grado de

confianza que se le tiene, ya sea porque es recomendada por algún familiar o, tiene reconocimiento en la comunidad, dejando en evidencia la importancia de la opinión de la comunidad en cuanto al trabajo medicinal de las personas.

Para cerrar con el análisis de la confianza, se demuestra que una de las bondades de la MT es la atención desde el contexto cotidiano, es decir, con personas con las que se tiene algún acercamiento o vínculo; incluso, en las comunidades maya-hablantes la atención se da en lengua maya, la cual permite una comunicación directa entre especialista-paciente:

Por ejemplo, de mis seis hijos, ninguno me llevó al doctor, todos me atendieron por partera una misma partera, (...) es que me da confianza que me atiendan aquí en mi casa, con las personas que conozco, por ejemplo, mi nuera dos de sus hijos nacieron aquí en su casa, pero se murió la partera y ya nadie más lo siguió. (E,1).

La medicina tradicional: generadora de la sinergia comunitaria

Sin duda, las comunidades mayas, como lo es el municipio de Maní, cuentan con recursos que los hacen potencialmente importantes en la preservación de las manifestaciones culturales y conocimientos ancestrales, siendo uno de estos los recursos sociales, es decir, “aquellas redes interpersonales por las cuales se comparten los saberes” (Hirose, 2018, párr. 6); es indiscutible que una de las principales formas de transmisión de conocimiento del uso de la MT es a través del diálogo entre las personas con la que se tiene relaciones interpersonales cercanas como la familia, vecinos, entre otros.

De manera que, la individualización desacredita acciones de servicio al prójimo para el bien común, misma que afecta a la construcción de redes sociales sólidas que caminan hacia el bienestar, además de contribuir en un pensamiento competitivo, comercial y donde los problemas son responsabilidad únicamente de las personas quienes lo padecen.

Aquí en Maní hay muchos que saben sobar y saben preparar la medicina, a veces me dicen cosas que por que cobro barato que por eso tengo la gente que viene a verme (clientes), pero si los estás viendo enfermos ni modos que le cobre mucho, si así enfermos ni pueden trabajar (E,2).

A partir de los testimonios anteriores, se visualiza que la formación de redes de apoyo que favorezcan la configuración de acciones autogestoras para promocionar la MT se encuentra desarticulada debido a la mentalidad competitiva. Esto, a su vez, limita a la formación y/o participación en grupos formales o informales entre las personas con conocimiento de MT para nutrir su saber y conocer nuevas alternativas, puesto que en palabras de la entrevistada 8 “hay personas que son celosas con lo que saben”.

Otra de las formas en las que se manifiesta la creación de redes sociales en la comunidad se presenta en la denominada ayuda al prójimo, debido a que las mujeres médicas tradicionales consideran que es necesario apoyar a las personas cuando se encuentran en una situación de necesidad, generando, no sólo lazos de confianza entre ellas, sino redes que ofrecen apoyo de tipo social:

Yo pienso que no es bueno cobrar muy caro, porque digo, pobre la gente así, sino gana mucho, si solo gana 100 pesos y les voy a cobrar 350 pesos la sobada ¿qué le va a sobrar? ¿De qué van a comer sus hijos? Es lo primero que pienso los hijos Yo lo pienso así, como dicen es medicina para nosotros que somos pobres (E,3).

Retomando lo anterior, también se identifica que la MT es considerada como una medicina que se encuentra al alcance de las personas de la comunidad dado su cercanía, accesibilidad económica y con mejor entendimiento a la realidad que se vive dentro del municipio, las participantes lo denominan como de pobres quienes no tienen la accesibilidad a servicios de salud de calidad o, bien, para acceder a especialistas o servicios particulares.

La reciprocidad como eje generador de la cooperación

La reciprocidad facilita la cooperación entre las personas y, por ende, la cohesión para el trabajo mutuo encaminado hacia el cumplimiento de metas tanto individuales como colectivas. Lo anterior se puede visibilizar en los testimonios de las participantes, puesto que la reciprocidad no sólo lo identifican al recibir un pago por su servicio, más bien, cuando en la comunidad se les reconoce su labor, además de

fungir un papel al que se respeta y forma parte del patrimonio de la comunidad.

Me siento bien, porque aquí en el pueblo si es importante, porque a veces hay personas que se enferman y no tienen dinero para atenderse, si yo les puedo ayudar lo hago, porque sé que también cuando yo lo necesite no faltará alguien que me pueda echar la mano (E,1).

Y es que la reciprocidad es un factor que motiva a las personas a servir a los demás habitantes de la comunidad; las hace sentir importantes, respetadas y, además, contribuye a continuar con el legado utilizando su conocimiento al servicio de la sociedad. Es necesario señalar que la retribución monetaria también forma parte de la reciprocidad; no obstante, se identifica mayor importancia a lo no económico, ya que se considera que estos son aquellos que favorecen al capital social, forjando redes sociales y fortaleciendo la confianza hacia las médicas tradicionales.

Manifestaciones de participación comunitaria

En ocasiones, y como se ha observado en los resultados de conceptualización, las personas no comprenden la dimensión de la participación comunitaria, por tanto, no identifican con claridad cuáles son aquellas acciones que forman parte de este tipo de participación. Si bien, como se abordó en la revisión de la literatura, la participación comunitaria no sólo se limita a las relaciones que se establecen entre las personas, sino que se dirige a la cohesión comunitaria para la autogestión y colectividad encaminada hacia un desarrollo y bienestar social.

La utilización de la MT en la salud comunitaria

Partiendo de los grados de participación comunitaria, se presenta la utilización como forma esencial en la cual se sigue dando promoción a la MT, el papel que desempeñan las mujeres en este grado demuestra las aportaciones en cuanto a la salud y bienestar familiar, dado que al ser las principales cuidadoras buscan las estrategias para atender sus necesidades de salud de acuerdo con los recursos con las que cuentan en su contexto y a los aspectos económicos.

Y es eso, ¿si no tienes seguro? ¿si solo trabajas en la milpa o en la parcela como le haces? No tienes dinero para pagar a un particular mejor te atiendes con lo que te dan acá (E,6)

Nuevamente se visualiza como el factor económico es relacionado directamente con el uso de la MT, al considerarlo como una alternativa de bajo costo, pero que sin duda es un elemento que influye en la continuidad de su uso a pesar de los años. Otro de los factores que influyen en el uso de MT son los beneficios que posee en cuanto a lo intercultural y la cosmovisión que se tiene en la población maya de la salud-enfermedad; En esta línea, se puede encontrar como bondades de la MT es el apego a las creencias de las personas, cuidando y respetando las formas de pensar, los tiempos que dicta la naturaleza para la salud-enfermedad, aspectos que pueden no encontrarse en la atención alópata que ofrecen las instituciones de salud dando origen a las violencias institucionales, como es el caso de la violencia obstétrica.

Por otra parte, se encontró que el enseñar desde la niñez el uso de la MT influye que en la edad adulta se tenga mayor confianza, adaptándose a las prácticas y a las formas de tratarse las enfermedades, por lo que se considera como una forma por la cual se mantienen en vigencia este conocimiento ancestral.

Es como por ejemplo mi chan hija, me dice me duele mi barriga mamá voy a buscar el siinsim para que me lo prepares, ella misma va a buscarlo y me trae, ya lo sabe, y lo agarra y le gusta tomarlo (E,6).

En síntesis, a pesar de que la utilización no representa un grado de participación auténtica, se identifica que la transmisión del conocimiento y uso de la MT se presenta principalmente en el seno familiar, denotando que este ámbito es esencial para su permanencia y promoción entre las personas involucradas, para después compartir con la comunidad.

Las asistentes, la cooperación de las mujeres portadoras de conocimiento.

Es importante recordar que cuando se habla de la cooperación en la participación comunitaria se hace referencia a la asistencia que se

realiza para llevar a cabo planes o programas o, bien, alguna acción a favor de la salud. Desde el contexto de la presente investigación, las características se les atribuye a aquellas personas, en este caso mujeres, que participan dentro del proceso de atención a la salud. En otras palabras, aquellas mujeres que se encuentran indirectamente involucradas en la atención a las personas usuarias, ya sea desde la búsqueda de material, preparación o asistencia en actividades específicas, por lo cual indiscutiblemente poseen cierto grado de conocimiento.

Dichas actividades, se van inculcando desde la niñez, y se van encomendando mediante etapas, es decir, va desde lo más básico hasta preparar a la persona para que afronte situaciones más complejas; esto también se relaciona con la cosmovisión, puesto que no a cualquier persona le gusta aprenderlo y esto se debe a que si es elegido o no (poseer un don).

Pues eso mismo les digo nadie, mi hija lo prepara, ella lo prepara, pero no tiene la paciencia para buscar las plantas y atender a los pacientes (E,4).

El finado de mi esposo trabajaba, así como él decía la cultura, porque era, yerbatero y sacerdote maya, yo solo soy partera el hacía hasta bodas mayas, todo lo que es de milpa las ceremonias (...) pero eso de la entrega solo él lo hacía porque es hombre, yo sólo lo ayudaba a preparar las cosas que va a llevar (E,3).

Ante este panorama vale la pena destacar tres elementos: a) el gusto por colaborar en los procesos, más no en todas las actividades que implica completar la atención con medicina tradicional, lo que genera un conocimiento a medias; aunado a ello se encuentra b) al no estar involucradas en su totalidad, las mujeres ya no se consideran médicas tradicionales, puesto que sólo conocen algunas cosas. En este nivel de participación, el papel que desempeñan las mujeres es importante para llevar a cabo las acciones a favor de la salud; sin embargo, no se puede considerar como una participación completa.

El tercer elemento por destacar es c) la división del trabajo por género, en la cultura maya el “sistema de género juega un papel muy importante en el desarrollo del territorio, pues generalmente a través de él se ordena y organiza la vida social, económica, cultural y política de una sociedad concreta” (Paredes, Vaisman, Méndez y Paulson 2011,

p.2). Dentro de la medicina tradicional, es común encontrar a mujeres parteras y a los hombres desempeñando especialidades de hueseros, yerbateros y h́menes, o los conocidos sacerdotes mayas, quienes realizan ritos ceremoniales, bodas, Cha Chaak, Ritual del Balché, entre otras.

Ahora bien, el enseñar los aspectos básicos de la MT, en el caso del municipio de Maní se presenta por factores socioculturales y como parte de la cotidianidad. Tal como se ha estado señalando, el conocimiento y reconocimiento de las plantas medicinales se enseña en muchas ocasiones desde la niñez por diferentes factores; no obstante, estos permiten que en un futuro las personas que cuentan con cierto conocimiento de MT o bien, continúen transmitiendo el conocimiento a otras generaciones, en especial el respeto a las plantas y animales; este último se puede visualizar en el rito del Pa'puul, ceremonia tradicional de la comisaría de Tipikal, en Maní

En suma, la cooperación en la participación comunitaria se observa como parte fundamental en el seguimiento, promoción y preservación de la MT, si bien, no es la participación completa que se desea para una mayor incidencia en la comunidad, pero sus aportaciones han contribuido significativamente en la salud comunitaria. De esta manera, su papel dentro la atención y prevención de las enfermedades es importante, ya que favorecen escenarios propicios para las y los médicos tradicionales mediante su asistencia antes, durante y después del proceso de curación; son personas que poseen conocimiento, creen en la MT y, por ende, dan testimonio de los beneficios de esta práctica, incentivando su uso, así como inculcando a las nuevas generaciones el respeto, no sólo a la MT, sino también a los elementos que la integran como lo son la flora y la fauna.

Mujeres médicas tradicionales: articulación entre la comunidad y la institucionalidad.

Una de las participaciones ideales a alcanzar dentro del contexto comunitario es cuando las personas se involucran y forman parte activa en la toma de decisiones, en propuestas, así como en la búsqueda de soluciones a problemáticas o necesidades en concreto, en este caso relacionados con la MT en atención a la salud. En Yucatán se puede encontrar diversos programas que fomentan el uso de la MT, además de

que incluyen la capacitación y articulación de este sistema medicinal con la medicina alópata.

De las ocho mujeres participantes en este estudio, solamente una se encuentra registrada en los programas gubernamentales vigentes, una participó en años anteriores y no le dio seguimiento, y una que participa en la escuela de agricultura ecológica del municipio. Se identificó, que una de las razones principales por la cual las mujeres participan en actividades y programas es por el gusto y ganas de aprender más sobre el tema, técnicas, medicación, así como la convivencia que se forma con demás personas que tienen el compromiso de ofrecer servicios a su comunidad, cuidar de la salud de las personas y con el “deber” que tiene por proteger su conocimiento. Asimismo, consideran que el participar favorece, no solo a tener mayor acceso a beneficios y capacitarse, sino también como una forma de dar a conocer lo que hacen, que la MT sea reconocida y respetada.

Si me dan capacitación, voy al hospital, me he ido a Tekax, Akil, Teabo, últimamente me fui a Peto, para hacer un intercambio de experiencias. Las parteras se reúnen, nos preguntan que como vamos sobando, hay una viejita que va que tiene más de 100 años y sigue sobando su chan nieta la cuida y me parece que lo está aprendiendo, así me pasó a mi yo empecé a ir desde que andaba con la difunta de mi suegra. (E,5).

Las mujeres se están organizando, están creando tejido social a favor de la salud de su comunidad y estos elementos son vitales para reconocer la participación comunitaria. De las entrevistadas, solamente tres están directamente relacionadas con este grado de participación, se pudo identificar que otras entrevistadas tienen el deseo de tener una participación activa, pero encuentran algunas barreras para lograrlo.

Si me gusta participar, pero en que está enfermo el señor (su esposo), casi ya no puedo salir, a veces me comprometo, pero se retienta y ya no puedo salir, me tengo que quedar cuidándolo y ya no salgo, antes era diferente porque no estaba enfermo (E. 2).

Entre las barreras de participación se identificó las relacionadas con la categoría de género; Betancur (2019) señala que entre los factores socioculturales e históricos que limitan la participación de las mujeres se encuentra vinculados con la esfera doméstica, es decir, el cuidado de

hijas e hijos, el desempeño de labores del hogar o en el cuidado de algún familiar que presenta padecimientos, como es el caso de la entrevistada 2. Otro factor que restringe la participación de las mujeres es el aspecto cultural como el machismo, en este caso la situación de posesividad y/o celos por parte de la pareja, e incluso de otros familiares como las y los hijos, quienes impiden acudir a reuniones, dedicar su tiempo a actividades que son fuera del hogar y no a procurar el bienestar de su familia.

En síntesis, la participación de las mujeres en este grado de involucramiento sí está presente en el municipio de Maní, son pocas, pero su trabajo es valioso puesto que visibilizan, no sólo la importancia y promoción de la MT, sino también que como mujeres van ganando mayores espacios para su organización.

El papel de las mujeres en la promoción de la medicina tradicional

Como se ha plasmado en los resultados planteados con anterioridad, las mujeres desempeñan un rol importante dentro del desarrollo de la comunidad, desde el ámbito económico, social, cultural y de salud, como en el caso de la MT, donde las mujeres son actores clave. Si bien, la MT a través de los años ha estado inmerso en diversos. Al plantear la interrogante ¿Dónde aprendió acerca de MT? Seis de ocho mujeres entrevistas señalaron que el aprendizaje lo obtuvieron de alguna mujer de la familia, como lo es la madre, suegra, abuela y tías. Y es que esta enseñanza va desde usar la MT en la salud propia hasta aprender de técnicas, preparación y atención al paciente, lo que demuestra la influencia de las mujeres como guardianas de este conocimiento ancestral.

De acuerdo con la tradición maya, comúnmente las personas sucesoras del conocimiento medicinal son familiares cercanos como hijas, hijos, nietas, nietos, por mencionar algunos, pero considerando de manera especial al más pequeño (al t'uup, como se dice en las comunidades mayas). Esto se debe a que en la cosmovisión maya lo más pequeño es lo más poderoso como, por ejemplo, el dedo pequeño, los aluxes más pequeños, y más (Hirose, 2018).

Para resumir, la contribución de las mujeres en la promoción y preservación del conocimiento de MT las posiciona como actores clave, conocedoras de cultura; mujeres sabias que han procurado el bienestar

tanto de su familia como de la sociedad al adquirir conocimientos acerca de la selección, cultivo, cuidado y uso de plantas medicinales, así como técnicas ancestrales para la atención de padecimientos, partos, entre otros. A pesar de las grandes aportaciones de las mujeres a la salud comunitaria, ha sido una actividad desvalorizada tanto en lo social como económico, que minimiza su contribución al bienestar social.

Conclusiones

Medicina tradicional: un tema de derechos humanos

Unaj u kaláanta'al u toj óolal kaj náalo'ob, forma en la que se traduce en lengua maya el derecho a la protección a la salud, pero la pregunta es, en el acceso al Derecho a la salud, ¿cómo se traduce en las diferentes realidades y contextos de las personas indígenas del país, en especial en la población maya? Entre los derechos más transgredidos de esta población está el acceso a los servicios de salud, y es que en el transcurso de la historia se ha dejado a los pueblos indígenas en una situación de precariedad donde la vida digna, en cuanto a servicios, es una utopía.

Bajo este contexto, se retoma la interrogante ¿Cuál es la perspectiva de las mujeres acerca de la MT como medio de atención a la salud de la comunidad? Se encontró que las mujeres reconocen el papel importante de la MT dentro de la comunidad, dado a los múltiples beneficios para las personas de Maní, no sólo en el ámbito de la salud, sino también en la cultura (entendiendo el origen de ciertas enfermedades desde la cosmovisión maya), fortalecimiento de las redes sociales y cuidado del medio ambiente a través de la conservación de recursos naturales que se utilizan en el proceso de atención y curación de padecimientos.

En virtud de ello, la MT es concebida como un regalo, un don divino que no toda persona posee, dicho conocimiento al provenir del creador es un medio por el cual se cuidará a las y los hijos de Dios. A partir de este pensamiento, se logra crear la sinergia en la comunidad, creando redes de apoyo y confianza al no poder negar la atención a una persona con algún padecimiento y/o dolor, así como también el costo de la atención debe ser acorde a las necesidades y contexto (económico) de

las personas usuarias, puesto que al hacer lo contrario, se va en contra de los principios y de los mandatos de Dios.

Una actividad de suma importancia para la conservación de la medicina tradicional es el cultivo, cuidado y enseñanza de las plantas, puesto que, a diferencia de sólo sembrar, las personas de la familia, en especial las mujeres son las encargadas de enseñarles a los niños los usos de cada planta con relación a la cura o tratamiento de enfermedades. El uso de la MT dentro de las familias yucatecas, para tratar o curar enfermedades comunes como la gripa, resfriados, diarrea, vómito, cálculos renales, entre otros, ha permitido conservar el uso de las plantas medicinales desde el ámbito doméstico, es decir, sin necesidad de acudir a una persona experta en MT, sino únicamente con el conocimiento que adquieren a través de familiares, principalmente abuela, mamá y tías, resaltando a la figura femenina como principal promotora.

El género como limitante de participación y promoción de la Medicina Tradicional

Uno de los principales factores que limitan la participación de las mujeres en actividades de promoción de la MT y en actividades en general en el ámbito comunitario, es por el papel que desempeñan como personas cuidadoras del hogar, de las hijas e hijos, de personas adultas mayores (como padres y/o suegros), personas con discapacidad o alguien con enfermedades crónico degenerativos.

Esta situación ha generado en la sociedad y, en este caso a las mujeres médicas tradicionales, desigualdad al acceso de oportunidades, limitación en el involucramiento de programas o actividades relacionadas con sus conocimientos e incluso violencia y prohibición de practicar la MT en su vivienda al servicio de la comunidad, ya que el constructo social asigna que la mujer se debe ocupar únicamente en el cuidado y administración del hogar.

Aunado a ello, se visualiza como las mujeres experimentan las consecuencias de una doble o triple jornada en su diario vivir, a partir de realizar actividades domésticas, estar empleadas en un trabajo informal fuera del hogar o bien emprendiendo desde la elaboración de artesanías u otro tipo de actividad que le genere alguna ganancia económica como es el servicio de MT, misma que representa un aporte

significativo para la economía familiar y por supuesto para la calidad de vida de las mujeres.

A manera de conclusión, se reafirma el papel fundamental de las mujeres en la promoción y conservación de la medicina tradicional, así como de las diversas costumbres y tradiciones de cada comunidad. Las mujeres, históricamente, han sido invisibilizadas al no reconocer su labor dentro del desarrollo social, su actuar en el ámbito privado hasta aquellas aportaciones e impacto que tienen en el espacio público.

Los aportes significativos que la MT ha dado a la sociedad han originado que tanto a nivel local, nacional e internacional, el Estado se ocupe de su protección y promoción, mediante medidas legales, acuerdos, así como programas que promuevan su valorización. No obstante, a pesar de los esfuerzos, queda un largo camino que recorrer para garantizar que los saberes de medicina indígena continúen en las siguientes generaciones; aunado a ello, el rescate de la flora y fauna que está en peligro de extinción y que son indispensables en el proceso de atención a la salud.

Indiscutiblemente, la participación comunitaria de las mujeres es un pilar en la transmisión de conocimiento, han desarrollado estrategias para compartir y adquirir conocimiento sobre cómo seleccionar, cultivar y utilizar las plantas medicinales, favoreciendo a los avances en el reconocimiento de la MT. En contraste, muchas mujeres contribuyen en la promoción de la MT dentro de la esfera privada como parte de las labores domésticas y de cuidados, minimizando los aportes femeninos en la conservación de los saberes mayas.

En esta misma línea, el tema de la participación comunitaria no es ajeno a las y los trabajadores sociales, quienes desde su bagaje teórico metodológico, tienen las herramientas necesarias para intervenir en la política pública, proponer programas y/o proyectos sociales encaminados a la promoción de la cultura, tradiciones, en este caso, la medicina tradicional como una alternativa para fortalecer la atención a la salud de las comunidades indígenas, así como también generar impacto en otras esferas emergentes como lo es el cuidado del medio ambiente.

Para efectos de este estudio, se hace hincapié al derecho a la participación de las mujeres médicas tradicionales en la creación de estrategias que favorezcan la promoción, valorización y dignificación de la MT, en la ellas sean las protagonistas que con su voz y

experiencias logren generar verdaderos procesos de cambio. Sin duda, es todo un campo de intervención donde los Derechos Humanos son el eje transversal, lo que lo convierte en un escenario propicio donde el Trabajo social debe estar presente.

Referencias

- Betancur, J. (2019). Barreras de género para la participación social, un análisis desde la percepción de los habitantes de la comunidad de Sotuta, Yucatán. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma de Yucatán, México.
- CEPAL (2013). Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos. Recuperado de <http://xurl.es/9zzx6>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2019). Demanda CNDH reconocimiento y respeto a la partería tradicional ante la violencia obstétrica, y afirma que parir y nacer sin violencia es un derecho humano y esencia misma de esa práctica ancestral. Recuperado de <http://xurl.es/1i2ap>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2019). La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural. Recuperado <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf>
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (2014). La participación de las mujeres indígenas en la conservación del patrimonio cultural. Recuperado de <https://cladem.org/>
- Correa, C. (2002). Protección y promoción de la medicina tradicional: consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo. Universidad de Buenos Aires
- Durston, J. (2000). ¿Qué es el capital social comunitario? Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5969/1/S0007574_es.pdf

- Ferrer H. M, Borroto Z., Sánchez C., y Álvarez V. (2001). La participación de la comunidad en salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 268-273.
- Figuroa, A. (2017). Globalización, conocimiento tradicional y uso de recursos naturales para la atención de la salud en Cobá, Quintana Roo. (Tesis de Maestría). El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- Gobierno del Estado de Yucatán. (2018). Plan Estatal de Desarrollo. Recuperado de <http://xurl.es/53mgg>
- Gubler, R. (2006). El papel del ritual y la religión en la terapéutica de los curanderos y h-meno'ob yucatecos actuales. *Anales de antropología*, 40 (1), 133-166.
- Güémez, P.M. (10 de octubre de 2017). Médicos tradicionales mayas y políticas públicas en salud. Jornadas de difusión mitos y realidades sobre políticas públicas y bienestar social. Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, UADY. Mérida, Yucatán.
- Hevia R. P. (1985). Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. *Salud pública de México*, 27(5), 402-409.
- Hirose, L. J. (2018). La Medicina Tradicional maya: ¿Un saber en extinción? *Trace* (México, DF), (74), 114-134. <https://dx.doi.org/10.22134/trace.74.2018.174>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). Panorama sociodemográfico de Yucatán. México: INEGI.
- Mejía, P. (2011). La investigación científico-social: Un debate epistemológico desde la educación. *Revista Electrónica Educare*, 15(2), 23-32.
- Nicolini, L. (2015) El análisis de contenido como técnica de investigación, Utilización del software Atlas Ti. Dirección de Estudios, Innovación Curricular y Desarrollo Docente. Recuperado de <http://xurl.es/dazmb>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estrategia de la OMS sobre MT 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, p. 227-232.
- Paredes, L.; Vaisman, R.; Méndez, J.; y Paulson, S. (2011). Género y participación: los consejos de desarrollo rural sustentable. CHAH Yucatán". Santiago, Chile: Rimisp.

- Pintado G. A. (2013). MT Maya-Yucateca: un estudio sobre esterilidad femenina. *Boletín Antropológico*, 31 (86), 154-172.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019- 2024 (2019). Recuperado de <http://xurl.es/wfrku>
- Toledo, V., Barrera-Bassols, N. y García-Frapolli, E. (2008). La resiliencia entre los mayas yucatecos: una aproximación etnoecológica. En V. Toledo (ed.), *Etnoecología de los mayas yucatecos* (p. 63-83). México: Jitanjáfora.
- Toledo, V., Barrera-Bassols y García-Frapolli (2008). *La Memoria Biocultural: la importancia ecológica de los saberes tradicionales*. Barcelona: Icaria Editorial
- Trejo, M. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101.
- Vázquez, G., Tzec, C y Castro, N. (2019). La participación de las mujeres de Maní, Yucatán, México. En Castro, M., Méndez, J y Vázquez, G. *Participación y Calidad de Vida: un enfoque desde Trabajo Social* (pp.96-117). México: Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social
- Vela, D. M. (2012) Capital social y calidad de vida de las personas en la etapa de retiro, el caso del personal naval. En M. Castro, M. Vela y R. García. *Política pública, Seguridad y asistencia social crisis en México*. (pp. 183-225). México: Miguel Ángel Porrúa

Tercer Apartado:
Obesidad Infantil, Conductas
Alimentarias, Gordofobia y
Constitución Física

Obesidad infantil: percepción corporal en escolares durante la pandemia de Covid-19

María Natividad Ávila Ortiz
Ana Elisa Castro Sánchez
Georgina Mayela Núñez Rocha¹⁶

Resumen

Durante la pandemia por Covid-19 se esperaba que aumentaran todas las formas de malnutrición aunado a los problemas de sobrepeso y obesidad que México presentaba, además otros países reportan que la magnitud de la insatisfacción con la imagen corporal se ha incrementado en niños y que frecuentemente se acompaña de estrategias para bajar de peso, baja autoestima, depresión, o bien, desórdenes alimenticios (Uribe-Salas, et al., 2018).

Se plantea como objetivo comparar en escolares por sexo y edad la figura corporal percibida como de menor y mayor peso.

El estudio asume el enfoque cuantitativo transversal en donde participaron 623 niños de 6 a 12 años, donde se determinó el estado nutricional. La percepción de la imagen corporal se obtuvo mediante la escala Collins con 7 figuras.

Entre los resultados, se destaca que el 46.7% presenta malnutrición, ya sea por bajo peso, sobrepeso u obesidad. La percepción correcta de figura con bajo peso fue mayor en las niñas con un 95.62% y en un 94.71% en niños. La percepción correcta de figura con obesidad fue mayor en las niñas con un 91.87% en comparación con el 89.73% de los niños. No hubo significancia estadística ($p > .05$) entre el género y la percepción correcta del bajo peso y obesidad.

¹⁶ Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición

En este estudio, las niñas suelen percibir en mayor porcentaje las figuras que corresponden a bajo peso y obesidad en comparación con los niños. El sobrepeso y la obesidad es mayor en comparación a los últimos datos nacionales reportados la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020.

Introducción

México es uno de los países con los primeros lugares en obesidad infantil a nivel mundial, este problema se presenta más en los estados del norte del país y en comunidades urbanas, en cambio la desnutrición se presenta principalmente en los estados del sur del país y en las comunidades rurales. Los datos más recientes reportan que 1 de cada 20 niños menores de 5 años y 1 de cada 3 entre los 6 y 19 años padece sobrepeso u obesidad, asimismo 1 de cada 8 niñas y niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica (UNICEF, 2019).

Cuando se habla de desnutrición, sobrepeso, obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, se refiere al término de malnutrición donde existen carencias, excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Todos los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición. Combatir todas sus las formas es uno de los mayores problemas sanitarios a escala mundial (OMS, 2021).

De acuerdo con Meléndez, et al. (2021) tanto la desnutrición como la obesidad hacen parte de un proceso de malnutrición, que es el resultado de una ingesta deficiente, en cantidad y en calidad de nutrientes. Una persona con estas carencias no se desarrolla normalmente y es incapaz de conservar una buena salud y resistir a las enfermedades. En consecuencia, la obesidad en la pobreza se caracteriza por tener una baja talla y un elevado peso corporal debido a la mala calidad de la dieta. Así mismo es frecuente que en las periferias urbanas haya en las familias un padre hipertenso, obeso o no, de baja talla y con posibles antecedentes de desnutrición, una madre anémica, probablemente obesa y de estatura baja, con hijos que padecen procesos infecciosos frecuentes y tienen retraso del crecimiento.

Actualmente, México carece de un programa nacional consolidado y con recursos presupuestales para la prevención de la malnutrición, capaz de contribuir a mitigar el impacto económico que la pandemia de

Covid-19 tendrá en el estado de nutrición y salud desde los primeros años de vida de un niño o niña. La buena nutrición es una parte esencial de la defensa de un individuo contra el Covid-19, pues las personas desnutridas tienen sistemas inmunes más débiles que aumentan su riesgo de enfermedad en general. Al mismo tiempo, la obesidad está fuertemente relacionada con las manifestaciones más severas de esta enfermedad en particular, incluido un mayor riesgo de hospitalización y muerte (UNICEF, 2020).

La pandemia de Covid-19 amenazó la salud y la nutrición de todas las personas en México, pero particularmente la de las niñas y los niños de los hogares más pobres, con ingresos más bajos, con un estado nutricional y de salud deficiente que ya los ponían en desventaja social. Se espera que la crisis económica por la pérdida de empleo y la reducción de ingresos, derivada de las acciones para reducir el contagio, intensificará la vulnerabilidad de estos hogares. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la crisis por Covid-19 amenaza con revertir los avances en materia de desarrollo social alcanzados por el país. En el año 2020 las niñas y los niños del país no asistieron a las escuelas, afectando la distribución de las raciones alimentarias diarias que se ofrecen en 80 mil 746 escuelas de nivel preescolar y primaria de los 32 estados del país; así como los servicios de alimentos que se ofrecen en las más de 13 mil escuelas de tiempo completo. Un elemento esencial que se implementaba para mitigar el impacto bajo peso, sobrepeso y obesidad en niños y niñas (UNICEF, 2020).

Para Min et al. (2018), la obesidad constituye un grave problema de salud a nivel mundial que ha dejado de ser una enfermedad poco frecuente, para convertirse en un problema globalizado con efectos inmediatos en la infancia, y a su vez, un problema de salud pública. La obesidad esta socialmente devaluada y altamente estigmatizada en la cultura moderna, mientras que la delgadez se asocia con la belleza, autoeficacia y éxito.

Tanto el sobrepeso como la obesidad en niños está en aumento en muchos países y a pesar de ser un problema que ha sido estudiado sistemáticamente desde hace más de 40 años aún está lejos de ser resuelto, su mayor impacto y crecimiento está ocurriendo en los países pobres y en vías de desarrollo. Se estima que por primera vez en la historia las personas obesas podrían superar a las personas con bajo

peso en todo el mundo. Sin embargo, puede que estemos ante un problema mayor pues la obesidad se acompaña con frecuencia de trastornos metabólicos (Chacín et al., 2019).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2020), en los escolares la obesidad y sobrepeso combinado representa el 38.2% a nivel nacional (18.6% vs 19.6% respectivamente), la obesidad es mayor en niños, mientras que el sobrepeso en niñas. Para el 2018 la prevalencia de obesidad en la población de 5 a 11 años fue de 17.5%. Cabe resaltar que en comparación con los resultados del 2012 hubo un aumento de 1.2 puntos porcentuales; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Al realizar un análisis de las últimas tres encuestas de la ENSANUT (2018, 2012, 2006) se encontró que, si bien la obesidad disminuyó, el sobrepeso aumentó. En cuanto al sobrepeso y obesidad por sexo, la ENSANUT 2016, señala que la prevalencia de sobrepeso (20.6%) y de obesidad (12.2%) en niñas fueron muy similares a las observadas en el año 2012, donde se obtuvo un 20.2% de niñas con sobrepeso y 11.8% con obesidad. En cambio, en los niños hubo una reducción de sobrepeso entre el año 2012 (19.5%) y en el 2016 (15.4%), que resultó estadísticamente significativa; mientras que las prevalencias de obesidad en 2012 (17.4%) y 2016 (18.6%) no fueron estadísticamente diferentes (Hernández-Ávila, et al., 2016).

En Nuevo León, de acuerdo con la ENSANUT MC (2016), uno de cada tres niños en edad escolar tiene sobrepeso y obesidad, su prevalencia es mayor con 36.2% en comparación con 33.2% a nivel nacional. Además, se observó una prevalencia mayor de obesidad en los niños 18.3%; en comparación con las niñas 12.2% (Hernández-Ávila et al., 2016). Al respecto el *Centers for Disease Control and Prevention* (2019) indica que los niños que tienen sobrepeso u obesidad en la edad preescolar tienen 5 veces más probabilidades que los niños con un peso normal de tener sobrepeso o de tener obesidad cuando sean adultos.

Sin duda, la obesidad infantil está asociada al desarrollo de múltiples comorbilidades en la niñez como diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, dislipidemias, y enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial. Aunado a esto, la obesidad infantil es un factor de riesgo para obesidad severa en la adultez, por este motivo la OMS ha hecho un llamado mundial con la finalidad de modificar las tendencias

observadas en la actualidad, pues de no ser así la cantidad de niños con sobrepeso u obesidad aumentará a más de 70 millones en todo el mundo para el 2023. De hecho, en los países con las economías más desarrolladas, la prevalencia de obesidad infantil se ha duplicado. Este fenómeno incluso ha desafiado a las lógicas de la economía y la pobreza, pues contrariamente a lo que se cree, en países con economías menos desarrolladas también se ha observado un aumento en la prevalencia de obesidad infantil especialmente desde la década de 1990 en ciertas zonas de América Latina, África y Asia (Chacín et al., 2019).

El tratamiento de la obesidad no es fácil y en la mayoría de los casos conduce al fracaso. Los resultados obtenidos a largo plazo son desalentadores y muestran que entre el 80% y 90% de los niños que han realizado un tratamiento para bajar peso, vuelven a su percentil de peso previo, siendo tasa recurrente comparable a la de los adultos. El objetivo principal de cualquier tratamiento de sobrepeso u obesidad es conseguir un peso adecuado junto a un crecimiento y desarrollo adecuado. El punto clave del tratamiento de la obesidad, por años se ha señalado que debería ser la alimentación saludable y el aumento de actividad física, pero la simplificación del tratamiento solo puede llevar al fracaso a medio y largo plazo ya que existen variables sociodemográficas, culturales y psicológicas que están incidiendo en el problema y cuya comprensión requiere que se investiguen otros aspectos que puedan incidir en la aparición y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad infantil (Tejada, 2019).

Al respecto Castro et al. (2021) señalan que predomina la idea de que el exceso de peso es de responsabilidad individual, es decir, como si no estuvieran implicados los determinantes sociales, estructurales y macroeconómicos, sino que esencialmente el sobrepeso y la obesidad obedeciera a determinantes “personales” y así se continúa plasmando en los distintos programas nacionales de salud en este siglo XXI; que señalan que es suficiente que las personas sean disciplinadas con las porciones y tipo de alimentos y bebidas que consumen.

Para la planificación y el desarrollo de los procesos cognitivos acerca de la obesidad se debe contemplar la naturaleza social, ontológica y axiológica de ese concepto. Además, estos procesos deben ser contextualizados y considerar el seno familiar, el escenario escolar y el comunitario, así como la sociedad en general, pues desde antes del ingreso a la escuela, se comienzan a gestar creencias acerca de la

obesidad. Es decir, para lograr el cambio deseado acerca de la obesidad y el conocimiento sobre esta problemática se requiere la confrontación de sus conocimientos mediados por la experiencia de aprendizaje. Se ha estudiado poco el autoconcepto que las niñas y los niños tienen de la obesidad y las expectativas que genera esta condición, aspectos que deben ser tomados en cuenta en la conducción de los procesos de enseñanza y aprendizaje informales y formales acerca de la prevención de la obesidad.

El primer paso para evitar la obesidad es identificarla, en este sentido la percepción juega un papel relevante; además, si existe la identificación temprana de un estado de sobrepeso permite iniciar anticipadamente medidas que eviten la obesidad (Zamudio-Solorio y Muñoz-Arenillas, 2016). Es por lo que en este estudio se considera importante conocer si los escolares logran identificar el exceso y bajo peso que son parte de una malnutrición. En caso de hacer una intervención este dato sería importante a la hora de diseñarla a partir de los resultados, los escolares darán la pauta para determinar que tanto identifican el bajo peso y obesidad, se pondría especial atención a los niños que no lograron reconocer el bajo y exceso de peso, ya que se considera importante que los niños reconozcan estas condiciones y tomen conciencia y a la vez la detección del problema no sea un obstáculo para el abordaje y la resolución de la malnutrición. Como indican Origlia y Zurro (2017), este tipo de trabajos en los que se enfoca la opinión del niño ayudan a fomentar su empoderamiento y así él mismo pueda reconocer sus inquietudes y tomar decisiones hacia su propio bienestar. Por lo cual esta investigación se planteó como objetivo comparar en escolares, por sexo y edad, la figura corporal percibida como de menor peso y la de mayor peso.

Método

El diseño del estudio fue cuantitativo transversal mediante el cual se identificó la percepción de la imagen de bajo peso y obesidad por medio de un instrumento de figuras. La población de estudio fueron niños y niñas de 6 a 12 años que asistían a escuelas primarias públicas de 1° a 6° grado del estado de Nuevo León durante el ciclo escolar 2020-2021. Los criterios de inclusión fueron que los alumnos estuvieran registrados

y tomando clases en línea en una escuela primaria pública o privada del estado de Nuevo León, que contarán con la autorización previa de su padre, madre o tutor a través del consentimiento informado y que los niños y niñas aceptaran participar voluntariamente en el estudio a través del asentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: estudiantes de escuelas primarias del estado de Nuevo León que no entregaron el consentimiento informado de los padres de familia, que no otorgaron su asentimiento y que los escolares presentarán alguna discapacidad física, ya que estos niños presentan un estado nutricional distinto al de un niño sin alguna discapacidad, también se excluyó a alumnos que presentaran alguna discapacidad psicomotora ya que estos niños pueden no presentar una noción de la percepción o podrían presentar dificultad para contestar los instrumentos. El cálculo de la muestra se realizó por la prueba para diferencia de proporciones en una población con el programa Fistera. Se obtuvo como cantidad total 587 encuestas. Además, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

El instrumento que se aplicó estaba compuesto por tres partes. La primera parte se encontraba estructurada con la sección de datos generales. La segunda parte era la sección de medidas antropométricas (peso y talla). La tercera parte contenía el instrumento de figuras de Collins (1991) para la percepción de la imagen corporal con sus respectivas preguntas.

El instrumento de Collins es una escala conocida como *Body Image Assessment* (BIA), evalúa la percepción que tienen los niños de su imagen corporal. Es el instrumento más utilizado para la percepción de la imagen corporal en niños (5-15 años). Contiene 7 figuras (Orden: menor a mayor complejidad) donde a cada figura se le asigna un determinado índice de masa corporal (IMC) (Clasificación: 1= bajo peso, 2= bajo peso moderado, 3= bajo peso ligero, 4= normopeso, 5= sobrepeso ligero, 6= sobrepeso moderado, 7= obesidad). Los participantes eligen una figura para autodescribirse y otra a la que les gustaría parecerse (ideal). La puntuación es: -1= Subestimada, 0=Adecuada, 1= Sobreestimada. Contiene 7 preguntas; una dirigida a la identificación de la figura con mayor y menor peso.

Debido a la pandemia de la Covid-19, el procedimiento de la aplicación de los instrumentos se realizó con el apoyo de estudiantes de nutrición, se habló por teléfono con los padres de familias de niños que

cumplían con los criterios de inclusión, se les explicaba los objetivos del estudio y se les solicitó permiso para aplicar los instrumentos a través de video llamadas. Cuando los padres aceptaban se les envió por correo electrónico o WhatsApp el consentimiento informado y se les pidió lo reenviarán con firma, se acordó con los padres una cita para realizar la video llamada y el día y hora para acudir a su hogar y realizar las medidas antropométricas de peso y talla de su hijo, el cual no tuvo una duración mayor de 10 minutos y se realizaron bajo todas las medidas sanitarias recomendadas por las autoridades de salud.

Al inicio de la video llamada se les mostraba a los niños el asentimiento informado y se les preguntó si querían participar al tener una respuesta afirmativa se les mostraban los instrumentos y se les hicieron las preguntas contenidas en el instrumento.

Cuando se llegó al total de la muestra, los datos fueron procesados mediante el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22.0, para el análisis estadístico se utilizó el tipo de estadística descriptiva. Se inició haciendo una recodificación de variables, posteriormente se analizó de manera general la estadística descriptiva de los estudiantes por sexo, edad y estado nutricional, después se utilizó la prueba no paramétrica Chi² con la cual se comparó entre escalas por sexo y edad la figura corporal percibida como menor y mayor peso.

Cabe señalar que la presente investigación se apejó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014) especialmente en el apartado de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos (Capítulo I), las cuales se tomó en cuenta las siguientes disposiciones: El estudio se basó en el Artículo 13, el cual menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, como es el caso, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

También, atendiendo el Artículo 22, se elaboró por escrito un consentimiento informado, el cual reúne los siguientes requisitos: elaborado por el investigador principal, realizado por escrito y se le solicitó la firma de los padres o tutores de los participantes ya que en este caso los involucrados eran niños de edad escolar, puesto que el estudio involucró la participación de menores de edad, se les solicitó su asentimiento. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la

Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Resultados

La población estudio estuvo constituida por 623 niños de 6 a 12 años del estado de Nuevo León. La edad promedio fue de 7 años con una DE 1.75 (Tabla 1).

Tabla 1
Estudiantes según edad

Edad:	F	%
6	106	17.0
7	116	18.6
8	103	16.5
9	105	16.9
10	88	14.1
11	89	14.3
12	16	2.6
Total	623	100

Fuente: Elaboración propia, 2022

La mayoría de los participantes fueron del sexo femenino con un 54.4% (Tabla 2).

Tabla 2
Estudiantes según sexo

Sexo:	F	%
Femenino	320	51.4
Masculino	303	48.6
Total	623	100

Fuente: Elaboración propia, 2022

En la tabla 3 se observa que el 46.7% presenta malnutrición, ya sea por bajo peso, sobrepeso u obesidad.

Tabla 3
Estado nutricional de los participantes

Estado nutricional:	F	%
Bajo peso	32	5.1
Peso saludable	332	53.3
Sobrepeso	114	18.3
Obesidad	145	23.3
Total	623	100

Fuente: Elaboración propia, 2022

Sexo y percepción de la figura con mayor y menor peso

Al comparar por sexo y edad la prevalencia de figura corporal percibida como menor y mayor peso en el instrumento de Collins, se encontró que el 95.62% de las niñas perciben como menor peso la figura que corresponde al bajo peso a diferencia del 94.71% de los niños. Por lo tanto, el 95.18% del total de los escolares indicaron adecuadamente que la figura de menor peso corresponde a la figura con bajo peso según la escala de Collins (Tabla 4). Además, al asociar el sexo de los escolares con la figura corporal percibida como menor peso mostró que no hubo significancia estadística ($p > .05$).

Tabla 4
Figura corporal percibida como menor peso (bajo peso)
en la escala de Collins según sexo

Percepción de la figura de bajo peso:	Femenino	Masculino	Total
Bajo peso	306 (95.62%)	287 (94.71%)	593 (95.18%)
Peso normal	6 (1.87%)	6 (1.98%)	12 (1.92%)
Sobrepeso	6 (1.87%)	6 (1.98%)	12 (1.92%)
Obesidad	2 (0.62%)	4 (1.32%)	6 (0.96%)
Total	320 (100%)	303 (100%)	623 (100%)
<i>Nota.</i> Valor de χ^2 .812, valor de $p = .847$			

Fuente: Elaboración propia, 2022

Al analizar en los escolares que figura piensan que presenta mayor peso, el 91.8% de las niñas indicó a la figura con obesidad, mientras que solo el 89.73% de los niños coincidió con esa decisión. En total para el 90.83% de los escolares, la figura con obesidad es percibida como la de

mayor peso según el instrumento de Collins (Tabla 5). Como se puede observar, no hubo significancia estadística ($p > .05$), en cuanto a la prevalencia de figura corporal percibida como obesidad con la escala de Collins y el sexo de los escolares.

Tabla 5
Figura corporal percibida como mayor peso (obesidad)
en la escala de Collins según sexo

Percepción de la figura con obesidad:	Femenino	Masculino	Total
Bajo peso	7 (2.18%)	4 (1.32%)	11 (1.76%)
Peso normal	2 (0.62%)	6 (1.98%)	8 (1.28%)
Sobrepeso	17 (5.31%)	21 (6.95%)	38 (6.10%)
Obesidad	294 (91.87%)	271 (89.73%)	565 (90.83%)
Total	320 (100%)	302 (100%)	622 (100%)

Nota. Valor de χ^2 3.658, valor de $p = .301$

Fuente: Elaboración propia, 2022

Edad y percepción de figura de menor y mayor peso

Con respecto a la edad de los escolares el análisis se realizó en base a dos grupos de 6-9 años y de 10-12 años. Se encontró que, para el grupo de edad de 10 a 12 años, el 96.89% consideran que la figura de menor peso es la que representa el bajo peso en el instrumento de Collins, mientras que el 94.41% del grupo de edad de 6-9 años coinciden en señalar también esa figura. Por lo tanto, el 95.18% de los escolares según la edad, logra percibir de manera correcta que el menor peso es representado por la figura de bajo peso en el instrumento de Collins (Tabla 6). No hubo significancia estadística ($p > .05$), en cuanto a la prevalencia de figura corporal percibida como menor peso con la escala de Collins y la edad de los escolares.

Tabla 6
Figura corporal percibida como menor peso (bajo peso)
en la escala de Collins según edad

Percepción de la figura con bajo peso:	6-9 años	10-12 años	Total
Bajo peso	406 (94.41%)	187 (96.89%)	593 (95.18%)
Peso normal	9 (2.09%)	3 (1.55%)	12 (1.92%)
Sobrepeso	11 (2.55%)	1 (0.51%)	12 (1.92%)
Obesidad	4 (0.93%)	2 (1.03%)	6 (0.96%)
Total	430 (100%)	193 (100%)	623 (100%)
<i>Nota.</i> Valor de χ^2 3.180, valor de $p=$.365			

Fuente: Elaboración propia, 2022

Para el 92.70% del grupo de edad de 10-12 años la figura de mayor peso es la que de acuerdo con el instrumento de Collins es la que representa obesidad, mientras que el 90% del grupo de edad de 6-9 años la señalaron, esto muestra que el 90.83% de los escolares según la edad perciben el exceso de peso como obesidad de acuerdo con el instrumento de Collins (Tabla 7). Estos resultados no obtuvieron significancia estadística ($p>.05$), en cuanto al grupo de edad y percepción de la figura con mayor peso.

Tabla 7
Figura corporal percibida como mayor peso (obesidad)
en la escala de Collins según edad

Percepción de la figura con obesidad:	6-9 años	10-12 años	Total
Bajo peso	8 (1.86%)	3 (1.56%)	11 (1.76%)
Peso normal	7 (1.62%)	1 (0.52%)	8 (1.28%)
Sobrepeso	28 (6.51%)	10 (5.20%)	38 (6.10%)
Obesidad	387 (90%)	178 (92.70%)	565 (90.83%)
Total	430 (100%)	192 (100%)	622 (100%)
<i>Nota.</i> Valor de χ^2 1.808, valor de $p=$.613			

Fuente: Elaboración propia, 2022

Discusión

Al comparar por sexo y edad, la prevalencia de figura corporal percibida como menor peso y mayor peso. La figura elegida como

menor peso fueron las figuras que representaba bajo peso, se observó un mayor porcentaje de niñas que identificaban dicha figura. En cuanto a la figura con mayor peso, la que tuvo porcentajes más altos fue la figura que representaba obesidad y las niñas solían elegirla más que los niños. En un estudio cualitativo realizado por López et al. (2015) indican que las niñas le dan una notable importancia a la estética, mientras que los niños focalizan la percepción corporal en el abdomen. Para Acevedo et al. (2020) los niños elaboran distintas representaciones sociales sobre la obesidad, de acuerdo con sus creencias y formas de pensar, que son influidas por sus compañeros y familiares con los que están en contacto directo e indirecto de forma cotidiana.

En relación con la edad, se encontró que con el instrumento de Collins un porcentaje mayor del grupo de edad de 10-12 años, perciben la figura de menor peso como la de bajo peso. Sobre la figura que tenía mayor peso la seleccionada por los grupos de edad fue la que representa obesidad, el grupo de edad de 10 a 12 años eran los que en mayor porcentaje la identificó. Al respecto Ortega y Edali (2018) señalan que los niños asocian la obesidad con características negativas como la pereza y el desaliño, y desarrollan actitudes negativas contra las figuras con obesidad.

En conclusión, la figura elegida como menor peso fue la que representaba bajo peso en el instrumento de Collins, el porcentaje mayor se observó en el grupo de edad de 10-12 años. En cuanto al sexo, las niñas percibieron con mayor porcentaje la figura de menor peso correctamente con el instrumento de Collins. Los escolares de 10-12 años tienden a identificar correctamente la figura de mayor peso que representaba obesidad. No hubo asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo y la edad y las figuras de mayor y menor peso.

Para finalizar, el uso de este instrumento podría coadyuvar a conocer desde edades tempranas si los escolares son capaces de reconocer la malnutrición por exceso y deficiencia a fin de prevenir o controlar la desnutrición y obesidad infantil. Ante este panorama, las futuras líneas de investigación tienen un campo abierto a identificar los factores de riesgo y variables implicadas en el sobrepeso y obesidad infantil, a fin de establecer las medidas convenientes para su control. Además, debido a que México se sitúa entre los primeros lugares a nivel mundial de obesidad entre la niñez de edad escolar, lo cual deriva en un serio

problema de salud, social y educativo; es fundamental que en los escolares se desarrollen estrategias para la prevención del sobrepeso y obesidad, las cuales pueden ser implementadas desde el ámbito escolar, ya que la escuela representa un entorno primordial y significativo, tan solo después del hogar, contando con el potencial de influir o fortalecer hábitos de vida que repercutirán hasta su etapa adulta.

Referencias

- Acevedo-Cardona, V. E., Palacios-Recalde, C. y Villamil-Pineda, M. F. (2020). Percepción frente a la obesidad en padres y adolescentes pertenecientes a la ciudad de Armenia, Quindío. *MedUNAB*, 23(2), 270-280. <https://doi.org/10.29375/01237047.3514>
- Castro-Sánchez, A. E., Ávila-Ortiz M. N., Núñez-Rocha, G. M. y Gutiérrez-Acosta, B. M. (2021). De la invisibilidad (política) a problema prioritario de salud pública: surgimiento y desarrollo de las políticas de salud hacia las personas afectadas por el exceso de peso en México. En Castro A. E. y Meléndez J. M. (eds.). *Balance y perspectivas para la comprensión de la obesidad en México en siglo XXI* (pp. 15-39). AM Editores.
- Chacín, M., Carrillo, S., Rodríguez, J., Salazar, J., Rojas, J., Añez, R., Angarita, L., Chaparro, Y., Martínez, M., Anderson, H. y Reyna, N. (2019). Obesidad Infantil: Un problema de pequeños que se está volviendo grande. *Revista Latinoamericana de hipertensión*, 14 (5), 616-623.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). Progreso en la lucha contra la obesidad infantil. Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de <https://www.cdc.gov/spanish/signosvital/obesidadinfantil/index.html>
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199-208.
- Hernández-Ávila, M., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, L., Gaona-Pineda, E., Romero-Martínez, M., et al. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC)*. México. 5-145.

- López, J., Ramírez, J. y Gea, A. (2015). Aproximación socio-antropológica a la obesidad infantil: estudio de caso en dos colegios de Valencia (España). *Revista de Nutrición*, 28(2), 155-163.
- Meléndez, J. M., Lemos, J. y Cañez, G. M. (2021). Estrategias alimentarias y obesidad infantil en hogares en pobreza en una localidad semiurbana del municipio de Hermosillo, Sonora, México. En Castro A. E. y Meléndez J. M. (eds.). *Balance y perspectivas para la comprensión de la obesidad en México en siglo XXI* (pp. 93-123). AM Editores.
- Min, J., Yan, A., y Wang, Y. (2018). Mismatch in children's weight assessment, ideal body image and rapidly increased obesity prevalence in China: A 10-year nationwide longitudinal study. *Obesity Society*. China. 26 (11), 1777-1784.
- Núñez, H. P., Campos, N., Alfaro, F. V. y Holst, M. (2013). Las creencias sobre obesidad de niños y niñas en edad escolar y las de sus progenitores. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 13(2), 1-31.
- Zamudio-Solorio, O. y Muñoz-Arenillas, R. M., (2016). Percepción de los padres respecto al sobrepeso y obesidad de sus hijos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 24(1), 61-4.
- OMS (2021). Malnutrición. Recuperado el 10 de junio de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
- Origlia, A., y Zurro, F. (2017). *Percepción y satisfacción de la imagen corporal según estado nutricional en niños de 5o y 6o grado* (tesis de pregrado). Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Ortega, M. y Edali, G. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Herediana*, 29(2), 111-115. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., GaonaPineda, E. B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., Rivera-Dommarco, J., (2021) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Tejada, C. I., Colado, M. E., Palacios, A., Urbina, C. y Basurto, L. (2019). Percepción del estado nutricional y del estado nutricional

- real en escolares. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*. 7(2),173-182.
- UNICEF (2019). Salud y Nutrición. Recuperado de 24 de septiembre de 2019, de <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrición>.
- UNICEF (2020). Prevención de mala nutrición en niños y niñas en México ante la pandemia de Covid-19. Recomendaciones dirigidas a tomadores de decisiones. Recuperado el 12 de octubre de 2020, de UNICEF:
<https://www.unicef.org/mexico/informes/prevenci%C3%B3n-de-mala-nutrici%C3%B3n-en-ni%C3%B1as-y-ni%C3%B1os-en-m%C3%A9xico-ante-la-pandemia>
- Uribe-Salas, F., Portillo-Téllez, M., Parra-Ávila, J., Hernández-Corral, S., Alonso-Tovar, R., Acevedo-Casillas, M. y Felipe-Mayo, J. (2018). Autopercepción del peso a través de figuras corporales en niños en edad escolar de Piedras Negras, Coahuila, México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 75, 366-372.

Resistencias Sociales frente a los discursos Gordofóbicos en una comunidad virtual

Martín Olvera Ramírez
Leonor Tereso Ramírez ¹⁷

Introducción

Desde la salud pública se establecen discursos y perspectivas médicas para la obesidad-sobrepeso con los cuales se determina cuando una persona las presenta. Esta idea impide desconsiderar que la persona que presenta obesidad es menos vista como persona y sí como enferma, estableciendo que es una persona obesa; aunque la obesidad sea considerada por distintos organismos como factor de riesgo y no como enfermedad, en sí, el discurso usado la considera como enfermedad.

Todo esto cae en gordofobia, la cual es no sólo el miedo a engordar por la persona, sino el rechazo hacia la misma y la discriminación hacia las corporalidades gordas, misma que se promueve desde los organismos que buscan terminar con la obesidad y se instala en el pensamiento común. Por ello, además, se considera apropiado, eufemísticamente el uso de términos como obesidad.

Ante todo esto, en este trabajo se aborda en primer lugar la consideración política de los discursos hacia la obesidad y la gordofobia, para de esta forma delimitar la consideración de las personas gordas y el activismo mediante comunidades virtuales, ya que desde distintas encomiendas colectivas, como vía de resistencia social se busca visibilizar la postura del cuerpo gordo, no para verse como obesos-obesas, sino como personas gordas mediante el autonombamiento y no por ello sentirse agredidas o insultadas por el

¹⁷ Universidad Autónoma de Sinaloa

término. Por lo cual se parte hacia el objetivo: realizar una descripción teórica de los discursos gordofóbicos para contraponerla con los estudios hacia las personas gordas desde una revisión documental.

La obesidad-sobrepeso, el discurso

Este trabajo parte desde la perspectiva hacia la corporalidad, por decir, desde los cuerpos gordos o desde la propuesta de los *Fat Studies*, -no olvida la propuesta del trabajo social crítico- (Allende, 2020), los cuales tienen mucho que decir frente a los discursos en torno a la obesidad (Cooper, 2010, Longhurts, 2012, Schorb, 2021). Sin embargo, se precisa recurrir a este concepto, es decir, el de la obesidad.

En sí, desde la Organización Mundial de la Salud no es vista como enfermedad, de una manera objetiva; pero sí desde los discursos que ella profesa (Navajas-Petergás, 2017); al respecto Piñeyro (2016) menciona la carencia de objetividad en estos discursos en donde hay divergencia entre las definiciones, donde para no llamar a la obesidad como una enfermedad, se le llama factor de riesgo; es por ello por lo que considera que

Un factor de riesgo es una circunstancia que aumenta la posibilidad de contraer una determinada enfermedad o lesión. Ejemplos de factores de riesgo: la edad, la exposición a rayos solares, la obesidad, la insuficiencia ponderal, la exposición a humos procedentes de los combustibles, el tabaco, el alcohol, la deficiencia de hierro o el consumo de agua no potable, la práctica de sexo sin protección o a edades avanzadas, el sedentarismo, tirarse en paracaídas... La lista puede ser larga, porque convengamos que en este mundo es más fácil morir que seguir viva (Piñeyro, 2016, pp. 59-60).

Entonces, la línea desde los *Fat Studies*, es decir, desde los cuerpos gordos, no rechaza que haya un discurso en torno a la salud pública por sí mismo frente a la obesidad, además de que genera crítica en cuanto a cómo los discursos de la salud desde instituciones, las cuales incluso refieren a otro término: la epidemia de la obesidad (OMS/OPS, s.f.). Para ilustrar lo anterior se recurre al trabajo realizado en 2017 por *NCD Risk Factor Collaboration*, en el cual se realizó un estimado de la prevalencia global y el número de adultos viviendo con obesidad en 2010-2030, figurado en la tabla 1.

Tabla 1
Estimado del número y porcentaje de prevalencia
de obesidad en 2010-2030.

Estimado de la prevalencia de la obesidad	2010		2025		2030	
	% adultos	número	% adultos	número	% adultos	número
Obesidad (Clase I, II y III) $\geq 30\text{kg/m}^2$	11.4	511 millones	16.1	892 millones	17.5	1 mil 25 millones

Nota. Estimado de la prevalencia de la obesidad en adultos, según el porcentaje y número a nivel global, realizado por *NCD Risk Factor Collaboration (World Obesity, 2022, p. 10)*.

Fuente: Elaboración propia, 2022

En concordancia con lo expuesto por *World Obesity* y la OMS, las cifras son alarmantes, si se considera únicamente a la obesidad y sobrepeso como únicos determinantes de los problemas en la población y por ello se menciona que son factores de riesgo, no enfermedad en sí. Aunque los discursos amplían esta alarma, sobre todo si se reconsidera la epidemia de la obesidad, la cual surge en 1990 y trata de asuntos en los cuales la obesidad es vista como una epidemia e incluso, a la vez que como con *Lancet Commission*, se ve como sindemia, la cual es conferida desde una visión neoliberal en la cual la política pública tiene poco enfoque (Schorb, 2021).

En este punto es importante mencionar dos aspectos; en primer lugar, al respecto de la epidemia, en la cual

Foucault sostiene que la epidemia es el modelo biopolítico por excelencia, ya que es un modo de enfermedad definido por su carácter cuantitativo y masivo que necesita de una intervención centralizada. Dado que ataca al mismo tiempo a una multitud de personas no solo es una cuestión de salud individual sino de “salud pública”, es decir, las epidemias amenazan la organización misma de los estados, de modo que se crea una urgencia de intervención estatal, que realice un control constante y minucioso en coalición entre medicina y política para contener la “propagación” y sus consecuencias económico-sociales (Castillejo, 2020, p. 75).

Por otro lado, aunque ya se ha estado usando el concepto de manera indirecta, es de rescatar el enfoque de los discursos, los cuales aquí son vistos desde la óptica foucaultiana en la cual constituye no sólo el significado, sino la práctica resultante a través del mismo discurso e incluso desde lo no discursivo (Castro, 2011, p. 109), para lo cual Íñiguez (2011) amplía esta concepción a través del análisis crítico del

discurso, ya que también lo ve “como práctica, es decir como actividad socialmente regulada”, las cuales pueden ser la práctica textual, la práctica discursiva y la práctica social (p. 177).

También, es preciso mencionar qué es la gordofobia, siendo un concepto que fue pronunciado por Robinson, Bacon y O’Reilly en 1984 (Allende, 2020), aunque Robinson, et al., (1993) la refieren como “el miedo patológico a la gordura, continuamente manifestado como actitudes y estereotipos negativos hacia la gente gorda” (p. 468).

Ante todo esto, el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI, 2020) en Argentina establece que la gordofobia no sólo se localiza en modelos médicos, sino que también lo hace dentro del pensamiento político que conlleva a reconsiderar modelos patriarcales-heteronormativos y ante ello Allende (2020) menciona que “salud, género, sexualidad, capacidades, clase, entre otras” (p. 114) inciden no sólo en la generación de discursos gordofóbicos, sino en violencia hacia las personas gordas.

Además, el INADI (2020) respecto a los discursos gordofóbicos no olvida la concepción del mercado del cuerpo como objeto volviendo nuevamente a un enfoque neoliberal, en el cual este discurso

Opera de manera prejuiciosa y estereotipada asimilando el aspecto físico de las personas con rasgos de su personalidad, conducta o estilo de vida. El cuerpo, de acuerdo con este tipo de mirada social, se transforma en territorio de interpretación que –a través de estereotipos y prejuicios– “dice”, expresa, delata si una persona es bella, sana, feliz, si tiene una sexualidad plena, si puede o no trabajar, si gusta o no de esforzarse, etc. De esta manera, la mirada prejuiciosa que está en la base de la gordofobia asimila los cuerpos gordos con características como la inactividad/improductividad, la insania o la indeseabilidad, que les son atribuidas de manera prejuiciosa y funcionan como pretexto para la negación de sus derechos (p. 3).

Es por todo lo mencionado que hay una relación política muy distinta en cuanto a la consideración de la obesidad y el sobrepeso, sobre todo vista desde la salud pública y los discursos médicos, de mercado e incluso, estéticos, donde hay discursos sobre otros discursos, es decir, procedimientos de control de los discursos (Castro, 2011). Esto conlleva a un orden neoliberal en cuanto a la consideración del cuerpo y, como ya se ha dicho, este trabajo permite ver la otra dimensión en

cuanto a los cuerpos y las personas gordas, primero con el autonombramiento, al considerarse mediante el activismo político, como personas gordas y con lo cual, es posible añadir que distintos espacios de resistencia son posibles de crear para establecer las formas de actuar desde su base teórica y, sobre todo, práctica.

Semblanza del poder y del cuerpo

Es posible observar hasta ahora que el pensamiento desde las políticas neoliberales no ha sido abandonado desde las autoras que conceptualizan el cuerpo, sobre todo porque se ve cómo la presencia de discursos capitalistas, de mercado, patriarcales y heteronormativos se guían hacia el discurso neoliberal (Schorb, 2021, de Miguel, 2016, Harjunen, 2017, Contrera y Cuello, 2016).

En esta idea, Hannele Harjunen (2017) “afirma que la política económica neoliberal y la lógica están enredadas con las concepciones del cuerpo, el género y la salud de una manera profunda en la cultura occidental contemporánea” (s.p.)¹⁸. Asimismo, Nina Navajas-Petergas (2017), recurre a dos fuentes, a la perspectiva del trabajo social y a los *Critical Weight Studies* para afirmar que “la raza, el género, la edad, etc., son ejes centrales para comprender el funcionamiento de los mecanismos de poder y opresión” (p. 38), lo cual también afirma Friedman (2012) en cuanto a esta perspectiva interseccional.

Todo esto tiene la particularidad de la creación del discurso, en donde más que mera herramienta de acercamiento al poder, escenifica la particularidad del poder y sus prácticas para la creación de sujetos (o sujetas) donde su cuerpo, a través de una perspectiva retórica incluso remite a una concepción biopolítica, perdiendo esencia e incluso vitalidad (Matus, 2019) y hay desconocimiento del género en la vinculación con el poder; por lo tanto, este desconocimiento, además, invisibiliza los criterios que sustentan a la identificación de las víctimas en un sistema androcéntrico y patriarcal.

Por otro lado, cabe rescatar el discurso proferido por la OMS, el cual también podría tener una contraparte donde permea en la

¹⁸ No se localiza numeración arábiga ni romana de esta cita ya que se encuentra dentro justo antes del índice temático del libro.

reconsideración de la obesidad y los estigmas hacia las personas que la poseen, (sin reconsiderar el aspecto de los cuerpos gordos y su lucha desde el activismo gordo), solo que plantea un recurso político como es el *World Obesity Day* del 04 de marzo de 2020, en el cual menciona

Las personas con obesidad son constantemente avergonzadas y culpadas porque muchas, incluidos los médicos, los encargados de formular políticas y otros, no comprenden completamente las causas de la obesidad, que a menudo son una mezcla compleja de factores dietéticos, de estilo de vida, genéticos, psicológicos, socioculturales, económicos y ambientales. Es hora de romper el ciclo de vergüenza y culpa y reevaluar nuestro enfoque para abordar este complejo problema de salud pública global (OMS, 2020, s.p.).

Como se menciona en el primer apartado, en tema de la obesidad, la OMS y distintos organismos y organizaciones de salud y salud pública (la OPS y *World Obesity*, para figurar, mencionados en el apartado anterior) mantienen este estándar y nombran a la misma como un problema y enfermedad sin ir más allá de ello. En el apartado citado previamente se habla de las personas con obesidad y de la obesidad como un factor de riesgo (desde la OMS, aunque luego también la OMS habla de la salud emocional); además de la imprecisión de una sola razón por la cual sucede, ya que es multifactorial, más se observa el estigma desde encargados de instituciones públicas como de salud, así como de sí mismas.

Con lo anteriormente mencionado, se da lugar no sólo a la creación de estigmas y diferencias, sino que permea entre la población y permite remitir a la discriminación, donde no sólo la hay hacia las personas gordas, sino que, como ya se dijo, es en especial a las mujeres a quienes se dirige dicha discriminación, ya que tanto el discurso como el estigma y discriminación “afecta más a mujeres que a hombres” (Navajas-Petregás, 2021, p. 5).

La palabra gorda o si se quiere ver así, la persona gorda, se ha mencionado indirectamente a través de la gordofobia, en donde los discursos que tornan hacia ella la ven como algo indeseable política, médica y estéticamente. Suárez (2017) hace una serie de precisiones en su trabajo de grado de lo que se ha venido hablando hasta ahora y es preciso retomarlas, por ello menciona:

las personas gordas, son percibidas como seres que se salen de la normalidad o se les asocia a la enfermedad, tanto en los medios de comunicación, la televisión, o el mundo de las consecuencias de estas percepciones se transmiten en actitudes de rechazo que se han denominado gordofobia, que significa un odio y/o miedo a las personas que tienen sobrepeso y no se adaptan a estos cánones de la delgadez (p. 2).

Lewis et al. (2011) hacen una lista de la manera en la cual se desarrollan los estigmas hacia la gordura a través de interacciones sociales como pueden ser:

...de forma directa (p. ej.: insultos por nuestro peso); b) de forma indirecta (p. ej.: cuando nos sugieren lo que menos engorda del menú); y c) con el entorno (p. ej.: cuando los asientos de los medios de transporte no son suficientemente cómodos o amplios para acomodarnos) (Navajas-Petergás, 2021, p. 5).

Una de las personas que ha sido abordada en varias ocasiones en el desarrollo de este trabajo es Magdalena Piñeyro y es preciso referir a ella nuevamente para caracterizar qué es ser gorda desde una base colectiva y desde el activismo gordo desde el cuál ella parte, así se rescata de su libro *STOP Gordofobia y las panzas subversas*:

...creo que podemos hablar de ciertos puntos en común entre los distintos grupos de activismo gordo: a) hacer siempre referencia a nosotras mismas con las palabras “gordo” y “gorda” como una acción de empoderamiento y apropiación del insulto, pues tal como enuncia Nomy Lamm “cuando soy consciente de mi gordura, no puede usarse en mi contra”; b) politizar la gordura y articular un discurso que demuela el odio propagado hacia ésta; c) romper con la invisibilización absoluta a la que están siendo sometidos los cuerpos gordos; d) fomentar la expresión pública de la herida: la difusión de experiencias (Piñeyro, 2016, p. 19).

Por otro lado, Piñeyro (2016) también menciona que no hay que confundir los términos, no es lo mismo ser persona gorda que hablar de la gordura:

La aceptación de los gordos no significa abogar por la gordura. La aceptación de los gordos habla de rechazar una cultura que nos lleva a sentir rabia y a fustigar nuestros cuerpos, incluso a odiarlos, buscando en camino certero. Se trata de poner nuestras propias fronteras y conocernos, y tomar decisiones inteligentes sobre cómo vivir y tratarnos a nosotros mismos, y defender con fiereza la privacidad de esas decisiones. Se trata

de divulgar la idea de que cualquier cosa que hagas con tu cuerpo debe venir desde el amor propio y el cuidado de sí mismo, y no desde la culpabilidad, los (pre)juicios de los demás, o del castigo. Se trata de demandar que todos los cuerpos, sin importar su apariencia, edad o capacidad, sean tratados con respeto y dignidad (p. 37).

Charlotte Cooper menciona que, aunque gordo-gorda (*fat*) sea menos popular y aceptado como término es el que es necesario para su utilización, hay otras formas con las cuales podría llamarse, además del que se ha mencionado hasta ahora, por decir:

Yo priorizo [el término] gorda, sobre el lenguaje médico (obeso, sobrepeso, bariátrico), eufemismos (largo, grande, pesado, *curvy*), términos afectivos (abrazable [*cuddly*], de huesos grandes [*big-boned*]), u otras interpretaciones (de talla [*size*]), porque deseo reconocer sus dimensiones como una palabra descriptiva, una palabra recuperada que impugna la vergüenza, y una palabra política que expresa el poder y expone las limitaciones de esas sobre otras construcciones lingüísticas. (Cooper, 2012, p. 218).

Entonces, la mera perspectiva del conocimiento de la persona gorda cae en un término desde las autoras que han sido mencionadas hasta ahora es, en menor medida, a partir de un corte médico en donde la idea principal en torno a sus planteamientos surge de una base desde el autonombramiento y no por ello dejar que haya eufemismos u otras concepciones en torno al nombramiento, por ello, la perspectiva hasta aquí radica en una base político-social.

Las resistencias y el trabajo sociales

Debido a las consideraciones propuestas para esta investigación y, sobre todo, al campo de la disciplina social en la que se encuentra este trabajo, se parte de la presencia de una perspectiva hacia el trabajo social crítico para el abordaje del problema y de las teorías. Por ello, si en distintos momentos de la historia, el trabajo social ha sido muy rico en conocimiento-práctica (Falla, 2014), cabe decir que así han surgido nuevas maneras de fomentar y dar lugar a la disciplina, una de ellas es mediante el trabajo social crítico.

Tradicionalmente, el trabajo social parte de una esencia de políticas sociales, básicamente enfocadas en el abordaje de sujetos mediante prácticas asistencialistas (Falla, 2014); sólo que, desde la distancia de esta visión, surge el trabajo social crítico, así pues, desde esta premisa se sostiene “que hay que redirigir la práctica hacia la eliminación de las causas estructurales originales de los problemas a los que se enfrentan los usuarios del servicio” (Healy, 2015, p. 13).

Resta decir que esta perspectiva no precisa ampliamente la intervención, mucho menos en este trabajo que parte desde la investigación, solamente que la base de la óptica crítica en trabajo social define que es necesaria realizarla desde el planteamiento ontológico de dicha disciplina, más como profesión, el cual conlleva en sus orígenes la intervención. Así, desde el trabajo social

Nuestra “intervención” (desde su origen lingüístico inclusive), nos debe llevar a preguntarnos constantemente si lo que hacemos lo hacemos desde la predominancia del bien-estar o buen vivir del “otro/a” o desde alguna lógica de dominación o reproducción de desigualdad, como resabio del positivismo incubado en nuestra profesión y de la ideología neoliberal con su fuerte cargamento de embriagadores conceptos como libertad, igualdad de oportunidades, meritocracia e individualismo (Jarpa, 2020, p.310)

La base de consideración de la perspectiva crítica en trabajo social, también tiene un enfoque desarrollado en la práctica para la intervención, así se habla de enfoques u orientaciones en lo que, desde la disciplina, se llama la teoría de la práctica crítica: “trabajo social antirracista y antiopresivo, trabajo social radical comunitario, trabajo social feminista, trabajo social marxista, investigación-acción participativa, trabajo social radical y trabajo social estructural” (Healy, 2015, p. 27), el nombre de estos enfoques al final sería la base del planteamiento de Habermas, en el cual se busca la emancipación de los y las oprimidos por las clases dominantes (Ramírez y Meza, s.f.), e incluso, continúa así con una óptica marxista de dominadores-dominados donde la profesión surge como respuesta crítica a los problemas en los cuales se basa.

Ante todo, este problema, tanto teoría crítica, como trabajo social tienen especial relevancia al hablar de discursos gordofóbicos y resistencias sociales, ya que, desde la disciplina social, esta “busca contribuir a la conformación de una sociedad en la que la justicia social

sea legítima” (Allende, 2020, p. 2013). De esta manera, se trata de dar un enfoque distinto a una perspectiva tradicional, ya que desde la visión crítica no se considera la problematización incluso desde la gordofobia (Navajas-Petergás, 2017), y mucho menos de los discursos en torno a ella, así como tampoco de las resistencias sociales.

Resistencias sociales frente al discurso gordofóbico

La idea de este artículo, cabe decir, parte de un trabajo de grado el cual lleva por nombre *Resistencias sociales frente al discurso gordofóbico en comunidades virtuales*; aunque, solamente se hablará de ello mediante la comunidad *STOP Gordofobia*, localizada en la plataforma de Facebook. En primer lugar, es importante considerar qué es el discurso gordofóbico y por ello en los apartados anteriores se trató de hacer énfasis en por qué aquí no se habla de discurso contra la obesidad o discurso de la obesidad.

En otras plataformas, es posible encontrar medios digitales como videos, fotos e incluso blogs e interacciones (como Youtube, Twitter, el mencionado Facebook/Meta, Instagram, entre otras) en donde una persona habla de lo que es la gordofobia y los estigmas que sufren las personas gordas. Por esto es por lo que se elige *STOP Gordofobia*, ya que es un lugar de encuentro de personas que rechazan los discursos gordofóbicos operativos en la sociedad, para de esta manera localizar el objetivo de investigación para este trabajo: realizar una descripción teórica de los discursos gordofóbicos para contraponerla con los estudios hacia las personas gordas desde una revisión documental.

Respecto al discurso gordofóbico, cabe decir que en ningún momento las autoras y activistas, así como activistas gordas e incluso, administradoras de la página virtual *STOP gordofobia*, hacen apología a los malos hábitos alimenticios o al descuido del cuerpo. Si se recurre al trabajo social (o a una autora que habla de ello), es posible encontrar un doble discurso, uno con causas “endógenas (...) consumo excesivo de alimentos hipocalóricos y el sedentarismo” y otro, desde causas o “factores exógenos (...) como aspectos económicos, políticos, culturales o psicológicos...” (OMS, 2010; Shaman, et al. 2007, citados en Cabello, 2013).

En esta premisa, Allende (2020) menciona que las causas sí pueden ser multifactoriales, pero que al ver un cuerpo gordo, desde el trabajo social solamente se ve obesidad y no hay reconsideración por la salud emocional de la persona, no se precisa ver la integridad de la profesión en la intervención para la erradicación de los estigmas y tampoco el conocimiento del cuerpo, del cuerpo gordo, de las personas gordas y la lucha desde el activismo gordo, sea activo físicamente o virtualmente contra los discursos gordofóbicos, sino que la propuesta sigue siendo la erradicación del mal conocido así, como obesidad.

Metodología

En cuanto a las consideraciones metodológicas para la elaboración de este trabajo, es preciso recurrir al objetivo de este trabajo, donde es en sí, un análisis teórico desde una visión fenomenológica-hermenéutica, aunque de carácter descriptivo, con técnica de revisión documental. Se busca que sea de tipo cualitativa, ya que, como menciona Kisnerman (2005) entiende que “la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida, desde la perspectiva de los actores, articula los llamados paradigmas cualitativos” (p. 78).

Al definir el tipo de estudio descriptivo, se recurre a la idea de Rojas (2013), en la cual señala que hay tres tipos de investigación directa, los cuales son los estudios exploratorios, los descriptivos y los que implican prueba de hipótesis explicativa y predictiva. Por ello, el autor menciona que en los estudios descriptivos:

Su objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar los lineamientos para la prueba de las hipótesis (Rojas, 2013, p. 42).

El método para elaborar el trabajo a desarrollar considera la fenomenología-hermenéutica. Es importante enmarcar que, aunque se traten de dos perspectivas, aparentemente distintas, tienen mucha relación entre sí. Ricoeur (1990) propone que esto puede ser rescatado al momento de localizar que “el arraigo fenomenológico de la hermenéutica no se limita a esta afinidad muy general entre la comprensión de los textos y la relación intencional de una conciencia

con un sentido que tiene delante” (es decir, la correlación noema con la noética de Husserl, en donde el mundo de la vida *-Lebenswelt-* coincide con el de la comprensión-*Verstehen-*) (p. 480). Aunque la hermenéutica, en una primera concepción sea vista como una interpretación de los textos (De la Garza y Leyva, 2012; Ricoeur, 1990) no se reduce a esto, sino que hay una “mediación a través de los signos y a través de los símbolos” (Ricoeur, 1990, p. 492).

Entonces, no es accidental que se trate de cuestiones fenomenológicas y hermenéuticas la dirección por la cual se pretende trabajar el interés de esta investigación, ante todo es porque tanto la fenomenología como la hermenéutica permiten estudiar el campo y apreciarla a manera tanto de conocimiento como de acercamiento a las personas que presentan el problema, en este caso, para el estudio del discurso gordofóbico, sobre todo en el ambiente virtual y para un acercamiento a la revisión documental de las experiencias de las personas que participan en la comunidad.

Con la intención de realizar un trabajo de tipo virtual, es relevante considerar la ética de la investigación y para esto se recurre al Código Internacional de ICC/Esomar, el cual, para los fines de respeto y reconsideración de las personas que serán consultadas virtualmente, recurre a dos aspectos como son: la no identificación de usuarios/as e informar a la comunidad observada (Fundación IS+D, 2022).

Cabe decir que el muestreo es de tipo intencional, en el cual se busca recoger datos e información relevante para el análisis e interacción con este trabajo a partir de la metodología, método y técnicas de recolección. Además, se previsualiza que los criterios de selección para los participantes, no será con corte crítico en sí, sino que será por conveniencia, buscando que sean mujeres, miembros activos o recurrentes (que interactúen con las publicaciones) y que se pronuncien contra la gordofobia mediante sus comentarios o reacciones. Esto puede parecer ambiguo, sólo que se parte de estas consideraciones debido a que la población total en la comunidad virtual es inmensa y no así las interacciones observadas.

Primer acercamiento al campo de investigación

Para la realización de este apartado y partiendo de la metodología cualitativa antes mencionada, en donde es posible mencionar la base fenomenológica, en la cual “el conocimiento está mediado por las características personales y sociales del observador; que no existe una realidad exterior al sujeto” (Monje, 2011, p. 12). Es decir, la realidad es sensible y digna de ser considerada como tal, desde la perspectiva de las personas que contribuyen a la investigación de manera directa.

Por ello se realizó un sondeo en la comunidad virtual, con apoyo y difusión de las administradoras de esta; también, para su captura se utilizó *Survey Monkey*, capturando respuestas desde enero de 2011, en el cual se preguntaba por la edad de las participantes, género con el que se identificaban, así como la experiencia que las lleva a ser parte de la comunidad virtual, para establecer los factores, así como reunir los efectos discursivos en los cuales se ven implicadas estas personas.

El sondeo permitió establecer los parámetros antes del discurso, de las razones por las que las personas son parte de estas comunidades, encontrando la participación de 20 mujeres y una persona no binaria, con edades que van desde los 24 años, hasta los 57 años. Además, dentro de éste, las razones se distribuyeron en cinco, siendo el acompañamiento, el activismo, el aprendizaje/conocimiento, la salud e incluso, la burla/mofa hacia estos temas.

Revisión de interacciones en la comunidad virtual

Durante el mes de abril de 2022, se observa poco más de 104 mil personas a quienes “les gusta” la página *STOP Gordofobia*. A diferencia de las poco más de 106 mil personas que “siguen a la página”. Además, para ilustrar lo dicho, es decir, el número de interacciones de las personas, por decir en el mes de marzo de 2022, se observa el día 5 de abril de 2022, que hubo 16 ocasiones en las que administradoras de la comunidad virtual hicieron una publicación alusiva al interés de la página y se precisa la interacción en el entorno a la publicación como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2
Número de interacciones en la página de
Facebook *STOP Gordofobia* para el mes de marzo

Día de publicación	Total, de reacciones (me gusta, me encanta, me importa, etcétera)	Total, de comentarios
1	466	70
2	71	8
4	101	1
5 (dos publicaciones)	24+5	-
6	95	2
8	330	-
14	223	8
18	12	-
20	89	13
25	147	31
30	4	-
31 (3 publicaciones)	894+6+71	41+--+1
Total	2538	175
<i>Nota:</i> En los días 5 y 31 de marzo hubo ocasiones en las que las administradoras de la página realizaron más de una publicación. Además, hubo ocasiones en las que no se registraron comentarios, marcados por el símbolo		

Fuente: Elaboración propia 2022.

Conclusiones

Como ya se ha mencionado con anterioridad, este es un trabajo preliminar, no está en su fase final, pero el mismo sirve como instrumento para la ampliación de otros trabajos, ya que el mismo es sólo un esbozo de un trabajo de grado. Sin embargo, es de rescatar la pertinencia del sondeo, recuperando las categorías, sobre todo, lo referente a la burla (este último como clímax del discurso gordofóbico) y el activismo, acompañamiento y conocimiento de estos temas, como contramedida de resistencia frente a los discursos; y por la misma naturaleza de este trabajo, no se profundiza en los resultados presentados.

Un aspecto relevante para considerar es el arduo trabajo que hacen las administradoras de la comunidad virtual, quienes, en cierta medida, promueven el conocimiento del discurso gordofóbico y de la

gordofobia para establecer espacios de solidaridad, comunicación, información y promoción de nuevas formas de pensar con todas, independientemente de su cuerpo.

Cabe decir que debido a que la página como tal, de carácter antigordofóbica, así como las usuarias y administradoras que son parte de esta, no muestran comentarios que promuevan discursos gordofóbicos, todo lo contrario, presentan discursos, escenas y situaciones de carácter gordofóbica, para conocimiento de todas.

Por último, este trabajo permite establecer un punto de partida desde el Trabajo Social en lo concerniente a temas del cuerpo, ya que pocos son los trabajos en esta disciplina en los cuales se parte desde la consideración de las personas gordas e incluso, lo que ellas mismas piensan de este tema y que no involucre cuestiones como la obesidad o sobrepeso.

Referencias

- Allende, I. A. (2020). Gordofobia, una lectura desde (y para) el Trabajo Social. *Revista Perspectivas: Notas Sobre Intervención y Acción Social*, 35, 109-133. <https://doi.org/10.29344/07171714.35.2393>
- Calderón, S. (2016). Construcción social de la gordura en niñas y niños de escolaridad primaria, residentes en Tijuana. en *El Colegio de la Frontera Norte*, 3(2). <https://www.colef.mx/posgrado/tesis/20141216/>
- Castillejo, A. (2020). Repensar el cuerpo gordo desde la filosofía de Michael Foucault: biopolítica, disciplina y género. In *Faber & Sapiens*. <https://doi.org/10.1002/9781118766804.wbiect236>
- Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault: Temas, conceptos y autores*. Siglo Veintiuno Editores.
- Cabello, M. L. y Arrollo, M. C. (2013). La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal contradictoria. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. 6. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaComunitania-2013-6-6020/Documento.pdf>

- Contrera, L. y Cuello, N. (2016). *Cuerpos sin patronos: resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. Editorial Madreselva.
- Cooper, C. (2010). Fat studies: mapping the Field. *Sociology Compass*, 4(12), 1020-1034.
- Cooper, C. R. M. (2012). *Fat Activism: A Queer Autoethnography*. University of Limerick.
- De la Garza, E. y Leyva, G. (2012). *Tratado de Metodología de Las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales*. 647. <http://docencia.izt.uam.mx/egt/Cursos/MetodologiaMaestria/LeyvaHermeneutica.pdf>
- Falla, U. (2014). *La investigación en el trabajo social contemporáneo*. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Colombia.
- Fundación IS+D (2022). Ética en la investigación etnográfica virtual. <https://isdfundacion.org/2020/06/10/etica-en-la-investigacion-etnografica-virtual/>
- Harjunen, H. (2017). *Neoliberal bodies and the gendered fat body*. Routledge Research in gender and society. (Routledge Research in gender and society, 2019).
- Healy, K. (2015). *Trabajo social: perspectivas contemporáneas*. Researchgate.
- Íñiguez, L. (2011). *Análisis del discurso: manual para las ciencias sociales*. Universitat Oberta de Catalunya, Editorial UOC.
- Instituto Nacional Contra la discriminación la Xenofobia y el Racismo. (2020). Discursos discriminatorios y gordofobia (Vol. 1401).
- Jarpa, C. G. (2020). Prácticas de resistencia y trabajo social comunitario: forcejeos y tensiones ante las lógicas de dominación del modelo colonial y capitalista. *Revista Eleuthera*, 22(2), 309-326 DOI: 10.17151/eleu.2020.22.2.18
- Kisnerman, N. (2005). Pensar El Trabajo Social. 166. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57024332/Pensar-el-Trabajo-social.pdf?1531943488=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPensar_el_Trabajo_social.pdf&Expires=1609788446&Signature=VyfXgps3pCHjsfEJJvPZPUZTRsJli2cK7QtDv7quOy3SRa6nsV6TWrcXhXX
- Longhurst, R. (2012). Becoming Smaller: Autobiographical Spaces of Weight Loss. *Antipode*, 44(3), 871–888. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.2011.00895.x>

- De Miguel, A. (2017). Capitalismo neoliberal y cuerpo. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global* (137), 5-10. https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/revista_papeles/137/Capitalismo-neoliberal-y-cuerpo_Introduccion-S.Alvarez.pdf
- Navajas, N. (2017). La gordofobia es un problema del trabajo social. *Azarbe*, 6(6), 37-46.
- OMS (2021). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la salud (s.f.). Prevención de la obesidad [página web]. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Orellana, D. y Sánchez, M. C. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), pp. 205-222. <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283321886011.pdf>
- Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas (el empobrecimiento y la exclusión social)*, BALADRE - Coordinación de luchas contra la precariedad.
- Ricoeur, P. (1997). *Narratividad, fenomenología y hermenéutica*. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/225/22298_Ep%C3%ADlogo.%20narratividad%20fenomenolog%C3%ADa%20y%20hermen%C3%A9utica.pdf?%09sequence=1
- Ramírez, C. y Mesa, E. (s.f.). Historia de la filosofía. <https://lalechuzademinerva.es/historia-de-la-filosofia/>
- Rojas, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales*. 13-431. www.raulrojassoriano.com
- Schorb, F. (2021). Fat as a neoliberal epidemic: Analyzing fat bodies through the lens of political epidemiology. *Fat Studies*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/21604851.2021.1906524>
- Soruco, P. C. (2013). *Análisis del discurso del diario “La Razón”, en el marco de la promulgación de la ley 045 contra el racismo y toda forma de discriminación*, Universidad Mayor de San Andrés. <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/12090>
- STOP Gordofobia. (04 de marzo de 2022). Comunicado de prensa. [Imágenes adjuntas] [Publicación de estado]. Facebook. <https://www.facebook.com/stopgordofobia/photos/pcb.4761060090614685/4760886927298668/>

Conductas Alimentarias de Riesgo en Jóvenes Universitarias de licenciatura en Trabajo Social durante el Pandemia Covid-19

Sandra Rubí Amador Corral
Luz Alejandra Escalera Silva
María de Lourdes Hernández Escalante¹⁹

Resumen

La relación que tiene la alimentación con situaciones estresantes o difíciles de la vida, como lo puede ser el caso de esta contingencia Covid-19, aunado a la recomendación del distanciamiento social y el confinamiento en el hogar puede resultar complicado para algunos grupos de la población, particularmente en situaciones relacionadas a la alimentación lo que puede traer como consecuencia conductas alimentarias de riesgo (CAR). Este estudio tuvo como objetivo describir la presencia de CAR en mujeres universitarias con la finalidad de saber cómo se comporta este fenómeno durante la contingencia Covid-19. El proceso metodológico parte de un enfoque cuantitativo descriptivo, la población estuvo conformada por estudiantes de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León; la muestra se seleccionó de manera aleatoria de un total de 1 mil 593 obteniendo como resultado un total de 310 mujeres; se utilizó una encuesta autoinducida en la plataforma *Google Forms*. Dentro de los principales resultados se identificó que las CAR que más se presenta en la población encuestada son las conductas compensatorias, seguido de los atracones y por último las conductas purgativas.

¹⁹ Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

La pandemia del Covid-19 está aquejando la vida cotidiana de las familias de todo el mundo; son varias las áreas afectadas, dentro de estas se encuentra la alimentación y todos los aspectos relacionados a ella. Hay varios factores que se deben considerar como la complicación de las madres y los padres para realizar todas las actividades en casa (clases virtuales de los niños, limpieza, trabajo en casa y la elaboración de los alimentos, por mencionar algunas). Así mismo resultan de gran relevancia la compra de alimentos (quien se encarga de ello), los aspectos que influyen en su elección (precio, disponibilidad, calidad), quién los prepara y cómo los prepara; además de factores como las preferencias y motivos para consumir alimentos.

De manera más compleja se encuentra escasez de alimentos y la alza de algunos precios de productos de la canasta básica que dificultan aún más una elección de estos que sea sana, variada y nutritiva como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (2020); aún más grave resulta la situación de desempleo que se está presentando, teniendo como consecuencia una mayor presión económica al momento de la compra para optar por los que son más baratos, de menor calidad y en su mayoría procesados.

La manera en la que se alimentan las personas y, por consecuencia, sus conductas alimentarias, están condicionadas por aspectos a nivel interpersonal como los gustos, la autoimagen, la salud individual, los valores, la preferencias y el desenvolvimiento psicosocial; y a nivel intrapersonal como la forma y la manera en la que se alimenta la familia los amigos; así como las propias experiencias, los conocimientos, las reglas sociales y culturales, las redes sociales, los medios de comunicación y las tendencias que se encuentren de moda (Osorio y Amaya, 2013). Además, determinan la manera en la que se alimentan las personas la disponibilidad, diversidad y cantidad de productos disponibles que tienen una estrecha relación con la zona geográfica, los contextos políticos, económicos y socioculturales.

Dentro de este contexto se encuentra la relación que tiene la alimentación con situaciones estresantes o difíciles de la vida, como es el caso de esta contingencia, el brote de la enfermedad del coronavirus aunado a la recomendación del distanciamiento social y el

confinamiento en el hogar puede resultar estresante para algunas personas; emociones como el temor, la ansiedad y el estrés pueden ser agobiantes independientemente de la edad o el índice de masa corporal, trayendo como consecuencia conductas de riesgo relacionadas a la alimentación como comer en exceso, hacer ejercicio de manera excesiva, practicar ayunos o realizar atracones (Amador, 2017).

El estudio de las conductas alimentarias resulta importante debido a la correspondencia que puede tener con la prevención de enfermedades relacionadas con los alimentos como el sobrepeso, la obesidad, las enfermedades crónicas no transmisibles o los trastornos de la conducta alimentaria; además de que representan una respuesta biológica son esenciales en todo los seres humanos y de ellas también puede depender la preservación o no de la salud dependiendo de la edad, el grupo de la población, el género, entre otros (Amador y Cabello, 2016; Loubat, 2006).

En este sentido, Unikel, Díaz de León y Rivera (2017) definen las CAR como aquellas conductas inapropiadas y que son similares a las que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)²⁰ como la bulimia y la anorexia, pero que no cubren del todo sus criterios diagnósticos; estas incluyen prácticas como atracones (comer en exceso en un tiempo corto), la realización de dietas extremas, el uso de laxantes, diuréticos, la práctica excesiva de ejercicio, el vómito inducido con el objetivo de bajar de peso.

Aunque las CAR no tienen un diagnóstico clínico como un trastorno de la conducta alimentaria son reconocidas como conductas que dañan la salud y que pueden tener consecuencias en el funcionamiento psicosocial de las personas debido a que presentan síntomas similares a

²⁰ Los TCA son desordenes psiquiátricos, en los cuales se presentan percepciones y prácticas erróneas de la alimentación acompañadas de distorsiones en la apreciación del peso y la figura corporal. Las personas que sufren TCA presentan un miedo enfermizo a engordar en el que se interrelacionan tres tipos de factores: a) predisponentes, son aquellos que ponen en riesgo de padecer algún TCA, aunque no por tenerlos necesariamente se padecerá uno de estos; b) mantenedores, se refiere a las conductas compensatorias inapropiadas que conllevaran a la aparición de un TCA y c) aquellos que engloban las conductas compensatorias inadecuadas como atracones además de secuelas de tipo psicológico y fisiológico que no permiten abandonar el trastorno.

los de un trastorno psiquiátrico, como el trastorno afectivo, el de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria (González, et al., 2019).

Los problemas más importantes relacionados a la alimentación de adolescentes, jóvenes y adultos están asociados a las conductas alimentarias de riesgo, que de manera general pueden considerarse como la falta o exceso de alimentos acompañadas de una nula o excesiva actividad física y que tiene como consecuencias más relevantes el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, además de trastornos alimentarios como bulimia y anorexia (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2012).

Durante la última década los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado de manera alarmante, especialmente entre las jóvenes con edad comprendida entre 15 y 24 años; es por ello la necesidad de realizar estudios en población joven y no solo en adolescentes. Los TCA, son enfermedades complejas, multicausales y están representadas por alteraciones de la conducta que tienen que ver con la ingesta o no de alimentos; están incluyen dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. La mayoría de los trastornos alimentarios comparten síntomas como la preocupación excesiva por comer, preocupación por el peso, la figura corporal y el uso de medidas no saludables para reducir el peso (Franco, et al., 2010).

Por lo tanto, realizar mayores investigaciones acerca de las CAR es de suma importancia debido a su similitud de las manifestaciones que un TCA, pero con menor intensidad; además las prácticas de restricción alimentaria o el ejercicio en exceso se han llegado a considerar como normales en la población sin cuestionar hasta qué punto son saludables o no (Unikel, et al., 2017). Además, las CAR resultan peligrosas para la salud de las personas y en algunas situaciones pueden convertirse en un factor importante para el desarrollo de un TCA como la anorexia y la bulimia (Hernández y Laviada, 2017).

La importancia de estudiar las conductas alimentarias de riesgo no está solamente relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, pues es importante tomar en cuenta la epidemia de sobrepeso y obesidad que está afectando a todos los grupos etarios de la población (Amador y Cabello, 2016; Unikel, et al., 2017; ENSANUT, 2012; ENSANUT, 2016). No se puede pasar por alto que diversas enfermedades crónicas y metabólicas son consecuencia y

causa a la vez, de sobrepeso y obesidad que pueden ir acompañadas de conductas alimentarias de riesgo y que no necesariamente tienen que desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria.

En México la Encuesta Nacional de Nutrición (2012), hace un análisis de las CAR solamente en adolescentes, no obstante, dentro del contexto actual de la pandemia Covid-19 resulta prioritario incluir a todos los grupos de la población: adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, puesto que la alimentación es algo que se realiza de manera cotidiana y varias veces al día. En nuestro país, los peligros y daños a la salud que son consecuencia de las conductas alimentarias de riesgo se encuentran ausentes en la agenda de la salud pública; en las encuestas nacionales de nutrición de 2006 y 2012 se tomaron en cuenta solo a la población adolescente; no obstante, cada vez existe más interés en estudiar las CAR en poblaciones universitarias (Bezares, 2020; Escandón, et al., 2021)

En la población mexicana, donde existe mayor factor de riesgo de obesidad se encuentran los jóvenes de 19 a 25 años, la obesidad y el sobrepeso afecta al 38.4% de los adolescentes, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, su prevalencia combinada fue alrededor de 41.1% para las mujeres y 35.8% para los hombres. Debe destacarse que del 2012 al 2018 hubo un aumento significativo en los niveles de sobrepeso y obesidad en este grupo de la población, para las mujeres fue de 5.9% y para los hombres de 2.6% ,

Uno de los principales intereses de la obesidad y el sobrepeso en los adolescentes son las consecuencias que puede tener para su salud en el futuro, debido a la aparición de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) como la Diabetes Mellitus II (DM2), la presión alta o hipertensión (OMS, 2020). Aunque estas enfermedades no afectan solo a los adolescentes con sobrepeso u obesidad, se considera que se tiene un mayor riesgo de desarrollarlas en el futuro (OMS, 2018).

Las ECNT resultan un reto que enfrentan los sistemas de salud de países industrializados debido a los altos índices que presentan, además de su contribución a la mortalidad en general; estas enfermedades se ven favorecidas por factores como la urbanización, la mundialización de los modos de vida poco saludables, las dietas inadecuadas y la poca actividad física (OMS, 2018).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), las conductas alimentarias de riesgo son consideradas como una falta o exceso de

alimentos, algunas veces acompañada de una nula o excesiva actividad física; es decir una conducta alimentaria de riesgo puede considerarse como una acción o práctica que puede provocar o desencadenar, por una lado, sobrepeso u obesidad, lo que conlleva a una mayor probabilidad de adquirir un enfermedad crónica no trasmisible; y por otro un mayor riesgo de padecer un trastorno como la anorexia, la bulimia u otro padecimiento relacionado con la alimentación.

Dentro de los objetivos del Trabajo Social en el área de la salud se encuentra la investigación de factores psicosociales que incidan en procesos de salud-enfermedad, además de la intervención directa en problemas de salud; sobre todo en el acompañamiento, asesoría y canalización de personas enfermas y sus familiares (Amador, Sánchez y Gonzales, 2020). No obstante, existe una necesidad de que los profesionales del trabajo social se involucren en la investigación de problemas específicos relacionados a la alimentación de la población, como las conductas alimentarias de riesgo, el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, que han sido estudiados en su mayoría por especialidades médicas o de enfermería.

Metodología

Este estudio se realizó a partir de una metodología cuantitativa y desde un enfoque descriptivo; este tipo de estudios tienen como finalidad describir fenómenos, situaciones, contextos o eventos específicos; en el caso de éste se describirán las CAR de mujeres jóvenes universitarias durante el confinamiento (octavo mes) provocado por el Covid-19.

La población estuvo conformada por estudiantes de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León; la muestra se seleccionó de manera aleatoria, de un total de 1 mil 593 estudiantes considerando un intervalo de confianza de 5 y un nivel de confiabilidad de 95%, obteniendo como resultado un total de 310 mujeres.

Los criterios de inclusión a la investigación fueron los siguientes:

- Ser estudiante universitario de algún grado ofrecido por la FTS de la Universidad Autónoma de Nuevo León
- Tener de 18 a 29 años
- Ser mujer

- Voluntad y disponibilidad de participar en el estudio

En este sentido para el método de recolección de datos, el instrumento que se utilizó fue el Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo (CBCAR) elaborado por Unikel, Bojórquez y Careño y (2004), en el cual se considera un espacio de tiempo de los últimos tres meses a la fecha de aplicación y está conformado por 10 ítems, dividido en tres factores específicos que se describen a continuación:

- Atracones
 - Durante los últimos tres meses he comido demasiado, me he atascado de comida
 - Durante los últimos tres meses he perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)
- Conductas compensatorias
 - Durante los últimos tres meses me ha preocupado engordar
 - Durante los últimos tres meses he hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso
 - Durante los últimos tres meses he hecho dietas para tratar de bajar de peso
 - Durante los últimos tres meses he hecho ejercicio para tratar de bajar de peso
- Conductas purgativas
 - Durante los últimos tres meses he vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso
 - Durante los últimos tres meses he usado pastillas para tratar de bajar de peso
 - Durante los últimos tres meses he tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso
 - Durante los últimos tres meses he tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.

Se les cuestionó las participantes si durante los últimos tres meses de confinamiento habían realizado alguna conducta alimentaria de riesgo; la escala utilizada consistió en cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca (0), a veces (1), con frecuencia (dos veces en una semana)

(2) y con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana) (3). La mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria.

Resultados

Dentro de este estudio se pudo identificar que las CAR que más se presenta en la población encuestada son las conductas compensatorias, seguido de los atracones y por último las conductas purgativas. A continuación, se presentan los resultados específicos de cada uno de estos factores.

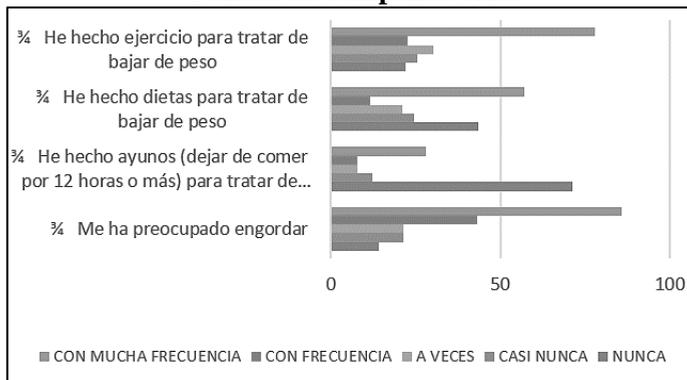
Conductas compensatorias

Las conductas alimentarias compensatorias o restrictivas son cada vez más populares en los grupos de la población no adolescentes; estas conductas se han vuelto “normales” o socialmente aceptables debido al ideal de belleza relacionado con una imagen corporal delgada, el acondicionamiento físico y el seguimiento a dietas restringidas. Relacionado a lo anterior se puede observar que en este estudio el 85.9% ha tenido preocupación por engordar en los últimos tres meses, casi el 60% ha realizado algún tipo de dieta para bajar de peso, además el 78% ha realizado ejercicio con el único fin de bajar de peso y por último y no menos importante aproximadamente el 30% ha hecho ayunos o ha dejado de comer por más de 12 horas para tratar de bajar de peso.

La preocupación por el peso y la comida que se consume hace referencia a sentimientos de culpa e insatisfacción que surgen debido a la forma de comer o al cómo se realizan las conductas alimentarias, además de que se está en una constante lucha por no consumir alimentos (Franco, et al., 2017). En la actualidad existen diferentes causas que han influido en la población para que en los jóvenes se incremente la popularidad de las dietas, dentro de las principales se encuentra el poder de los estereotipos de belleza, salud y autocontrol. Algunos autores (Hernández y Laviada, 2016; Castro y Ramírez, 2013; Torres, 2018) afirman que son las mujeres las que se ven en mayor medida afectadas por la presión social y esto trae como consecuencia la realización de

dietas para bajar de peso o el desarrollo de atracones como lo pudimos observar en la población de este estudio (Gráfica 1).

Gráfica 1
Conductas compensatorias

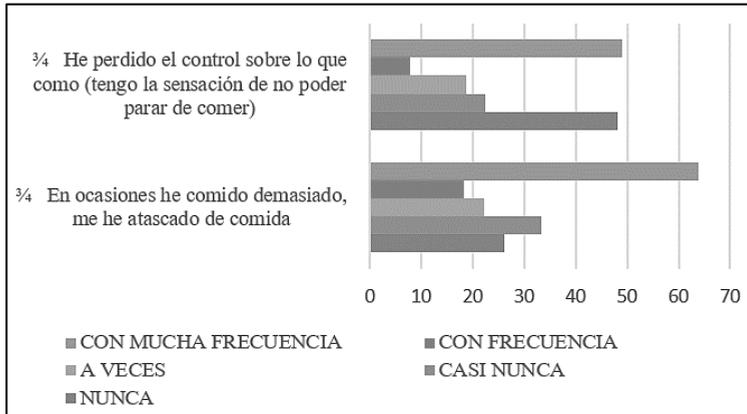


Fuente: Elaboración propia, 2021.

Atracones

En relación con este tipo de conductas alimentarias de riesgo se encontró que en los últimos tres meses durante el confinamiento por la pandemia el 63.7% ha comido demasiado y casi el 50% ha perdido el control por lo que come o ha tenido la sensación de no poder parar de comer como se puede ver en la gráfica 2. Resulta importante mencionar que en años recientes el trastorno por atracón ha sido catalogado por las autoridades de salud a nivel mundial como un trastorno de la conducta alimentaria además de la bulimia y la anorexia (20). El comer en exceso o perder el control sobre lo que se come está relacionado a factores emocionales y psicológicos que lleva a las personas que tienen este tipo de conductas alimentarias a la frustración, la culpa y el disgusto por ellas mismas al no poder mantener un patrón alimentario adecuado o un tipo de alimentación considerada buena o sana; estas situaciones pueden aumentar el estrés y disminuir la autoestima y la percepción positiva de la imagen corporal, además de favorecer la frecuencia de este tipo de conductas (Castro y Ramírez, 2013; Cabello, 2010).

Gráfica 2
Atracones



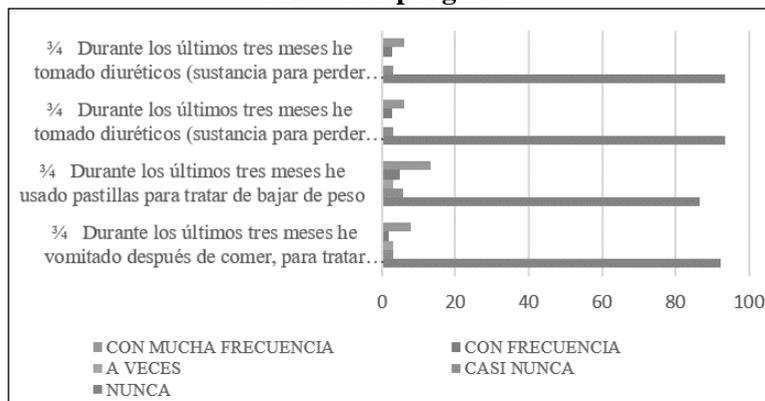
Fuente: Elaboración propia, 2021.

Conductas purgativas

Este tipo de conductas son las que menos se presentan en la población de este estudio, podemos observar en la tabla 3 que el 17% de la población ha utilizado laxantes durante los últimos tres meses en el periodo de contingencia para facilitar la evacuación y bajar de peso, esta conducta está relacionada con el comer en exceso o darse un atracón de comida; como se pudo ver anteriormente en los resultados de este estudio casi el 90% de la población ha realizado esta conducta de riesgo.

Además, el 13.3% admitió usar pastillas para bajar de peso al menos alguna vez durante los últimos meses y en porcentajes menores usaron diuréticos (6%) o vomitaron después de comer (7.7%) (Gráfica 3). Resulta importante mencionar que las personas que desarrollan alguna de estas conductas de riesgo tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia. Existen estudios como los de (Chávez, et al., 2004; Mancilla, et al., 2004; Hernández y Laviada, 2014; Unikel, et al., 2007 y Torres 2018) que evidencian que es la población femenina la que siente una mayor insatisfacción con su cuerpo, quieren ser más delgadas y realizan diversas conductas para reducir y controlar su peso corporal que las pueden poner en riesgo como el consumo de productos para adelgazar, vomitar o realizar ejercicio en exceso (Franco, et al., 2010).

Gráfica 3
Conductas purgativas



Fuente: Elaboración propia, 202

Conclusiones

La alimentación ha dejado de ser sólo una respuesta ante una necesidad biológica, también responde a factores de índole económico, cultural, psicológico, histórico o contextual ya que implica la interacción de las personas con su medio ambiente y su situación actual; en el caso de este estudio el confinamiento y las reglas de distanciamiento físico a causa de la pandemia Covid-19. Es importante que se realicen investigaciones acerca de la manera en la que se alimentan las personas, cabe destacar que una de las limitaciones de este estudio es que está orientado solo a una población de mujeres universitarias.

Las conductas alimentarias de riesgo exponen a las personas a situaciones de vulnerabilidad social y ponen en riesgo su salud y se debe resaltar que diversas enfermedades crónicas y metabólicas son consecuencia y causa a la vez, de sobrepeso y obesidad, que pueden ir acompañadas de conductas alimentarias de riesgo y que no necesariamente tienen que desencadenar un TCA. En las sociedades actuales existe en todos los grupos de la población una mayor preocupación por cumplir con los estándares de belleza y responder a los estereotipos marcados por la televisión, las redes sociales, la música y algunas veces se está dispuesto a hacer cualquier cosa para conseguirlo, en el caso de este estudio el desarrollo de conductas de riesgo.

Los ideales de belleza han cambiado y como se pudo observar en los resultados, cada vez es más frecuente que se realicen este tipo de conductas; uno de los aspectos a destacar es que la investigación relacionada a las conductas de riesgo está solamente enfocada a los trastornos de la conducta alimentaria dejando de lado la relevancia que tienen padecimientos como el sobrepeso y la obesidad. Asimismo, se deben conocer las características específicas de todos los grupos de la población, sus formas y maneras de alimentarse en su vida cotidiana, sus motivos, preferencias y demás aspectos que influyen en la elección de sus alimentos con la finalidad de intervenir de manera adecuada en la prevención y tratamiento de las enfermedades que están relacionadas a la alimentación descritas en este estudio.

Resulta importante destacar que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2016 y 2020 no consideró el estudio de las conductas alimentarias de riesgo en ningún grupo de la población por lo que se considera necesario realizar más estudios de esta problemática social en adolescentes y sobre todo en jóvenes y adultos que son los que presentan los mayores porcentajes de problemáticas relacionadas a la alimentación como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los problemas relacionados a la alimentación de la población son un asunto pendiente a resolver en la agenda pública de la mayoría de los países latinoamericanos (OMS, 2019), la investigación de estos por parte de los profesionales del trabajo social puede contribuir y complementar a la intervención directa en los procesos de salud enfermedad, al igual que ayudar a frenar pandemias como la del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, además de conductas alimentarias de riesgo que son la antesala de los trastornos de la conducta alimentaria.

El profesional del Trabajo Social tiene funciones esenciales en el campo de la alimentación y la salud, a partir de generar entornos adecuados y promover, junto a otros, elecciones y acciones responsables, para ello la investigación de los problemas de la alimentación como las conductas alimentarias de riesgo resulta prioritario.

Referencias

- Amador, S. R. y Cabello M. L. (2016). Conductas de riesgo relacionadas a la alimentación de los adolescentes de Nuevo León según la ENSANUT 2012. *Políticas Sociales Sectoriales*. 2 (2), 746-760.
- Amador, S. R. y Cabello M. L. (2017). Conductas de riesgo y relevancia social de los problemas relacionados a la alimentación de los adolescentes: sobrepeso, obesidad, enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos de la conducta alimentaria. *Políticas Sociales Sectoriales* 3 (3), 658-670.
- Amador, S. R., Sánchez, K. E. y González, L. (2020). Competencias en investigación para el ejercicio profesional de trabajadores sociales en el área de salud. *Trabajo Social Hoy*, 89, 51-63.
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 128-129.
- Bezares, V. (2020). Factores de riesgo y determinantes que condicionan a conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes universitarios. En V. Bezares, Cruz, R. M., Acosta, M. E. y Ávila, M. L. (Ed.) *Experiencias en investigación en estilo de vida saludable*. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. 199-213.
- Cabello, M. (2010). *Voces y vivencias de aquellos que gozan y sufren la obesidad. Un estudio fenomenológico*. Nuevo León, México: UANL
- Castro, A. L. y Ramírez, A. L. (2013). Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22 (1), 20-26.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Enfermedad del Coronavirus (*Covid-19*) *Estrés y como sobrellevarlo*. Recuperado de: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
- Chávez, A., Macías, L., Gutiérrez, R., Martínez, C. y Ojeda, D. (2004). Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Universitaria*, 14, 17-24.
- Escandón, N., Apablaza, J., Novoa, M., Osorio, B. y Barrera, A. (2021). Factores predictores asociados a conductas alimentarias de riesgo en

- universitarios chilenos.: *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 41(2), 45-52.
- Franco, K.; Martínez, A.; Díaz, F.; López, A.; Aguilera, V. y Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (2), 102-111.
- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Oropeza, C., y Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, R. C., Gómez, G. y Platas S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista de Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- Hernández, V. M. y Laviada, H. A. (2014). Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Biomédica*, 25 (1), 17-21.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSAN UT.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSAN_UT.pdf)
- León, R. C., Gómez, G. y Platas S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental UNAM*, 31(6), 447-452.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Álvarez, G., López, X., Vázquez, R. y Ocampo, M. T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. *Psicología y Ciencia Social*, 6, 56-65.
- Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitre, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X., et al. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds.), *Trastornos del comportamiento alimentario en países hispano-latino-americanos* (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Consejos para una alimentación sencilla, asequible y saludable durante el brote de Covid-19. Ideas para ayudar a tu familia a practicar una dieta nutritiva*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/consejos-para-alimentacion-sencilla-asequible-saludable-durante-brote-covid-19>

- Torres, L. L. (2018). *Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios. Estudio transversal en 4 rangos de edad que abarca de los 18 a los 49 años*. Tesis para obtener el grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/47905/1/T39985.pdf>
- Unikel, C., Bojórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, C., y Medina, M. (2007). Conductas alimentarias de riesgo en la población estudiantil del distrito federal 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
- Unikel, C., Díaz de León, C. y Rivera, J. A. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3) 141-148.
- Unikel, C., Díaz de León, C. y Rivera, J. A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. México: Universidad.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515. Recuperado en 01 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600005&lng=es&tlng=es. Autónoma Metropolitana.

Constitución física y alimentos que consume el estudiantado de educación superior del Campus V del Instituto Campechano

María Eugenia López Caamal
María Concepción Ruiz de Chávez Figueroa
América Nichte Ha Quime Canul²¹

Resumen

Las instituciones de educación superior tienen el compromiso de coadyuvar en la promoción de una alimentación saludable, que incorpore acciones en el control del peso conforme a los estándares y normativas de la organización mundial de la salud. El estudio tiene un alcance descriptivo, con enfoque cuantitativo, se utilizó el cuestionario validado sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios (ESVISAUN) que explora datos sociodemográficos y hábitos alimenticios. El objetivo del estudio fue analizar la constitución física y alimentos que consume el estudiantado de educación superior del Campus V del Instituto Campechano. El diseño fue transversal, no se presenta muestra ya que se aplicó a la comunidad estudiantil del Campus V del Instituto Campechano, con la participación de 483 estudiantes de las licenciaturas de gastronomía, trabajo social, mercadotecnia y turismo. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS. Se empleó la estadística descriptiva e inferencial para el análisis estadístico, se asociaron variables mediante la prueba Chi-cuadrada. Los resultados muestran que el 42% del estudiantado pesa entre 60 a 79 kg, 73% tiene una talla de 1.50 a 1.69

²¹ Escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano

cm, y consume el 33% alimentos fritos. Se obtuvo una significancia de .044, (< 0.05) que determina que existen diferencias significativas entre los estudiantes de las escuelas en lo relativo a su estructura-peso; no encontrando diferencias entre el sexo, cambio de peso por escuela, y dieta o alimentación especial.

Introducción

La principal función de la alimentación es aportar los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas y funcionales de las personas, a través de los macronutrientes (carbohidratos, lípidos y proteínas) y de los micronutrientes (vitaminas y minerales esenciales), además del agua, consumidos en forma equilibrada y de acuerdo a los requerimientos de cada edad y sexo, obtenemos todo lo necesario para “vivir bien” desde el punto de vista nutricional (Valenzuela, et al., 2014).

La alimentación es, al mismo tiempo, individual y social, por el carácter dual del gusto como construcción social que condiciona al sujeto para elegir lo que de todas maneras estaría obligado a comer. Reflexionar sobre la alimentación deja en claro que la nutrición es un factor de importancia crucial, tanto en los sujetos para mantener la salud, como en los grupos para mantener el orden. La alimentación es particularmente importante para la epidemiología, ya que condensa problemáticas diversas: es al mismo tiempo, un elemento privilegiado en el proceso de salud-enfermedad y un fenómeno económico, político, social y cultural (Aguirre, 2016).

Una sana alimentación forma parte de una vida saludable en tanto ayuda a proteger de enfermedades, alarga la esperanza de vida y mejora la calidad de esta; por su parte, los hábitos alimentarios no sanos forman parte de los principales factores de riesgo para la salud a nivel mundial (OMS, 2018). Existen diversos elementos y factores, que son indispensables a los seres vivos; la alimentación, por su condición esencial y continua es uno de ellos (Mariño, Nuñez y Gámez, 2016)

Es importante visualizar a la alimentación en su complejidad, no como producto del metabolismo, o la economía, o los valores que le dan sentido, sino como producto y, a la vez, productora de relaciones sociales; revisando la historia social de la alimentación humana vemos

que articula el medio ambiente y la tecnología extractiva con las instituciones sociales y los sistemas políticos; así la tríada alimentación-salud-poder era explícita, incuestionablemente obvia (Aguirre, 2016).

En su definición general, la talla, se define como la estatura o altura de las personas; el peso, se refiere a la masa corporal (RAE, 2020). Los indicadores inmediatos de la condición física de las personas son la talla y el peso, mismos que permiten determinar el índice de masa corporal, los tres ligados al consumo de alimentos. La educación para la promoción de estilos de vida saludables, con énfasis en la alimentación del estudiantado de educación superior, representa un derecho para vivir una vida estudiantil en plenitud que considere la calidad de vida como una prioridad alejada de la enfermedad.

La constitución física, es el estado de la naturaleza corporal de una persona, esta determina si se tiene una condición física, es decir, un estado corporal en buena condición es capaz de realizar actividades con eficacia, vigor, gastando el mínimo de energía necesaria y con menos riesgos de lesionarse; o por el contrario, se tiene una mala condición física, lo que dificulta la realización de las actividades, hay fatiga, menos vigor y resistencia, y no es efectivo al realizar las tareas (Ruz, 2017).

Es crucial que el estudiantado de educación superior procure una alimentación saludable para disponer de los recursos físicos necesarios para el adecuado aprovechamiento académico. Además, los hábitos alimentarios son un aspecto relevante del estilo de vida y pueden constituir un factor de riesgo en la aparición de enfermedades (Sánchez, et al., 2016). El impacto del peso corporal en la adolescencia va más allá del aspecto físico o la salud física, los aspectos psicológicos y sociales son también afectados; tanto la obesidad como el bajo peso representan grandes problemas (Hidalgo-Rasmussen, Hidalgo-San Martín y Aguilera, 2012).

De manera general, los tipos de constitución física son: endomorfo, personas de complexión robusta y masa corporal alta; ectomorfo, personas con largas extremidades, delgadas y con un índice de masa corporal bajo; mesomorfo: personas de contextura atlética, estructura de músculos y esqueleto proporcionados (Ruz, 2017). Para la constitución física del estudiantado es preciso considerar la estatura baja de la generalidad de los mexicanos, por lo que habrá, en general y de acuerdo con la clasificación, personas robustas y de talla baja,

delgadas con masa corporal baja y con baja estatura, aunque habrá otros, que estén en la clasificación señalada.

El sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo, ambos son indicadores que determinan el índice de masa corporal (IMC), así como la circunferencia de cintura; el IMC es la relación entre el peso y la talla; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Una persona que presenta obesidad abdominal (+80 cm en mujeres y +90 cm en hombres), la mayor parte de su grasa corporal se encuentra en la cintura y tiene mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles como son la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, ataques cardíacos, entre otros (secretaría de salud, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la tabla de índice de masa corporal (IMC), indica que una cifra igual o mayor a 25 determina sobrepeso, y un IMC igual o superior a 30 indica obesidad (OMS, 2020).

El progreso económico trajo el sedentarismo y drásticos cambios en el consumo de alimentos, particularmente de algunos componentes alimentarios, como el sodio, las grasas saturadas, las grasas trans, los hidratos de carbono refinados (azúcar, jarabes de glucosa y fructosa), junto con un déficit de fibra dietética, antioxidantes naturales, ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y un dramático desbalance en la relación ácidos grasos omega-6/omega-3; lo que claramente favorece un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, entre otros (Valenzuela, et al., 2014).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 revela que en la población de 20 años o más, los hombres (42%) reportan una prevalencia más alta que las mujeres (37%). En el grupo de mujeres de 20 a 29 años, la prevalencia de obesidad es de 26% y aumenta a 46% en el grupo de 30 a 59 años; en los hombres se observa un aumento menos pronunciado al pasar de 24 a 35%. (INEGI, 2020)

En la evolución humana, un hecho inédito y radical ha ocurrido en menos de 50 años: la composición corporal de nuestra especie ha cambiado de manera significativa. Si bien los humanos actuales no somos muy diferentes de los que habitaron África hace 150 mil años, es inobjetable que nuestro cuerpo tiene ahora un porcentaje sustancialmente mayor de masa grasa debido a la alteración de los

hábitos alimentarios y la falta de actividad física; esto ha traído como consecuencia el incremento de enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad (Rivera, Aguilar y Hernández, 2015).

En el estudio realizado por la Universidad Autónoma del Estado de México, en una muestra de diversas licenciaturas, de 150 hombres y 150 mujeres, con edades entre 18 y 23 años, en la que se encontró que los hábitos alimentarios para muchos de los estudiantes no son los adecuados, dado que una tercera parte omitieron una de las tres comidas principales del día y otros sustituyeron las comidas por alimentos no recomendables, provocando un desequilibrio energético por ayuno o falta de nutrientes y la ingesta de un alto aporte calórico en el momento de disponer de éstos, lo cual es un antecedente del síndrome metabólico y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) (Martínez-Hernández, Sandoval-Copado y Aranzana, 2021).

El incremento del individualismo impone que el bienestar y el cumplimiento de los deseos devienen en supremos objetivos, personales (éticos) y colectivos (políticos). El control sobre la propia vida, el matrimonio, el trabajo, etcétera, se ve como deseable y saludable pero estas nuevas subjetividades, al mismo tiempo que liberan, traen nuevas crisis: el individuo vive eligiendo. Aparecen entonces los comensales selectivos (vegetarianos, veganos, ovolácteos, locávoros, granívoros), Todas estas representaciones se legitiman remitiéndose a criterios de salud, contruidos *ad hoc*. ¿Estarán en lo cierto? (Aguirre, 2016)

México destina recursos financieros para la atención a la salud para enfermedades crónico-degenerativas, las cuales en su mayoría son prevenibles con una alimentación saludable, que prevenga el sobrepeso y la obesidad, así se generaría una reducción de costos en los servicios médicos que pueden ser aplicados a otros rubros importantes de salud. Los costos de la diabetes se deben principalmente a las comorbilidades; un paciente sin control de su diabetes cuesta lo mismo que cinco pacientes en control; se estima que para 2030 se necesitará tres veces más el presupuesto actual para atender la diabetes y sus complicaciones. Sin embargo, mejorar el control de la diabetes y el riesgo de complicaciones, se lograría un ahorro de \$200 mil millones para 2030 (Novo Nordisk, 2020)

Se agrega que expertos del sector salud afirman que el sobrepeso y la obesidad son en gran parte prevenibles llevando una dieta sana y

balanceada (secretaría de salud, 2016). El estudio contribuye al análisis situacional sobre la alimentación, respecto a la constitución física y alimentos que consume el estudiantado y las instituciones juegan un papel importante en promoción y el desarrollo de acciones para que la población cuente con una sana alimentación.

Método

La investigación es descriptiva con un enfoque cuantitativo, en la obtención de los datos se recurrió al instrumento diseñado por Bennassar (2012) sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios (ESVISAUN), el cual es un cuestionario estructurado dirigido a población de educación superior, para su validación en la prueba piloto se aplicó a estudiantes inscritos en cuatro ramas de conocimiento: arte y humanidades, ciencias de la salud, ciencias sociales y jurídicas e ingeniería y arquitectura; en cuanto a su estructura y consistencia, se considera un instrumento útil y fiable, en este proceso se empleó el método sistemático e interactivo de Delphi, así como la validez de criterio (a través del análisis factorial) y la fiabilidad (a través de la consistencia interna y del test-retest), en esta última obtuvo valores que se ubican en torno a 0.90.

En el estudio que se presenta, los participantes fueron los estudiantes del Campus V del Instituto Campechano, quienes en su totalidad colaboraron 483 de 570 inscritos en los semestres primero, tercero, quinto y séptimo, de las cuatro licenciaturas: gastronomía, mercadotecnia, turismo y trabajo social. La forma de aplicación del cuestionario fue auto administrada, que es la forma sugerida por el autor; dado el contexto de la pandemia por Covid-19 se distribuyó mediante la herramienta de *Google formulario*; se contó con la colaboración de los directivos y docentes para la recolección de datos mediante la distribución del cuestionario vía correo electrónico institucional. Se retomaron datos sociodemográficos, de peso y talla de los estudiantes, así como de los alimentos que consumen. En el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico para investigaciones sociales (SPSS) versión 25, en la interpretación y el análisis se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, esta última mediante la Chi-cuadrada para comparación de grupos.

Resultados

Los resultados sobre las condiciones alimentarias del estudiantado de educación superior, de cuatro licenciaturas: gastronomía, mercadotecnia, turismo y trabajo social, con el objetivo de analizar la constitución física y alimentos que consumen, se muestran a continuación:

Los *datos generales* muestran que el 75% tienen entre 19 a 22 años de edad, el 64% son de sexo femenino, 34% masculino, el 2% prefiere no decir su sexo; su escuela de procedencia: 33% son de gastronomía, 27% de trabajo social, 24% son de turismo y 16% están inscritos en mercadotecnia; respecto a su lugar de residencia, todos viven en el estado de Campeche, 65% (o) y 3% es casada (o) o vive en unión libre; sin hijos el 95% y el 5% cuenta con ellos, este último corresponde a 23 estudiantes con progenitores; respecto a la actividad laboral, 65% no labora y el 35% desempeña alguna actividad económica, los cuales corresponden a 169 estudiantes.

Los datos sobre la *constitución física* del estudiantado en relación con el peso, muestra cinco de los pesos con mayor porcentaje: 70 kg el 8%, 60 kg un 6%, 80 kg el 5%, 90 kg el 4%, y 75 kg con 4%. En la revisión por rango según su peso, se encontró: 1% de 40 kg o menos, 30% pesa 40 a 59 kg, 42% oscila entre 60 a 79 kg, 21% pesa entre 80 a 99 kg, 4% de 100 a 119 kg, y 2% de 120 a 150 kg. Se agrega que un estudiante pesa menos de 40 kg y uno 150 kg. En este rubro, pero en relación con la talla, los datos obtenidos fueron: 4% de 1.49 cm a menos, 73% de 1.50 a 1.69 cm, 22% de 1.70 a 1.89 cm, 1% de 1.90 cm a más.

En el análisis de los datos sobre el peso y la talla, los resultados indican que el *peso* que prevalece en el estudiantado es entre 60 a 79 kg (42%), y la *talla* con mayor presencia es de 1.50 a 1.69 cm (73%), de ello se puede obtener que el peso promedio es de 69.5 kg y la talla promedio es de 1.59 cm. La tabla de peso y talla para los jóvenes mexicanos establece para mujeres de talla pequeña con estatura de 1.60 cm un peso mínimo de 51.2 kg, en talla grande, con la misma estatura establece un peso máximo de 60.2 kg. En los hombres con talla pequeña, con la estatura promedio de los estudiantes de 1.60 cm, indica un peso mínimo de 51.2 kg, y en talla grande con la misma estatura,

señala un peso máximo de 64.0 kg (Aguilar, 2015). Los resultados infieren sobrepeso en ambos grupos (mujeres y hombres) al estar por encima de los máximos establecidos de peso.

Retomando la fórmula de *índice de masa corporal* (IMC) y los datos obtenidos, el resultado de peso/talla² corresponde a 69.5/1.59², lo que es equivalente a 69.5/2.5281, y que da como resultado un IMC promedio de 27.4 para los estudiantes; la tabla de IMC señala que >25 indica presencia de sobrepeso; se infiere mediante estas proyecciones, que el 42% del estudiantado presenta sobrepeso, considerando que este porcentaje se ubica en el rango de 60 a 69 kg; el panorama se agudiza al sumar el 21% que tiene un peso entre 80 a 99 kg.

Los estudiantes en relación a su *estructura* consideran que su peso es: 60% *algo superior de lo normal* y *bastante superior de lo normal*, el 31% reconoce que es *normal* y 9% *inferior a lo normal*. El tiempo que transcurre en pesarse, el 32% lo hace *mensualmente*, de manera *anual* 28% y *nunca o casi nunca* 3%, finalmente el 9% *a diario* o *semanalmente*. En cuanto a si ha cambiado su peso en el último año, 15% no reporta pérdida de peso, 23% perdió de 1 a 4 kg, 12% perdió 5 o más kg, 36% ganó peso de 1 a 4 kg, y 14% tuvo una ganancia de 5 kg o más, con ello se obtiene que el 50% ganó de 1 a 5 kg o más, y el otro 50% tuvo pérdida de peso de 1 a 5 kg o más, entre estos también se encuentran los que no perdieron peso. El 75% refiere que *“le preocupa su peso”* y al 25% *“no le preocupa”*. En relación si en el momento actual sigue alguna dieta o régimen especial, 74% expuso “no”, el 23% “si”, para ganar peso, el 3% lleva un régimen especial por enfermedad o problema de salud, representado por 17 estudiantes.

Tabla 1
Estructura-peso en estudiantes del Campus V

En relación con tu estructura, tu peso es:		
	Frecuencia	Porcentaje
Inferior a lo normal	42	9.0
Normal	151	31.0
Algo superior de lo normal	193	40.0
Bastante superior de lo normal	97	20.0
Total	483	100.0

Fuente: Elaboración propia, 2022

En el análisis inferencial se determinó la asociación de variables para identificar diferencias significativas entre las cuatro escuelas.

En lo que respecta a las variables *estructura-peso* y *escuela de procedencia*, en el recuento general se muestra la frecuencia más alta en las respuestas *algo superior de lo normal* y *normal*; por escuela se observa lo siguiente: los universitarios de turismo consideran su *peso normal*, gastronomía y mercadotecnia la mayor frecuencia está en *algo superior de lo normal*, y trabajo social en el recuento presenta la misma frecuencia en *peso normal* y *algo superior a lo normal*. Se obtuvo una significancia de .044, (< 0.05) que determina que existen diferencias significativas entre los estudiantes de las escuelas en lo relativo a su estructura-peso.

Tabla 2
Estructura-peso y escuela de procedencia

		En relación con tu estructura, tu peso es:			
		Inferior a lo normal	Normal	Algo superior de lo normal	Bastante superior de lo normal
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Escuela de procedencia	Turismo	8	45	39	24
	Gastronomía	18	36	69	38
	Mercadotecnia	8	22	37	9
	Trabajo Social Campeche	8	48	48	26

Fuente: Elaboración propia, 2022

Tabla 3
Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para estructura-peso y escuela de procedencia

		En relación con tu estructura, tu peso es:
Escuela de procedencia	Chi-cuadrado	17.319
	df	9
	Sig.	.044*

Nota: Existe diferencias significativas cuando se obtiene valores de $> .05$

Fuente: Elaboración propia, 2022

En la relación entre la misma variable de *estructura-peso* y *el sexo de los estudiantes*, se observa en el recuento que hombres, mujeres y los que prefieren no decir su sexo, la opción con mayor frecuencia en su

peso es algo superior de lo normal y el de menor frecuencia inferior a lo normal. En la significancia se obtuvo .509, (> 0.05) que determina que no existen diferencias significativas entre los estudiantes de las escuelas en lo relativo a su estructura-peso y el sexo.

En los ítems sobre si han *cambiado de peso en el último año y la escuela de procedencia*, los resultados generales considerando las cuatro licenciaturas, muestra mayor incidencia en haber ganado en el último año de 1-2 kg y en segundo lugar haber subido de 3-4 kg, el de menor incidencia fue haber perdido de 3-4 kg. En la asociación de las dos variables se obtuvo .270 (> 0.05), lo que determina que no hay diferencias en el cambio de peso entre los universitarios de las diferentes escuelas del Campus V.

El mismo ítem si han *cambiado de peso en el último año y el sexo de los estudiantes*, los resultados generales han sido mencionados; se agrega que en la asociación de las dos variables se obtuvo una significancia de .767 (> 0.05), por lo tanto, no hay diferencias en el cambio de peso entre los hombres y mujeres universitarios de las diferentes escuelas.

Un ítem también relacionado con el peso es *si les preocupa su peso y la escuela de procedencia*, los datos generales del recuento reportan que a la mayoría de los estudiantes de las cuatro licenciaturas *si les preocupa su peso*. En cuanto a la asociación de las dos variables los resultados muestran una significancia de .785 (> 0.05), lo que resuelve que no se encontró asociación significativa y/o diferencias entre la preocupación por el peso y la escuela de procedencia.

Respecto a *les preocupa su peso y el sexo de los estudiantes*, a los hombres, mujeres y a quienes prefieren no decir su sexo, todos ellos reportan la mayor frecuencia en la respuesta de *si les preocupa su peso*. En cuanto a la asociación de las dos variables los resultados muestran una significancia de .203 (> 0.05), lo que determina que no hay diferencias entre la preocupación por el peso y el sexo de los universitarios.

En cuanto a *sigue alguna dieta o régimen especial y la escuela de procedencia*, el recuento reporta que la mayoría de los estudiantes indistintamente de la escuela de procedencia *no siguen una dieta o régimen especial para su peso*. La asociación entre las dos variables reporta una significancia de .362 (> 0.05), con lo cual se resuelve que

no existe diferencia entre las escuelas de los universitarios que siguen una dieta y los que no llevan algún control para su peso.

La misma variable *sigue alguna dieta o régimen especial y el sexo de los estudiantes*, en congruencia con los resultados de escuela de procedencia la respuesta con mayor frecuencia es *no siguen una dieta o régimen especial para su peso*. La asociación entre las dos variables reporta una significancia de .084 (>0.05), por lo cual, no existe una asociación o diferencia entre ser hombre o mujer en relación a seguir una dieta.

Consumo de alimentos

En relación con la frecuencia con la que *consumen los alimentos fritos*, se obtuvo que el 33% consumen *a menudo y siempre*, 45% *a veces* y 22% *casi nunca y nunca*. Sobre los alimentos hervidos, 45% lo consumen *a menudo y siempre*, 39% *a veces* y 16% *casi nunca y nunca*. Los alimentos asados, presenta un consumo de: 53% *a menudo y siempre*, 36% *a veces* y 11% *casi nunca y nunca*. Respecto a la cantidad que quieren: 43% consumen *a menudo y siempre*, 30% *a veces* y 27% *casi nunca y nunca*.

En cuanto a los promedios de alimentos consumidos se observa que los *lácteos más consumidos de 1 a 3 veces al mes* se destacan los quesos con un 46.6%, quesos desnatados 43%, natillas 32.2%, leche/yogur entero 30%, helados 25.4%, leche semidescremada 21.7%, leche y yogur desnatado 21.3%. Los *alimentos de origen animal* consumidos de 1 a 3 veces al mes: huevos de gallina 46%, carne de res 43.4%, carne de pollo 25.6%, hamburguesas 68.1%, embutidos 60.3%, jamón serrano 49.9%, pescado azul 43.4%, pescado blanco 44.5%, mariscos 51.3%. Se observa que los más consumidos son los no recomendables para una dieta saludable, entre ellos los embutidos, carnes procesadas como hamburguesas y el jamón serrano. Mientras que aquellas carnes que son consideradas saludables, debido a su contenido alimenticio como el pescado, tiene un menor consumo.

Las *frutas, verduras y hortalizas* se consumen de la siguiente manera: frutas cítricas 51.2%, frutas no cítricas 35.7%, jugo de frutas 25.3% y frutos secos 27.5%, verduras de hortal cocidas 18.4%, verduras de hortal crudas 18.2%, legumbres 24.4%; a pesar de que los números

son considerables no hay que omitir que este consumo es de 1 a 3 veces al mes, mientras que el porcentaje es mínimo si se observa el consumo recomendable de 4 a 5 veces al día: frutas cítricas 0.4%, frutas no cítricas 0.2%, jugo de frutas 1.4% y frutos secos 0.6%, verduras de hortal cocidas 1.9 %, verduras de hortal crudas 1.4%, legumbres 1.4%. Se observa que el consumo es mínimo aun cuando son alimentos recomendables.

Los *cereales* tienen un consumo de 1 a 3 veces al mes son: pan blanco 29.2%, pan moreno 26.9%, cereales de desayuno 29%, arroz 25.1%, arroz integral 23.4%. El comportamiento en el consumo de *grasas es*: margarina 42.4%, aceite de oliva 31.1% y mantequilla con 29.2%. El consumo de 1 a 3 veces al mes de los *productos con alto contenido de azúcares* es: mermeladas 26.5%, miel 33.1%, golosinas 25.3%, pan comercial 28.3%, pan casero 32.1%, chocolates y bombones 30%, galletas tipo Marías 20% y aperitivos (*Snacks*) 25.9%.

Discusión

En México, de acuerdo con la última Encuesta Intercensal 2015 que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), habitan 119 millones 530 mil 753 personas, todas con características físicas, económicas y sociales diversas; sin embargo, existe un mexicano promedio, entre los 74.8 kilos y mide 1.64 metros si es hombre; y 68.7 kilos y mide 1.58 metros si es mujer, señalando que se tiene una edad promedio de 26 años (INEGI, 2015).

De acuerdo con un estudio de la Cámara Nacional de la Industria del Vestido (CANAIVE), con datos de 17 mil 364 personas mayores de 18 años, encontró que el hombre mexicano promedio pesa 74.8 kilos y mide 1.64 metros, mientras que las mujeres 1.58 metros de altura y 68.7 kilos; por rangos de edad, entre las mujeres de 18 a 25 años el promedio de peso es de 62.9 kilos y en los hombres de 70.4 kilos. La altura promedio de las jóvenes es de 1.61 metros y de los hombres jóvenes 1.67 metros (CANAIVE, 2018). Los resultados sobre la talla y el peso en el estudiantado universitario que participó en el estudio reportan que el peso promedio es de 69.5 kg y la talla promedio es de 1.59 m, lo que muestra un peso inferior al promedio nacional (-5.3 kg) y una talla también inferior (-5 cm) del promedio nacional.

El estudio realizado por la Universidad Veracruzana, en una población de 91 estudiantes de las facultades de Medicina, Odontología y Trabajo Social, el resultado reportó 44% de obesidad de los cuales 73.6 % eran mujeres y 26.4 % hombres, en una edad promedio de 19.2 ± 1.1 años. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 24.93 kg/m², y la mediana de la cintura fue de 83.32 cm (Salinas, Vargas, Mendoza, Puig-Nolasco y Puig-Lagunes, 2019). En el estudiantado del estudio se obtuvo un IMC de 27.4, superior al límite de 25 para determinar sobrepeso, por lo que se infiere que el 42% presenta la condición de riesgo de sobrepeso.

Los resultados de la población del estudio con 483 estudiantes exponen un pronóstico desfavorable, debido a que, además del 42% con sobrepeso, hay un 21% de los universitarios que tiene un peso entre 80 a 99 kg; cifras mayores a las de otros estudios como el de la Universidad de Guanajuato, Campus León, realizada con 137 alumnos respecto al IMC de los participantes en el que se obtuvo que el 24.8% presentó sobrepeso y el 2.9% obesidad (Fernández y López, 2020). El estudio realizado por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, con alumnos de Ciencias Biológicas y de la Salud, de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), 40% de los participantes fue normopeso, 22% tenía sobrepeso y 38% obesidad. De las mujeres, 25% presentó sobrepeso y 32.1% obesidad; en los varones, fueron 18.2% y 45.4%, respectivamente (Cruz-Rodríguez, et al., 2019).

El estudio realizado por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), con 89 universitarios mexicanos del área de Ciencias Exactas e Ingenierías, reportó 48.87% de prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (Lorenzini, et al., 2015), los resultados de esta universidad coinciden con los obtenidos en el estudiantado del Instituto Campechano del Campus V; al respecto se menciona que ambas son instituciones de educación superior geolocalizadas en la zona sureste de México y que pertenecen a la península de Yucatán, por tanto, presentan similitudes en la dieta alimentaria. Tal como señalan los resultados del INEGI (2020), en México se tiene un grado importante de obesidad; no obstante, por un lado, sobresalen la zona norte y toda la zona costera de la República Mexicana, incluyendo la península de Yucatán.

La situación de las condiciones de riesgos derivados del peso y de la alimentación de los jóvenes es un tema pendiente para las universidades

e instituciones de educación superior en lo que compete a la promoción de la salud alimentaria en el estudiantado. Si bien antes los mexicanos tenían una alimentación basada en maíz, vegetales, semillas y demás alimentos frescos, actualmente el fácil acceso a productos industrializados ha logrado que la alimentación de un mexicano esté basada en refrescos, comidas rápidas y demás comidas pre-cocidas (Mata, Delgado y Guillén, 2016).

En el estudio realizado por la Universidad Autónoma del Estado de México, con estudiantes de diversas licenciaturas, se observó para peso normal el consumo de alimentos recomendables (agua, verduras, frutas y jugos naturales) en casa y como refrigerio (lunch); mientras, en la cafetería, consumen tortas, antojitos y comida corrida; y en los puestos, tamales, atole, jugos procesados, tacos y cerveza (Martínez-Hernández, Sandoval-Copado y Aranzana, 2021). Datos que coinciden con los resultados obtenidos en el estudiantado del Campus V del Instituto Campechano, que muestra porcentajes significativos en alimentos no recomendables por tener mayor aporte en grasas, calorías y carbohidratos; consecuentemente hay una menor contribución para una alimentación saludable, entre ellos los quesos, hamburguesas, embutidos, pan blanco, miel, pan casero, chocolates/ bombones, y bebidas azucaradas. Los alimentos considerados en el rubro de saludables que se identificaron con mayor consumo se encuentran las frutas -cítricos-, los mariscos y los cereales. Los resultados también muestran alimentos recomendables que presentan porcentajes bajos en el consumo mensual, entre los que se puede mencionar: pescado, pollo, verduras, hortalizas y arroz.

Conclusión

Garantizar la salud alimentaria es un tema que no compete solamente al sector salud, sino a los diferentes colectivos, entre ellos el sector educativo, principalmente por su naturaleza de informar y formar a las personas, ello implica trabajar en la agenda de promoción de una vida saludable en el estudiantado.

Los resultados de la investigación realizada con estudiantes del Instituto Campechano de las licenciaturas de gastronomía, mercadotecnia, turismo y trabajo social, en relación a la talla y peso,

presentan riesgos significativos para la salud actual y un panorama desfavorable en la edad adulta y vejez para aspirar a una calidad de vida, dado que se presenta un porcentaje significativo del estudiantado con la condición de sobrepeso; así como un incremento en el peso en el último año, de 1 a 5 kg o más, y el otro 50% tuvo pérdida de peso de 1 a 5 kg o más, entre estos también se encuentran los que no perdieron peso. El 75% refiere que *le preocupa su peso* y al 25% *no le preocupa*. En relación si en el momento actual sigue alguna dieta o régimen especial, 74% expuso *no*, el 23% *si, para ganar peso*, el 3% lleva un régimen especial por enfermedad o problema de salud, representado por 17 estudiantes.

En el análisis por grupos no se encontraron diferencias significativas entre las variables de peso y talla, en relación con el sexo, cambio de peso en el último año, preocupación por el peso y si lleva alguna dieta o régimen especial; pero se encontró diferencias significativas entre la estructura-peso y la escuela de procedencia.

En lo relativo al *consumo de alimentos*, se encontró que presentan los porcentajes más altos los alimentos: asados, hervidos y fritos, así como frutas -cítricos-, mariscos y cereales; pero se observó un porcentaje significativo en el consumo de alimentos como quesos, hamburguesas, embutidos, pan blanco, miel, pan casero, chocolates/bombones y bebidas azucaradas. También se identificaron alimentos considerados saludables con bajo consumo como pescado, pollo, verduras, hortalizas y arroz. Además, en el último año la mitad del estudiantado incrementó su peso de 1 a 5 kg o más, se suma también que, las tres cuartas partes de estos en el periodo de la investigación no seguían alguna dieta o régimen especial.

El panorama de las cuatro licenciaturas del Campus V del Instituto Campechano demanda la necesidad institucional de diseñar e implementar estrategias enfocadas a la promoción de la salud, para el control del peso y el consumo de alimentos saludables; así como se plantea la necesidad de empresa socialmente responsables, deberá plantearse también escuelas socialmente responsables para la educación integral del estudiantado, lo que incluye también la salud alimentaria.

Los resultados de la investigación son útiles para resaltar la importancia de atender la necesidad de educar para una alimentación saludable, considerando los estándares y normas de las instituciones nacionales e internacionales vinculadas a la salud y la alimentación,

pero también, con respecto a los valores y costumbres alimentarias, procurando en todo momento la integralidad para el mayor beneficio y protección de los colectivos, como es el caso del estudiantado.

Referencias

- Aguirre, P. (2016). Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *Salud colectiva*, 12(4), 463-472.
- Bennassar, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios*. Costa Rica: Universitat de les Illes Balears.
- CANAIVE. (30 de mayo de 2018). *Cámara Nacional de la Industria del Vestido. ¿Cuánto pesa y mide el mexicano?* Obtenido de <https://www.muyinteresante.com.mx/preguntas-y-respuestas/medidas-poblacion-mexicana/?msclkid=c9ce23b2d0b811ec946e8c4c205ab328>
- Cruz-Rodríguez, J., González-Vázquez, R., Reyes-Castillo, P., Lino, M. R., Oralia, N. M. y Ramos-Ibáñez, N. E. (2019). Ingesta alimentaria y composición corporal asociadas a síndrome metabólico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 42-52.
- Fernández, M. D. y López, M. M. (2020). Relación entre hábitos alimentarios y riesgo de desarrollar diabetes en universitarios mexicanos. *Nutrición Clínica, dietética hospitalaria*, 32-40.
- Hidalgo-Rasmussen, C., Hidalgo-San Martín, A. y Aguilera, V. (2012). Percepción del peso corporal, comportamientos alimentarios y calidad de vida en estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 80-90.
- INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (11 de noviembre de 2020). *Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf
- INEGI. (2020). *Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018. Estimación para áreas pequeñas*. Obtenido de

- https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/pohd/2018/doc/a_peq_2018_nota_me t.pdf
- Lorenzini, R., Betancur-Ancona, D., Chel-Guerrero, L., Segura-Campos, M. R. y Castellanos-Ruelas, A. (2015). Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 94-100.
- Mariño, A., Nuñez, M. y Gámez, A. (2016). Alimentación saludable. *Acta Médica*, 1-13.
- Martínez-Hernández, V., Sandoval-Copado, J. y Aranzana, M. (2021). Acceso a los alimentos y hábitos alimentarios de jóvenes universitarios, estado de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición (SERPYN)* 20(3), 36-45.
- Mata, P., Delgado, D. y Guillén, R. (2016). ¿Cuáles son los hábitos alimenticios de jóvenes universitarios y cuál es su relación con el sobrepeso? (Primera parte). *Psic-Obesidad*, 6(23), 13-17.
- Novo Nordisk. (07 de febrero de 2020). *Enfermedades crónico-degenerativas en México, de emergencia sanitaria a urgencia financiera*. Obtenido de <http://www.novonordisk.com.mx>
- OMS. (2020). *Prevención de la Obesidad*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- RAE. (2020). *Real Academia Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/deconstrucci%C3%B3n?m=form>
- Rivera, J., Aguilar, C. y Hernández, M. (2015). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Ruz, A. (julio de 2017). *Deporte y Salud*. Obtenido de Deporte y Salud: www.deporteysalud.info
- Salinas, L., Vargas, J., Mendoza, K., Puig-Nolasco, Á. y Puig-Lagunes, Á. (2019). Prevalencia y factores de riesgo del síndrome metabólico en universitarios. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 57-64.
- Sánchez, V., Aguilar, A., Vaqué, C., Milá, R. y González, F. (2016). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. *Atención Médica*, 48(7), 468-478.
- Aguilar López, F., (2015). *Tabla de talla y peso de jóvenes mexicanos*. Obtenido de

<https://image.slidesharecdn.com/patronesdepesoytallaenadolescentes-151012044016-lva1-app6891/95/patrones-de-peso-y-talla-en-adolescentes-15-638.jpg?cb=1444624888>

Secretaria de salud. (14 de julio de 2016). *Gobierno de México*. Obtenido de Secretaría de Salud: <https://www.gob.mx/salud/articulos/indicadores-de-sobrepeso-y-obesidad?idiom=es&msclkid=71c5f15cc35511ec88f82ecb23b0a8a2>

Valenzuela, A., Valenzuela, R., Sanhueza, J. y Morales, G. (2014). Alimentos funcionales, nutraceúticos y foshu: ¿vamos hacia un nuevo concepto de alimentación? *Revista Chilena de Nutrición* 41(2), 198-204.

Estrategias desarrolladas por las familias durante la pandemia

María Eugenia Perea Velázquez
Ma. Teresa Ortiz Rodríguez
Ana Helene Sandoval González
Miriam Guadalupe Castillo Martínez

Introducción

Tras la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mes de marzo 2020 (Castro: 2020; 143) las autoridades sanitarias y gubernamentales establecieron la contingencia sanitaria que implicó el aislamiento social con el cierre de lugares de trabajo, escuelas, cancelación de eventos sociales y actividades grupales, fue obligatorio el uso de cubrebocas, el lavado de manos y el uso de desinfectante. Estas medidas trajeron consigo efectos secundarios de carácter familiar, económico, sanitario, social y cultural que han venido a recrudecer los problemas estructurales como la pobreza, el desempleo, incremento en la migración, violencia social, desigualdad y exclusión social. Garay y Calderón (2021) refieren que el impacto de la pandemia se centró en el número de casos y de contagios, dejando de lado otras cuestiones socioeconómicas.

Lo anterior lleva a considerar la pertinencia de emplear el término Sindemia en lugar de Pandemia, del antropólogo Merrill Singer, quién acuñó el concepto en la década de los 90 del Siglo XX (BBC: 2020, 14 oct), señalando al respecto, que "dos o más enfermedades interactúan de forma tal que causan un daño mayor que la mera suma de estas dos enfermedades" (Intramed: 2019). El término sindémico se refiere a problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de una población en sus contextos sociales y económicos.

Trasladando el concepto al COVID-19, la problemática de salud actúa con mayor fuerza cuando existen comorbilidades y entornos económicos, sanitarios, sociales, culturales y familiares desfavorables

y con marcada desigualdad, actuando todas ellas como sinergias para el contagio y la propagación del virus. Científicas (os) y médicas (os), señalan que la COVID-19-, debe ser tratada como Sindemia.

Para el mes de junio del 2020 en México, la tasa de desempleo ascendió a un 5.5%, de acuerdo con datos proporcionados por la Organización Internacional del Trabajo, estimando que, para fines del mismo año, subiría casi al doble, es decir un 10%. “El virus y la consiguiente crisis económica repercuten adversamente en el mundo del trabajo en tres aspectos fundamentales: 1) la cantidad de empleo (tanto en materia de ocupación, desempleo como de subempleo); 2) la calidad del trabajo (con respecto a los salarios y el acceso a protección social); y 3) los efectos en los grupos específicos más vulnerables frente a las consecuencias adversas en el mercado laboral” (OIT: 2020).

Esquivel (2020) refiere que la mayor afectación económica se da en el gasto, desde la oferta y la demanda, la oferta por el cierre de muchas actividades consideradas no esenciales y la demanda por que con la falta de ingresos se reduce el consumo. El mismo autor menciona que la pérdida de empleos formales en México es cercana a un millón, con un aumento de 0.7 porcentual de la tasa de desocupación, incrementando así los niveles de pobreza y pobreza extrema en México, y que la recuperación aún podría tardar algunos años. Garay y Calderón (2021) mencionan que la población de México es aún más vulnerable por la falta de acceso a servicios, pobreza, condiciones de la vivienda y el empleo. Sin embargo, la situación de contingencia y su impacto en las economías del mundo, agravó la situación económica del país, contribuyendo a la creación de redes solidarias bajo la coordinación de la sociedad civil, algunos apoyos del sector privado y del gobierno, algunos ejemplos son la entrega de despensas, emisión de vales para la compra de productos de primera necesidad, la compra y entrega de equipo médico y la entrega de alimentos. (León, 2020). Pamplona (2020) menciona que quienes se encuentran en mejor situación económica y un trabajo seguro utilizaron la tecnología para el trabajo, la familia y las amistades, los más vulnerables buscaron opciones de nuevas mercancías o formas de vender, así mismo el altruismo sin generosidad ha crecido por lo menos de manera temporal y existe una desesperación por el encierro.

En este sentido la afectación de la salud mental durante la contingencia sanitaria es una realidad. La aparición de la tristeza según

Webster, Smith, (año) en una reciente revisión, presentaron el impacto psicológico de la cuarentena en diferentes pandemias (COVID-19, MERS-COVID-19, gripe A1HN1 y Ébola), apuntando que el aislamiento ha tenido un impacto positivo en cuanto al contagio, pero ha sido negativo en la salud mental de las personas, se presentaron en forma recurrente y en varios sectores de la población, síntomas como angustia, ansiedad, tristeza, baja autoestima, ira, rabia, depresión, bajo estado de ánimo e insomnio. Estas consecuencias son parte de los factores estresores a los cuales se sometió la población ante la pandemia, entre estos se encuentran la frustración, el aburrimiento, la soledad, el miedo a contraer la enfermedad o contagiar a alguien, la falta de información, las pérdidas financieras, el estigma de la discriminación, el desequilibrio económico o el procesamiento de un duelo, presentándose dependiendo la condición del esquema mental y la susceptibilidad de cada individuo presentaba en ese momento (Larios Navarro, Bohórquez-Rivero, Naranjo-Bohórquez, & Sáenz-López, 2020).

Se han tenido más de 50 mil atenciones psicológicas entre las unidades de atención a distancia, originando un aumento del 20% en comparación con el 2019. En un 60% estos problemas se presentan en mujeres y el 40% en hombres en un rango de edad de 18 hasta 40 años, los problemas por los cuales acuden a estas instancias son por depresión y violencia familiar (Soriano, 2020).

Los y las menores vieron afectado su derecho y acceso a la educación por la suspensión de escuelas, siendo la educación a distancia la opción más viable sin embargo la educación a distancia surge de manera abrupta de urgencia, masiva y con limitaciones pedagógicas (García, 2021). Si bien la Pandemia ha influido en el proceso enseñanza-aprendizaje de miles de estudiantes Corral y De Juan (2021) refieren que el proceso es dinámico y si las TIC como herramienta educativa resultaron de gran utilidad durante la contingencia sanitaria como una vía de educación a distancia, contribuyeron al mismo tiempo a incrementar la brecha digital, por un lado los profesores de mayor edad desconocían las herramientas y procesos y por otro lado las condiciones socioeconómicas de los estudiantes que no permitieron que todos tuvieran acceso a computadoras e internet ocasionando desigualdad académica, aunado a que muchos estudiantes no accedieron a otros servicios de manera presencial en las aulas educativas, como

alimentación, recreación, métodos anticonceptivos y servicios de psicología CEPAL-UNESCO (2020), lo anterior pone en perspectiva la necesidad de crear políticas públicas que consideren a la población más vulnerable (personas con discapacidades, indígenas, migrantes) y las desigualdades socioeconómicas priorizando el aprendizaje y competencias con significado, tales como la solidaridad, el aprendizaje autónomo, el cuidado propio y de otros, las competencias socioemocionales, la salud y la resiliencia. Asegurar el acceso de todos los estudiantes a la educación en línea, debe ser una estrategia del gobierno para mantener el derecho a la educación que, en tiempos de pandemia, debe abarcar el derecho a la conectividad, accesibilidad, y la dotación de dispositivo tecnológico, sobre todo en población vulnerable que se enfrenta a la dificultad de no contar con conectividad, dispositivos suficientes y/o adecuados, ante este escenario la televisión y la radio son medios más accesibles (García, 2021). Clases por internet, radio y televisión para todos los niveles y en la mayoría de los países, lo que ha significado un gran esfuerzo y exigencia de alumnos (García, 2021) pero también de docentes y de padres/madres de familia.

El presente capítulo, tiene como finalidad presentar los resultados de una investigación sobre el impacto del covid-19 en las familias vulneradas socioeconómicamente de la Ciudad de Aguascalientes y las estrategias implementadas en lo que se refiere a categorías como la situación económica, salud, familiar y educación, en el periodo comprendido de junio de 2020 a junio de 2021. Previo al análisis de la información, damos cuenta de la metodología utilizada, así como de la teoría de la Cultura en la que nos basamos para analizar y comprender la información obtenida en más de 16 colonias y 40 entrevistas a profundidad con miembros de las familias.

Metodología

La investigación es de tipo cualitativa, utilizando la triangulación de dos tipos de método de investigación, la *etnografía* y el *análisis del discurso*, adecuándolos a las necesidades del objeto de estudio. esta propuesta metodológica ya ha sido utilizada con anterioridad (Olmos, 2015). El análisis del discurso permitió analizar las narrativas de las personas en el contexto de la pandemia de covid-19, que significó algo

inédito en el tiempo contemporáneo y sus efectos socioeconómicos, culturales y familiares, así como las pérdidas humanas que calaron en los sentimientos de vulnerabilidad de las personas y dentro de esta vorágine de acontecimientos, poder vislumbrar y analizar los aspectos constructivos que los mismos agentes construyeron socialmente. La etnografía brinda ese marco para centrarnos y describir la realidad que vive la comunidad durante la pandemia y el análisis del discurso como su nombre lo indica, permite examinar el uso de las palabras con las que las personas expresan su realidad, incluso hay un área de la etnografía que se especializa en la comunicación, es por ello que el uso de ambas metodologías es pertinente más aun cuando en las ciencias actuales se ha incrementado la tendencia a la combinación de metodologías y de disciplinas con la finalidad de abordar de una mejor manera la realidad social. Por lo que respecta al método etnográfico, se empleó para describir, profundizar y entender desde la perspectiva de las personas entrevistadas, sus creencias, prácticas y estrategias ante covid-19.

Los y las participantes en la investigación, son integrantes de familias que se encuentran en comunidades/colonias de escasos recursos principalmente en los municipios de Aguascalientes, Jesús María y San Francisco del Romo. El tipo de muestreo utilizado es el de bola de nieve.

Las técnicas empleadas en la investigación fueron: la observación y la entrevista a profundidad, el instrumento utilizado para la realización de la investigación fue la guía de entrevista semiestructurada, construida por las investigadoras durante el 2020, la entrevista incluyó 18 preguntas abiertas divididas en 4 categorías: familia y salud, familia y economía, familiar y social y familia y cultura.

La propuesta de triangulación que se hace de dos metodologías por un lado la etnografía que nos brinda las bases para describir la realidad social que viven las familias y el análisis del discurso que nos muestra la importancia de las estrategias y formas de ver y expresar su realidad las familias, propuesta que va acorde con las nuevas prácticas de la ciencia actual para abordar la realidad social.

La relación teórico metodológica y su aplicación en el análisis de la información recabada con las familias, considera las narrativas expresadas por las y los miembros de las familias desde sus propias creencias, no desde nuestro ethos, sino de la cosmovisión de las personas vulneradas y precarizadas en sus condiciones de vida,

concibiendo a las mismas, como agentes sociales con capacidad de agencia para analizar y modificar su entorno, por lo tanto, las creencias influyen en las prácticas sociales, ya que las personas actúan en función de éstas, incidiendo de esta manera en las estructuras (Zalpa: 2011).

La pandemia y la teoría de la cultura

La familia se ve influida por la cultura, concebida en este trabajo como la significación social de la realidad (Ver Zalpa: 2011), en este sentido la propia cultura constituyó un tema central durante la contingencia, ya que es en la cultura donde se logran identificar creencias, valores y normas predominantes, así como la significación social de la pandemia, mismos que influyen en la expansión de enfermedades, así lo establecen Bruna, Massó y Neira (2020) en su artículo donde refieren que el actuar de la ciudadanía y de las autoridades ante la pandemia está influida en sus creencias, normas y en la cultura. De igual manera la investigación realizada por Moguillansky, Fischer y Focás (2020), profundizan en como la pandemia ha modificado prácticas culturales y la vida cotidiana en la población. En el mismo sentido de la cultura Mosqueira y Cruz (2021) hacen un análisis de distintas religiones y sus creencias en Pandemia, aplicaron una encuesta a personas que pertenecían a distintas religiones, según los resultados de la investigación casi el 80 % de las personas encuestadas consideran al coronavirus como una teoría de conspiración porque surgió en un laboratorio, la encuesta abarca preguntas como la importancia de la religión, cuáles son las actividades religiosas y cómo les ha ayudado la religión durante la pandemia y su opinión sobre la vacunación.

Ante las estrategias gubernamentales para prevenir la propagación del COVID-19 la población se vio en la necesidad de desarrollar sus propias estrategias tanto en el área de salud (para prevenir el contagio y en algunos casos para atender enfermedades ya existentes), como en el área económica, social, escolar, familiar y laboral. Los datos sobre las problemáticas como consecuencia de Pandemia se han estudiado, no obstante, poco se ha referido en relación a las estrategias desarrolladas para dar solución y respuesta a la difícil situación económica, de salud y social. La investigación que aquí se presenta, se fundamentó teóricamente en la Teoría de la Cultura de Zalpa(2011) una teoría

sociológica que retoma conceptos como el *habitus* de Pierre Bourdieu, estructuras, prácticas sociales, que define a los individuos como agentes sociales dotados de capacidades para reflexionar, tomar decisiones y actuar para modificar su entorno a través de las estrategias que ellos mismos emplean de acuerdo con sus creencias, sus propios saberes y los recursos a su alcance, Perea, Ortiz, Sandoval y Castillo (2018) definen a las estrategias como un conjunto de acciones orientadas hacia fines que pueden o no tener los resultados esperados, como lo plantea la teoría de juegos de (Von Neumann, John y Morgentern, Oskar: 1944), en este sentido ante el contexto de salud, económico y social, es importante identificar cómo los agentes sociales desde su entorno, emplean y aplican sus propios saberes, recursos y capacidades para modificar la situación. Por lo anterior y con el compromiso que distingue a trabajo social por su interés en las problemáticas sociales, este estudio se planteó para conocer cómo es que las familias estaban manejando las situaciones sanitarias económicas sociales que trajo la pandemia, considerando que, en condiciones más vulnerables, la afectación sería distinta, por lo tanto, se realizó la investigación en base a las siguientes categorías: familia y economía, familia y salud, familia y sociedad, familia y cultura.

Por lo tanto, las categorías que, de esta teoría consideradas en la investigación para analizar la información empírica, son *habitus, la cultura, las creencias, las prácticas, estrategias sociales y la capacidad de agencia*, mismas que se relacionan con otras categorías contextuales, tales como el ámbito social, sanitario, cultural y familiar, para entender cómo interpretan, viven, significan, perciben y piensan su realidad frente al covid-19.

La categoría *habitus* de Pierre Bourdieu, retomado en la teoría de Zalpa (2011), se empleó como una herramienta analítica que permitió reconstruir en el análisis del discurso, las creencias y prácticas sociales que la gente vertió durante las entrevistas, así como aproximarse al conocimiento de la cosmovisión de las personas respecto a los distintos procesos de enfermedad y muerte, siendo estos dos elementos que estuvieron presentes no solo al inicio de la pandemia, sino conforme transcurría el tiempo, signando a su vez una incertidumbre cercana, latente y no lejana e incluso festiva, como generalmente se percibía en el imaginario colectivo a la misma, ante el riesgo inminente de morir en el caso de contraer la enfermedad transmitida por el virus SARS-Cov2,

la perspectiva lejana y esa creencia de “que a mí no me va pasar” cambió, hacia un temor cercano que se vivía y sé respiraba con miedo y angustia ante la vulnerabilidad que provocaba un hecho inédito e impredecible en la realidad propia y de las familias amenazadas y que por lo tanto modificó la percepción de un entorno aparentemente seguro.

Desde esta perspectiva, la significación que las y los agentes sociales le dan a la realidad en la que viven, vinculándose teóricamente con el concepto de Cultura de Zalpa (2011), que es la significación social de la realidad y de esta manera mediante sus testimonios, dar cuenta de esa significación que las personas entrevistadas y sus familias le dieron al covid-19, tales como la creencia paradójica de que era algo irremediable que había llegado para quedarse, pero albergando la esperanza de que pasará y habrá tiempos mejores, que había irrumpido en sus vidas, modificando la expresión de sus afectos, afectando a sus empleos e ingresos económicos y de cómo estos aspectos influían en el estado anímico de las personas, infiriendo desde su experiencia vivida, el incremento de los suicidios, así como la afectación de los niños a su vida escolar, aumentando la deserción escolar por no tener acceso a medios electrónicos tanto en lo que se refiere a los dispositivos como al internet y la imposibilidad de las madres de acompañar a los hijos en los procesos de enseñanza aprendizaje por tener apenas la primaria completa.

Situaciones y estrategias familiares

Las problemáticas resultado de la investigación son:

Situación económica

Despidos, afectaciones al empleo, cierre de pequeños negocios, falta de ventas, afectación del ingreso familiar, incremento de pepenadores, elegir en función de prioridades de alimentación en qué gastar el dinero, pedir préstamos, migración, dejar de asistir a clases de uñas/maquillaje para el emprendimiento; gastos de computación e internet, gastos en sanitizante y cubre bocas, reducción de la cantidad de alimentos, disminución de perceptores, no poder pagar renta, descanso a

trabajadores y pago de la mitad del salario, pérdida de prestaciones de vivienda.

Las personas entrevistadas profundizan en las problemáticas con cuestiones específicas que poco se mencionan, si bien se han presentado los despidos y la disminución de los ingresos familiares las respuestas de los y las participantes en la investigación permiten profundizar y permiten observar cómo ha impactado en la cotidianidad, al no poder pagar rentas, hacer menos comidas al día y perder las prestaciones económicas propias de los empleos que en muchas ocasiones representan mejores condiciones que el propio salario, se han endeudado y solo en un caso, el padre de familia tuvo que migrar a los Estados Unidos. Los problemas presentados no solo son momentáneos si no que pueden tener repercusiones a largo plazo no solo en el ámbito económico, también en el área de salud, familiar y cultural.

Aquí algunos testimonios de las vivencias de las personas entrevistadas

“...de que hay veces que se come y veces que no y padece uno... pos nomás si preocupados o presionados, pero pensando cómo hacerle, para sacar dinero para la familia y algo así (Laura, 35 años. Col. Insurgentes. Abril 2021).

“No pos mal oiga, porque yo no tengo dinero y tengo que mantener unos niños de mi hija que tengo yo conmigo y yo me mantengo de juntar botella del PET en los contenedores y en los tianguis vendiendo ropa, pero ahorita no tengo ni para comprar, ni tengo ropa para irme a vender al tianguis y yo le estoy batallando muchísimo. Mire nada menos ayer no hallaba ni que darles de comer porque no tengo dinero, yo no tengo dinero, ni decir, tengo hijos, pero tiene su familia también ellos, entonces cómo me van a dar a mí y le van a quitar a su familia, no, no, no, y también ellos están pobres como yo oiga” (Amalia 65 años, viuda. Frac. San Marcos. Abril 2015).

“... ¿mi hija? vendiendo tacos, en una, ayudándole a unas personas que tienen un local de tacos, ella les ayuda. Haga de cuenta que yo a mí no hay quien me de dinero, yo soy la que saco todo el gasto, a tiras y a tirones, y a veces no tenemos y a veces nomás vamos al día y a veces ni al día siquiera” (Esther 58 años, madre soltera, Frac. México).

“Cerraron muchas... y están desempleados, a nosotros nos descansaron un mes del tianguis y no íbamos porque por la enfermedad esa, y total ¿qué quién se friega?, nosotros, ¿porque si no vamos a vender? y luego para la comida ¿qué hacemos?” (María, 68 años, pepenadora, abril 2021).

... sí, pos es que, más que nada como muchas personas casi no salen y no tiran mucha basura, pos no hay tanto que recolectar, por eso le digo y está crítico, no crea, porque todas las personas yo las veo iguales; los que andamos juntando, ¿verdad?, todos, haga de cuenta que así andamos, y antes andábamos pocos, pero ya ahorita, somos muchos ya; jóvenes y grandes como nosotros ¿verdad? y antes no ¿verdad? , casi no se veían, pos sacaba un poquito más y ahorita pos no, está más canijo, ahorita se batalla un poquito más, ¿cómo ve? (Luis, 60 años. “López Portillo, La Barranca”, abril 2021).

Estrategias desarrolladas por las familias

- Puestos de dulces y venta de alimentos afuera de sus casas.
- Venta de ropa usada.
- Reducir el uso de luz y gas.
- Eliminación de las frutas.
- Redes familiares para apoyarse entre ellos económicamente.
- Recolección y venta de pet.
- Ventas por teléfono.
- Recibir apoyo de donaciones.
- Mercado ambulante en los semáforos de avenidas importantes.
- Empeñar objetos.
- Apoyos de programas federales.
- Aprender a hacer comida.
- Venta de comida en las viviendas.
- Reducción del consumo de carne, lácteos, huevos.
- Lavar cada tercer día para ahorrar agua.

Las estrategias desarrolladas por las familias permiten observar dos categorías: por un lado la categoría para obtener ingresos, donde la principal estrategia es la venta de alimentos, abriendo la opción en uno de los casos de realizar ventas para llevar la comida y por teléfono, otra forma de obtener ingresos fue, el empeño de objeto, el área de servicios de comida fue una de los principales sectores afectados por la pandemia, al cerrarse restaurantes y por el poco flujo de personas en la vía pública; la segunda categoría es el ahorro/eliminación de servicios y alimentos, entrando así en un círculo de vulnerabilidad ya que estas condiciones pudieran favorecer la aparición de otras cuestiones de salud y de acceso a una mejor calidad de vida; el recibir donaciones refleja la presencia de la caridad entre la población ante situaciones de crisis.. Cabe señalar que las redes de apoyo familiares constituyeron una de las estrategias más comunes entre las personas entrevistadas.

Aquí un testimonio contundente de la percepción de las consecuencias de la pandemia y las propuestas para atender los problemas económicos, así como la necesidad de atender psicológicamente a las personas:

“Entonces yo propongo que se dé apoyo para solventar a cortar la crisis porque está bien difícil, pero lo que se está haciendo, es que la pandemia al Gobierno le pegó duro y macizo o sea en lo económico, en lo físico, en lo moral y por qué es donde yo veo que hay mucha gente que se está suicidando, bueno antes había muchos suicidios y ahora con esto es peor porque la gente no haya el camino adecuado para poder, este, absorberá los gastos de la, de la, de la casa, del hogar” (Cresencio 74 años. “Los Arellano”, abril 2021).

Situación de Salud

A

fectación a la Salud mental, pérdida de prestaciones de seguro social, afectación de salud física, la población se divide en vacunarse (aun con miedo) o no vacunarse, fallecimientos en vecinos y familiares lejanos, contagios con sintomatología leve en entrevistados y familiares cercanos, difícil acceso a servicios médicos y medicamentos, tendencia del suicidio, incremento de adicciones, sentimientos de angustia,

tristeza, angustia, enojo y estrés, dejar de consumir medicamento para enfermedades crónicas.

“Pues yo hace como más de medio año, casi que cuando empezó yo duré quince días pero que no me sabía nada, ni me olía y mi esposo hace como tres meses, también le paso lo mismo, bueno no le paso lo mismo, sino que el sí le sabía la comida, pero no olía, pero así de síntomas que grave, grave no” (Marisela, abril 2021)

Los principales problemas de salud no fueron en relación al contagio de COVID-19, las personas entrevistadas refirieron no haberse contagiado o en casos positivos de manera muy leve en familiares directos, sin embargo, la atención de otras enfermedades y el acceso a los servicios médicos se dificultaron, la salud mental fue otra área de las más afectadas. En la presente investigación la población en su totalidad refiere haber adoptado las medidas de seguridad básicas sobre todo para salir a trabajar: uso de cubre bocas, gel antibacterial, limpieza del hogar (utilizando fabuloso, cloro, sanitizante) uso de tapetes, desinfección personal cada vez que se ingresa en el hogar, evitando eventos sociales y guardando la sana distancia. De las personas entrevistadas solo unas pocas mencionaron haberse contagiado o bien un familiar cercano, presentado síntomas leves (pérdida del sentido del gusto y olfato, malestar, cansancio) sin embargo, todos mencionaron tener conocidos, vecinos o familiares lejanos que se habían contagiado y solo en algunos casos fallecieron.

Aunque creían en la existencia del virus, algunos consideraron que el gobierno se encontraba involucrado en la pandemia, otros que era algo planeado para disminuir la población.

“Pues yo pienso que ya es cosa de gobierno, ya es cosa de gobierno que lo está manipulando a su favor. Ahorita por ejemplo ya dicen que estamos en semáforo amarillo, ya es para que salga uno más y porque ya vienen ahorita las votaciones y ya al rato que empiecen las votaciones y cuando ya sean, van a decir que ya hay más contagiados.” (Bertha, 64 años, abril, 2021)

Una parte de las personas entrevistadas restó importancia al impacto de la enfermedad, este pensamiento se identifica con mayor frecuencia en

varones o muy jóvenes (17 años). Varones adultos mayores que viven en zonas rurales, en estos últimos, se observa resiliencia al contexto de la pandemia, pues entre sus experiencias de vida han tenido que adaptarse a distintas situaciones difíciles y es con esa misma creencia de adaptación con la que se enfrentan a la pandemia, considerando que a lo largo de la historia de la humanidad se han presentado distintas pandemias.

Las personas reconocen la importancia de los cuidados y de seguir las medidas de seguridad para controlar la pandemia, adjudicando la responsabilidad que le corresponde a cada uno de nosotros en el cuidado de la salud, pero también como responsabilidad social para dar control al virus.

“Si, pos nosotros al entrar a la casa tenemos ahí sanitizante, pos' traemos los cubre bocas, el gel antibacterial y pues si tratamos mucho de cuidarnos y pos' ahora sí que la higiene principal” (Tere, 44 años, empleada doméstica, abril 2021)

“Pos' este cuidarnos, usar el cubre bocas, el gel, lavarnos las manos, éste, un espray que compré del lysol para cuando salimos y entramos; tratar de no ir a fiestas, lo menos que se pueda estar más en casa (Gloria, 42 años, conserje, abril 2021)

Por otro lado, mujeres madres de familia en zona urbana se han guiado por las recomendaciones de las autoridades, estando en casa durante la pandemia con sus hijos y familiares, atendiendo el hogar y apoyando en labores escolares; se identificó a mujer adolescente que había modificado su estilo de vida con el fin de mejorar su salud. Algunas mujeres refieren haber iniciado (no siempre continuaron) con activación física como salir a caminar por áreas abiertas y con precaución.

Personas con enfermedades crónicas (discapacidades, diabetes e hipertensión) o embarazos han visto afectada su control médico, la restricción para acceder a servicios de salud y la entrega de tratamientos médicos, cuando son derechohabientes del seguro social, acudieron a su unidad por el medicamento, cuando no cuentan con algún tipo de servicio médico reciben donaciones de medicamento o lo compran. Esta situación dejó ver las limitaciones de abasto y atención por parte del Sector Salud a nivel federal, estatal y municipal, mismo que se agravó

a raíz de la pandemia y en donde todas las instalaciones, el personal médico, enfermería, trabajo social, limpieza y otros administrativos, se centraron particularmente en la emergencia sanitaria que impuso el covid-19.

“Lo que me afecta a mí el seguro que no hay servicios de especialistas ni nada de eso ¿veda?, no va con el médico familiar uno y ya, ni lo revisan ni nada solo le dan la medicina a uno y ya, le firman la tarjeta y ya.” (Francisco, 67 años, jubilado, enfermo crónico, Frac. Hermanos Carreón. abril 2021)

La población entrevistada coincide en el miedo a la vacuna, pero se divide entre aceptar vacunarse y no hacerlo.

Si, todos estamos en duda porque unas cosas dicen “ay no, es que te va a pasar esto, ay no, es que sabe qué” yo también con una vecina que ella trabaja en un hotel, ella también dice que pues también, su patrón es doctor y también a todas las quiere vacunar, entonces dice “no es que dicen que sabe que tiene esa vacuna...” (Tere, 44 años, empleada doméstica, abril 2021).

En relación a la salud mental, la población entrevistada no suele identificar algún trastorno o perturbación específica, sin embargo, describen su sentir en términos de miedo, ansiedad, estrés, tristeza, enojo, impotencia, aburrimiento y angustia.

“sí pues mi hija llora y yo me desespero y hasta me dan ganas de llorar, me ha dado hasta como depresión, hasta eso lo he notado cambios en el comportamiento de mi esposo y él hasta me dice que no me agüite, pero pues es que ellos se cambiado y hasta él me ha dicho que yo he cambiado y todo eso. Me ha dicho que me he vuelto más cerrada porque ya casi no le hablo y me agarró llorando a veces, me he sentido con tristeza y con miedo.” (mujer, 45 años, ama de casa, abril, 2021).

“... siempre tiene uno mucha tristeza, como que de repente así le llega a uno. Fíjese que sí, de repente si le llega a uno porque yo el otro día, ay sabe de repente yo tenía ganas de llorar y así el otro día un vecino me asustó y empecé así con las lágrimas y dice “ay, señora, perdóneme, pero es que, ¿por qué está

llorando?” le digo “no pos” es que pos me hizo así” (Ileana, 39, Las Flores, Vendedora de Cena).

Estrategias desarrolladas por las familias en el área de salud

En algunos casos:

- El seguimiento de medidas de prevención, lavado de manos, desinfección del hogar, uso de cubre bocas, gel antibacterial, sanitizante especialmente para quienes salían a trabajar.
- Confinamiento social y sana distancia para escolares y quienes no trabajaban.
- Modificación de estilos de vida.
- Realización de actividad física como el caminar en el parque, subir a la azotea para distraerse, cosas que antes no hacían.
- Las estrategias en el área de salud se basan en las recomendaciones hechas por la OMS en relación a la prevención del contagio y la modificación de algunos estilos de vida, que incluyen la realización de una actividad física leve como caminar para eliminar el estrés y dejar la comida chatarra para tener una alimentación más balanceada, es importante rescatar este punto ya que no en todas las familias se presenta de hecho fue solo en un caso, las otras familias refieren haber disminuido la calidad de la alimentación.

“Si yo hago yoga 3 veces por semana y salimos a caminar” (Bertha, 64 años, ama de casa, Frac. Hermanos Carreón, abril 2021).

"Yo me voy, por ejemplo, por decir ahorita que ya abrieron el parque yo me voy a caminar, sí o hago otras actividades que no hago o me subo a la azotea a barrer mi azotea, cosas que no hago siempre y ya eso se me quita" (Tere, 44, Col José López Portillo, Ags. Abril 2021)

Sin embargo, la salud mental que se ha visto tan afectada solo tuvo una acción que es la de actividad física, aunque su efectividad es innegable

pareciera ser insuficiente para las situaciones de adicciones, ideación suicida y emociones negativas, se han dejado de lado la atención de esta salud que es tan importante para el bienestar.

Situación familiar

Las y los entrevistados, expresaron varios cambios entre los que se encontraron: las modificaciones en la expresión de afecto, afectación a la dinámica familiar, fractura de las formas de socialización a la que estaban acostumbrados: se acentuaron e intensificaron las tareas propias de la mujer en su rol tradicional; adultos y adultas mayores convertidas en jefas de familia a cargo de hijas madres adolescentes, trabajo excesivo en consecuencia para los y las adultas mayores; la no convivencia familiar, la molestia que representó para algunas familias el no visitar a los adultos mayores, como parte de las medidas de prevención para evitar el contagio por covid-19 de uno de los grupos más vulnerables.

Así también se observó a niños y niñas en el ambulante con sus padres, debido a la búsqueda de ingresos, pero también se pudo apreciar a muchos niños fuera de sus casas, jugando en la calle, expuestos a todo tipo de abusos por parte de familiares, vecinos y extraños.

Por su parte, las mujeres entrevistadas no manifestaron la existencia de violencia intrafamiliar, como era esperado, pues en la literatura revisada, se señalaba el recrudecimiento de la misma a causa del confinamiento por la pandemia del covid-19, pero los datos cualitativos no arrojaron información al respecto.

Hubo coincidencia en la mayoría de los casos, la afectación a la convivencia social en lo que se refiere a la asistencia a eventos religiosos, deportivos y vecinales, clases virtuales y/o en televisión para educación básica, niñas (os) en la calle expuestos a todo tipo de riesgos y abusos por parte de familiares, vecinos y extraños.

"Pos' ha cambiado el no podernos abrazar, darnos besos como lo hacíamos, chiquearnos, convivir más cuando nos juntábamos. Ha habido más distancia, pues mis hijos ya no son lo mismo, por mi mamá ya no; o sea yo llegaba del trabajo y le daba el beso y la abrazaba y ahora ya no lo hago por lo mismo

que ando en el transporte público, ando afuera y me da miedo contagiarla"(Gloria, 42, Las Arboledas, Jesús María. Ags.)

"Por ejemplo de mi hija, yo la sentí más apegada a mí, más de lo que estaba. Fíjese que Daniela ha cambiado mucho conmigo, antes era como muy silenciosa y ahora ya no, ahora ya es muy apegada a mí" (Ileana, 39, Las Flores, Vendedora de Cena. Abril 2021)

"pos' por ejemplo con la demás familia, con los hermanos, los tíos con esos sí, de hecho se ha ido separando la familia, cómo que se hizo costumbre ya no visitar a las personas ni convivir, hay veces que pos' no, uno ya ni convive ni hace la lucha uno por decir "pos voy con fulanita aunque sea un ratito" pero no, o sea como uno va perdiendo el interés en buscar a las personas porque uno dice: "si voy y se enferman", o hay veces que en las mismas familias, hay personas enfermas de varias enfermedades y este uno a veces quiere evitar eso, que se vayan a contagiar" Ileana 39, Las Flores, Ags. Abril 2021)

La pandemia ha mermado en las dinámicas familiares, ocasionando problemas familiares e individuales en los integrantes de las familias, debido no sólo por al confinamiento, también por la falta de socialización y de trabajo, esto ha provocado problemas familiares e incluso de salud mental en adultos y niños (as), en los menores afecta de manera diferente que ven afectados en sus procesos de socialización, configuración de su personalidad, procesos de maduración psicológica y social, se encuentran estresados por los problemas económicos de la familia y principalmente por la asistencia a la escuela de manera virtual.

"O sea si nos ha afectado la verdad y a los niños en particular a los niños, como ahorita no van a la escuela y nomás andan en la calle y aquí mucha gente la verdad no usa su cubrebocas yo ya me lo puse ¿Cómo ve? Pero si..." (Mirta 67 años, Cumbres III, Abril 2021).

Añadiendo que la violencia de género que se presenta de manera naturalizada que no se reconoce como tal, hasta que no se manifiesta en formas extremas o de forma muy evidente.

Estrategias desarrolladas para las problemáticas familiares

- Redes de apoyo familiar
- El uso de las redes sociales y teléfono para estar en contacto con los familiares a la distancia
- Rolar las visitas con la familia, algunas ocasiones van unos familiares otros días van otros

El distanciamiento no solamente se ha dado entre integrantes de una familia nuclear o extensa, también se ha dado entre familiares como tíos, abuelos, primos. Lo que era parte de la dinámica familiar al visitar a otros familiares los fines de semana, fiestas familiares entre otras actividades, se transformó, por el contrario, dejar de visitarlos, aislarse, suspender eventos familiares, con amigos o comunitarios como las fiestas de las parroquias, peregrinaciones, ferias entre otras costumbres y perder comunicación y la convivencia cotidiana. Este distanciamiento no solamente se origina por el cuidado que un familiar le quiere otorgar a otro, sino también el desánimo de no poder ver a su familia, añorar lo que antes vivían y tener que recurrir al alejamiento, ya que algunos no saben usar tecnologías para una video llamada u otros no cuentan con ellas debido a la falta de dinero.

Las familias juegan un papel importantísimo en las tareas, acciones y estrategias diarias, desde lo personal hasta lo colectivo en el cambio de hábitos, costumbres, formas de convivencia al interior y exterior de los hogares, la pandemia impactó en lo más íntimo de las familias, se requerirá de nuevos patrones de educación y convivencia familiar para tomar las responsabilidades que nos toca a cada miembro de las familias y aprehender ante una pandemia.

Situación educativa

Las personas entrevistadas manifestaron que los (as) niños (as) se han visto afectados (as) por el cierre de las escuelas, varias madres de familia expusieron el incremento de la deserción escolar, niños en casa sin supervisión; la pérdida del año escolar porque los hijos no aprendieron, pues no tuvieron acceso a la educación por falta de dispositivos y mucho menos internet para tener y enviar las tareas, porque el whatsapp fue un medio muy utilizado por los profesores para

enviar las tareas, manifestaron también la imposibilidad de ellas para acompañar a sus hijos en la enseñanza, pues algunas tienen la primaria y otras la secundaria sin terminar, lo que dificulta su acompañamiento en el aprendizaje y las tareas. La escuela en casa permitió observar que la educación no permite el desarrollo del alumno, requiere proximidad física, enseñanza y retroalimentación de un docente, niños en casa sin supervisión. Los niños por su parte ya quieren regresar a la escuela para convivir y ver a sus compañeros de escuela, dicen además que como están, no aprenden nada y que se aburren.

Por lo que respecta a los jóvenes estudiantes que tienen de alguna manera acceso a la educación media, dijeron no entender muy bien los contenidos que se les dan en forma virtual, que se distraen con facilidad durante las clases, se aburren y se desaniman porque no les gustan las clases virtuales, lo cual hace más difícil el entendimiento de los temas académicos.

Ante estos hechos el problema de la deserción escolar se ha incrementado y cada vez más los alumnos tienen la expectativa de regresar a las aulas, no obstante, las condiciones de la pandemia del Covid-19 y el hecho, de que una gran parte de las escuelas no cuentan con las instalaciones sanitariamente apropiadas para el regreso, aulas con poca o escasa ventilación, baños insuficientes, agua potable con flujo intermitente en el mejor de los casos y escases en las colonias populares que es en donde vive la mayoría de las personas entrevistadas; falta de insumos suficientes, como jabón líquido, sanitizante, toallas de papel, por mencionar los insumos más importantes para cubrir el protocolo de sanidad.

“ ... A mí me llega mucho estrés tengo que explicarle para que me entienda, pero tengo dos pingos que no me dejan y es una distracción muy fácil, ella si pasa la mosca ya se distrajo entonces con cualquier cosa que hagan ellos ya se distrajo ella y ya me estresó a mí y ha llegado el punto que yo le doy su coco o su jalón de pelos y le digo: -¡es que ya pon atención! y se me queda viendo así como de que... Y le digo: -es que no, es que ya hija, le digo estamos estudiando, le digo si se trata de jugar tienes todo el día para jugar y le digo ya ahorita está bien y ya se sienta muy triste, pero tiene la capacidad porque retiene rápido la información, lo malo es que la olvida muy

pronto, si el tema no se ve en tres días consecutivos se le olvida, entonces yo ahí tengo que estar remarque y remarque y yo decía que para mí era más fácil que la maestra le explicara y yo aquí reforzaba y ahorita yo aquí tengo que explicar, reforzar y hacerla atenta pues porque... Lo malo es que los maestros tienen la capacidad, bueno estudiaron para enseñar y a uno nada más le enseñaron, uno aprendió, pero no sé cómo explicar, como expresarme. Entonces para mí cosas que son tan sencillas por hacer para cuarto grado, por ejemplo, para mí una división que para mí es tan sencilla para ella es muy complicada, (voces de los niños de fondo), igual una multiplicación tanto, por tanto ¡ah ya! Sale tanto y pero no, ellos tienen que escribir el número y tienen que irle contando y se les olvida que llevan y es así como de que ¿ya se te olvidó?... -es que no me regañes. (Yesica Gabriela, 30 años, madre de familia, ladrillera de los Arellano Ags. Abril 2021)

"De hecho él ahorita como mi hijo de prepa dice que si siguen así ya no le dan ganas de estudiar porque dice que luego a veces no entiendo lo que dicen, si a veces presencialmente no entiendo, ahora virtualmente no. Y pues es difícil, es una etapa que estamos viviendo con él bien difícil. " " el hacerle entender que tiene que estudiar porque no hay de otra, o sea es un medio que le va a servir a él en un futuro, pero como que él dice que no, es que dice "es que no le entiendo, y es que no es lo mismo y es que para ustedes es fácil decirlo que nos conectemos" pero hay cosas que no entendemos" (Gloria, 42 años, Las Arboledas, Jesús María. Ags. Abril 2021).

Discusión de resultados

La información que reciben de los medios de comunicación, los comentarios que escuchan sobre el servicio de salud y la experiencia que han tenido sobre el Covid-19, tienen una incidencia directa en las practica sociales, tanto individuales, grupales y familiares que los pobladores han realizado ante las normas y protocolos establecidos por los gobiernos federal, estatal y municipal, con la finalidad de prevenir

la propagación del virus. En las entrevistas realizadas se muestra un fortalecimiento en los hábitos de higiene, son prácticas que muestran cambios positivos en el comportamiento de la población, en el aspecto personal los integrantes de las familias se lavan las manos más seguido, hacen uso del gel y cubre bocas para salir, en los hogares se mantiene la limpieza con el uso constante de desinfectantes e incremento en el consumo del cloro, en los espacios públicos se exige el uso de cubre bocas y gel antibacterial. De tal manera se han recuperado e integrado en el día a día las acciones de limpieza necesarios con o sin pandemia como parte de las prácticas de prevención en la salud y bienestar social.

El aislamiento y suspensión de actividades sociales y económicas establecidas como medidas de protección que el estado ha implementado, han sido atendidas por algunos grupos etarios por miedo de contagio, al ser los más vulnerables ante el virus. El adulto mayor al ser una de la población vulnerables ante el COVID-19, ha sido marginado o él mismo se ha alejado tristemente de las relaciones familiares afectivas más cercanas, así como de las actividades ocupacionales del área pública a las que se comúnmente se habituaban, esto por miedo a ser contagiado, lo que ha trascendido en el bienestar mental de este grupo etario, ya que les ha provocado ansiedad, angustia e incluso depresión.

Otro de los grupos etarios que ha tenido cambios en sus actividades cotidianas por el aislamiento social, son las madres de familia quienes han hecho cambios en su cotidiano, al darse la transición de la forma de recibir clases escolares (presencia a virtual) recibiendo la instrucción en casa, el estar toda la familia todo el tiempo en el mismo espacio. A pesar de que las familias expresan apoyar en las labores domésticas, los roles tradicionales de género se han acentuado, las madres de familia tienen el cuidado de los hijos las 24 horas, las dificultades a las cuales se han enfrentado en las actividades académicas de los hijos, por no poder explicar y ayudar al hijo a cumplir con las tareas escolares han llevado a un desequilibrio emocional en este grupo, provocando ira, frustración, impotencia y ansiedad.

Algunos menores han mostrado afectaciones en su salud emocional, al no tener las actividades escolares y ser privados de socializar con los amigos y compañeros de escuela, los llevó al aburrimiento, frustración, ira y ansiedad; en las comunidades rurales y suburbanas los menores

pasan mucho tiempo de ocio que los ponen en peligro ya que pasan el mayor tiempo fuera de casa, exponiéndose.

Los padres y madres de familia jóvenes y adultas, que, por los despidos y falta de trabajo remunerado vivieron en el día a día, la angustia y desesperación por no tener dinero y llevar a casa para el sustento familiar, fueron días aciagos en los que privó la incertidumbre en todos los ámbitos de la vida afectiva, socioeconómica, cultural y sanitaria.

Las creencias religiosas constituyeron un apoyo importante para sobrellevar la situación de pandemia, el cierre de las iglesias afectó sus rituales cotidianos, como el ir a misa, rezar el rosario en la iglesia, incluyendo las festividades religiosas y ceremonias familiares y/o de amigos, no obstante, manifestaron en varios casos, orar con la familia en casa, sintiéndose acompañadas (os) y reconfortados interiormente, sabiendo que no están solos, que Dios los acompaña. Dichas creencias, son parte de la fe que profesan en las distintas religiones católica y cristianas, misma que depositan en un ser supremo reconocido como Dios todopoderoso, en quién depositan la esperanza de que vendrán tiempos mejores, lo que a su vez constituye sin duda, una creencia compartida en el inconsciente colectivo (Joung: 1991), teniendo un efecto en las personas, que les permiten sobrellevar la situación de la sindemia y un apaciguamiento en el desasosiego de su ser interior, que se muestra temeroso ante la Covid-19, además de un fortalecimiento en su espiritualidad mediante las creencias y distintos ritos religiosos que tienen y que llevan a cabo.

Las creencias sobre el término de la pandemia, se centran en la esperanza de que pronto termine, pero la realidad que se vive muestra lo difícil que será salir, pues uno de los protocolos del aislamiento son las no fiestas con reuniones masivas, norma en la que se presenta una dicotomía sobre el comportamiento de familias y grupos de edad, hay quienes siguen las indicaciones y otras hacen caso omiso de ello. Mencionó una madre de familia entrevistada la razón por la que ve difícil que termine el aislamiento por pandemia: *Hay quienes consideran que la situación que atravesamos por la pandemia no se va a terminar, las familias expresan la adaptación como una forma de vivir esta nueva realidad, pues mencionan que no se va a acabar (Elisa, 42 años. Col. Insurgentes).*

Quienes presentan condiciones desfavorables se encuentran en situaciones más complicadas, las personas tienen que salir para subsistir, generando mayores condiciones de desigualdad, es importante que al momento de generar políticas públicas se consideren las condiciones sociales, ya que, si bien el aislamiento y la suspensión de actividades económicas se perfiló como una estrategia favorable para detener la propagación del virus, afectó muchas más áreas de la vida que al final impactan en la salud física y mental de la población.

El distanciamiento social agudizó una problemática que se ha estado presentando sin mucha observación, la pérdida de la vida en comunidad, la mayoría de las personas entrevistadas en el área urbana refirió no tener contacto con sus vecinos y haber reducido sus relaciones personales con amigos. El contacto se mantenía solo entre familiares. Es importante rescatar la vida en comunidad.

Paradójicamente se encontró, por un lado, que algunos hombres y mujeres de distintas edades, se mostraban dudosos con respecto a la existencia del covid-19, pues consideraban que el gobierno estaba involucrado en la pandemia, pero por otro, se mostraban conscientes de seguir las recomendaciones en cuanto al cuidado y prevención, dependiendo de lo que les permitían sus condiciones sociales y económicas.

Quienes se vieron menos afectados por la pandemia, son aquellas personas con un nivel económico estable y con un perfil de autocuidado, lo anterior pone en perspectiva la importancia del cuidado de la salud antes de la enfermedad, con la realización de ejercicio, una alimentación saludable, el control de las enfermedades ya existentes, la importancia de contar con servicios de salud, actividades propias del autocuidado, que todos debemos considerar ante situaciones de salud pública.

Las personas entrevistadas, manifestaron, por un lado, sentir la pérdida de un año y miedo por el panorama no tan alentador que pintan los medios, y por otro, también tienen la esperanza de que habremos de salir de esta pandemia y de que habrá tiempos mejores, siendo un aspecto que influye y motiva a varias personas a seguir adelante y no caer en el escepticismo total.

Hay personas que utilizan como mecanismo de defensa, la indiferencia y apatía social ante un sistema económico, político, social y cultural que los ha excluido históricamente y que con la pandemia de

la Covid-19, ha visto y viven, cómo se precarizan más sus condiciones de vida, siendo evidente su vulnerabilidad individual y social al no tener un acceso equitativo a los derechos más básicos (alimentación, trabajo, educación y salud entre otros)

En contraste con la apatía, cabe recordar que la gente actúa independientemente de la atención o no de los gobiernos y las instituciones sociales y educativas, para ejercer su capacidad de agencia y decir qué hacer ante los efectos de una pandemia que les afecta directamente en su acceso al empleo, a una alimentación nutritiva, a la salud, educación y familiarmente.

Es importante destacar que, desde sus propios saberes y experiencia de vida, la gente propone el apoyo del gobierno con apoyos económicos para poder auto-emplearse en pequeños negocios familiares, lo que permitiría atender las necesidades de un mercado circunvecino y de esta manera reactivar la economía local en cada colonia e incluso entre colonias.

Se observó que independientemente del nivel de escolaridad básico, con los avances tecnológicos y la disponibilidad de todo tipo de información, las personas tenían acceso a ésta, mediante los noticieros convencionales por radio y televisión, en el mejor de los casos en noticieros alternativos en Internet, la mayoría mostraron interés por lo que está sucediendo, no son ajenas a lo que sucede en su entorno, sobre todo porque el COVID-19 se trata de algo inédito en nuestra historia reciente.

En este apartado se destacan dos categorías a cuestionar, como lo es la violencia intrafamiliar y la perspectiva sindémica que abordamos en este estudio, la primera constituye un problema social que las personas entrevistadas no identificaron como tal, señalaban que tenían problemas como en toda familia, este testimonio lo constata: *“Pues como todas las familias a veces se pelea uno a veces este uno contento y así... pero no es algo que sea permanente como en otras”* (Alicia 57 años, Col. España. Abril 2021), pero, ¿influyó el hecho de que no haya habido un conocimiento e interacción previa con las mujeres madres de familia para tener confianza y hablar de si hay o no violencia o se trata ¿de un fenómeno naturalizado que no alcanzan a identificarla en su familia como tal? O ¿no se atrevieron a hablar de ella por miedo?, siendo una problemática que requiere de profundizar en su estudio, porque, a pesar de que han existido campañas tanto por parte del sector gubernamental,

así como del tercer sector -denominado de esta forma por ubicarse en él, las Organizaciones de la Sociedad Civil- que promueven su denuncia y atención, puede ser que no lo vean así, porque consideran desde sus creencias, que todas las familias tienen dificultades. Lo ya expuesto son hasta ahora supuestos, mismos que habrá que indagar para conocer ¿cómo piensan que se da la violencia intrafamiliar? y ¿qué tanto la reconocen en su ámbito familiar inmediato?

Por lo que respecta a la perspectiva sindémica, que enfatiza las condiciones socioeconómicas, culturales y comorbilidades como factores que potencializan la vulnerabilidad de los sectores más desfavorecidos, no sucedió en el caso de este estudio, ya que se observó en campo, que la población no declaró conocer tantos contagios de covid-19 en sus colonias, pues si bien es cierto que algunas familias refirieron contagios y fallecimientos por esta enfermedad, pudo haberse tratado de quiénes al inicio de la pandemia del coronavirus, tuvieron que salir a trabajar y al presentar comorbilidades como hipertensión, diabetes y obesidad mórbida, contrajeron el SarCov-2 y murieron, agravándose también por el no acceso a servicios de salud y la saturación de hospitales, casos en los que sí aplicaría como tal el término sindemia. Lo que sí, sin duda, se han visto afectados en sus necesidades básicas, principalmente en la alimentación, servicios de salud, educación y recreación.

Pero ¿Cómo entender para el caso de este estudio, que las personas en las colonias populares no se observa una alta incidencia en contagios?, ¿podría ser acaso la inmunidad de rebaño? O por las condiciones de precariedad en la que viven, en donde no tienen acceso al agua de manera continua para el aseo personal y de la vivienda; ingresos que alcanzan para cubrir mínimamente su alimentación, reduciendo la posibilidad de comprar jabones o detergentes, ¿crean un entorno propicio para desarrollar inmunidad ante distintas enfermedades de tipo infeccioso? En contraste, se observa en la clase media, una continua prevalencia de contagios por COVID-19, ¿es porque hay un excesivo cuidado y aislamiento social que inhibe el desarrollo de más anticuerpos contra agentes patógenos? Estas preguntas pueden buscar respuesta en la población, desde un enfoque transdisciplinar, en dónde la medicina, trabajo social, antropología, sociología, demografía y psicología, entre otras disciplinas, pueden participar para tener una visión holística al respecto.

Conclusiones

Los resultados permiten identificar en la narrativa de las personas entrevistadas, cómo sus propuestas giraron en torno a la solicitud de recibir apoyos para poner un pequeño negocio y así generar ingresos, que deja ver sin duda, la capacidad de agencia que tienen para responder ante la emergencia de las circunstancias, por un lado con estrategias orientadas a obtener ingresos, y por otro, el expresar la conocidas y que pueden parecer obvias ante los ojos de quién observa externamente, pero para quiénes desde el trabajo social seguimos de cerca los procesos de las personas ante las situaciones adversas, representa un salto cualitativo importante en su discurso y en la concepción de la ayuda gubernamental que solicitan, no únicamente como personas desvalidas que necesitan asistencia, sino porque visualizan el apoyo como un medio para desarrollar desde sus condiciones y experiencia, estrategias económicas para generar ingresos y enfrentar los embates de la crisis sanitaria en su ya precaria economía doméstica, que si bien, no es un comportamiento generalizable al conjunto de la población, es signo de cambio en la mentalidad de varias personas y que para ellas mismas, significa un gran esfuerzo y un cambio de actitud digno de considerarse en una intervención social a corto plazo y que ellas y ellos puedan potencializar sus capacidades a favor de una mejora no solo individual y familiar, sino de manera colectiva.

Así también, las redes familiares como una estrategia fungieron como un sustento importante no solo en lo económico, sino en lo emocional y aunque no en todos los casos se dio porque no hay una buena relación, en gran parte de los casos, estas redes constituyeron en primera instancia, una forma de apoyo próxima y muy necesaria. Las y los trabajadores sociales tenemos el gran reto de actuar a través de nuestra herramientas teórico-metodológicas de la intervención social y de manera transdisciplinar formar grupos de profesionales y ciudadanos y trabajar en conjunto en reeducación en las nuevas formas de convivencia social y reaprender a vivir en familia, en comunidad y en sociedad, respetando las diferencias y caminando hacia nuevas formas de convivencia social. La disciplina del Trabajo Social tiene mucho que aportar desde todas las áreas en las que se desempeña, la asistencia social, educación, salud, derechos humanos, inclusión, etc.

Esta investigación diagnóstica nos da luz en materia de acciones y estrategias a largo plazo que responden a la realidad social presente.

Como propuestas a considerar desde la intervención del trabajo social a partir del análisis de los resultados, en relación a las familias se propone trabajar la sensibilización familiar en nuevos aprendizajes de protección y seguridad sobre todo para los integrantes más vulnerables y dependientes de la familia (niños, personas con capacidades diferentes y adultos mayores y personas enfermas) así como brindar herramientas para identificar y atender situaciones de riesgo entre los miembros de la familia, fomentar el incremento de las muestras de afecto de manera verbal y no verbal. Crear espacios y actividades para la realización de actividades que permitan convivir de forma segura en lo familiar y lo comunitario. Crear / fortalecer redes de apoyo institucionales y comunitarias, en este sentido es importante recuperar la convivencia y solidaridad comunitaria.

Se muestra la realidad que viven las familias vulneradas en Aguascalientes, manifestando las afectaciones al empleo, la educación escolar y las consecuencias y riesgos que experimentan en el cotidiano las familias ante la contingencia de COVID 19. La investigación rescata las estrategias o prácticas sociales que las familias han implementado para subsistir ante las afectaciones y problemáticas que les aqueja, mostrando la capacidad de resiliencia, solidaridad y adaptación como una forma de sobrevivencia. La implementación de la investigación trascendió al ser realizada “in situ” durante el aislamiento social, las investigadoras adquirieron una corresponsabilidad ante las afectaciones emergentes; haciéndose partícipes a través de las gestiones e integrándose a las estrategias asistenciales que permitieran proporcionar alimentos básicos para las familias, al ser en un primer momento lo inmediato a atender. Dichas participaciones de integración llevaron la investigación a concentrar la atención en el concepto de solidaridad desde tres dimensiones muy importantes: como valor ético, como estrategia de intervención social y como una forma de acción social (Perea, et. al 2021).

Como valor ético y social sustancial en la convivencia humana, que debe regir el comportamiento social ante situaciones de privación económica, violencia a los derechos humanos, de desastres naturales o biológicos, de desventaja social, de apoyo emocional, entre otras muchas más situaciones sociales; debe preservarse y seguir fomentando

al estar cumpliendo con una función social vital que coadyuva al fortalecimiento de la cohesión social, trascendiendo el individualismo e indiferencia y apatía que han caracterizado a la sociedad actual.

La solidaridad como intervención social se subdivide en dos momentos trascendentales; en un primer momento la intervención se realiza dando una respuesta inmediata, a través de la intervención asistencial ante la adversidad que apremia la atención; en un segundo momento la intervención social se orienta hacia la promoción del bienestar social, con sustento teórico y propuestas organizadas de pequeñas unidades productivas de manera colectiva y desde los propios recursos y saberes de las y los agentes sociales, así como desde la solidaridad social.

La solidaridad como acción social, desde trabajo social desde la promoción que involucre y comprometa a la población como agentes sociales en la solución de problemas que les afectan; promoviendo una forma de ser responsables socialmente y coparticipes en la reconstrucción del tejido social (Ver Perea, et. al 2021).

Ante el embate de la pandemia del covid-19 que profundizó los evidentes resultados del neoliberalismo tales como la depredación humana y ambiental, el incremento del desempleo, la pobreza, exclusión social, violencia e inseguridad social, se hace imperante la existencia de un Estado de Bienestar, que intrínsecamente tiene una orientación social, para que en futuras pandemias o colapsos económicos, los efectos ya citados, no se recrudezcan en la población y de alguna manera se puedan contener las consecuencias, esto implica también, que el Estado funja un papel no solo como regulador de las relaciones económicas sino interviniendo en la economía, para de esta manera, generar empleos con obras de extracción y refinación sustentable de los recursos naturales que posee nuestro país (energía nuclear, energías renovables, litio, petróleo), así como obras de infraestructura carretera, ferroviaria, hospitalaria, educativa, vivienda; fuerte impulso a programas de forestación y cuidado del medio ambiente, que impulsen el desarrollo del país de manera sustentable y con ello, tender a la disminución de la histórica desigualdad social que ha privado en nuestro país por siglos, siendo imprescindible que existan candados administrativos y legales que impidan la corrupción y el mal uso de los recursos económicos, por lo que la transparencia en la

rendición de cuentas de todas y todos los funcionarios involucrados en todos los niveles de gobierno es también un aspecto

Por último, señalar que el Covid-19 ha venido con todo a plantearnos nuevos retos en lo individual y lo colectivo, rompiendo prácticas sociales, costumbres y un sentimiento de vulnerabilidad que nos provoca inseguridad, incertidumbre y miedo, pero a la vez nos cuestiona y exige respuestas ya sea para adaptarse, gestando en consecuencia nuevas formas de coexistir con el virus, para ver hacia dentro de nuestro ser, de ver e interactuar con los otros. Del Covid-19 tenemos que salir con un aprendizaje que permita avanzar como seres humanos y como sociedad, con formas de solidaridad social (Ver Perea, Ornelas, Ortiz, Sandoval y Castillo, 2020; p. 44), que permitan fortalecer sus vínculos, para entender que, como agentes sociales podemos gestar cambios en la sociedad, que vienen desde el yo interior, para proyectarse en sus múltiples facetas hacia los otros, intercambiando e interactuando, para la construcción de un nosotros totalmente incluyente.

Referencias

- Bruna, F., Massó Lago, M., & Neira, I. (2020). ¿Importa la cultura durante una pandemia? Una aproximación a la crisis española de la COVID-19. *Revista Española De Sociología*, 29(3). <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.48>
- Campos-Vázquez, Raymundo M. y Gerardo Esquivel (2020a); “Niveles y Patrones de Consumo en la Era del Covid-19”, *Revista Nexos en Línea*, mayo. <https://www.nexos.com.mx/?p=48034>
- Castro L., Ricardo. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista médica de Chile*, 148(2), 143-144. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200143>
- Corral Ollero, D., y De Juan Fernandez, J. (2021). La educación al descubierto tras la pandemia del Covid-19. Carencias y retos. *Revista Aularia*, 10(1), 021-028. https://www.aularia.org/lib/pdf/Aularia_19.pdf
- Dávila, Alejandro y Valdés, Miriam (2020). Costos del cierre de las actividades “no esenciales” por la pandemia Covid-19. Análisis multisectorial y regional con modelos SAM. México

- <https://economiatyp.uam.mx/index.php/ETYP/article/view/568/647>
Consultado el 23 de julio de 2021.
- E. Urra, A. Muñoz y J. Peña (2013) El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*; 10(2):50-57
- Garay Villegas, S., y Calderón Chelius, M. (2021). Carencias sociales y Covid-19 en México: algunas diferencias en términos regionales. *Iberoforum. Revista De Ciencias Sociales*, 1(2), 1-32. <https://doi.org/10.48102/if.2021.v1.n2.156>
- García, A, L. (2021) Covid-19 y educación a distancia digital: preconfinamiento, confinamiento y postconfinamiento. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 24(1) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331464460001>
- García C, Villasís-Keever M.A. (2020) Covid-19: marca un antes y después en México, ¿punto y aparte?, ¿punto y seguido? *Rev Mex Pediatr*, 87(2), 43-45. <https://dx.doi.org/10.35366/94166>
- Larios Navarro, Á., Bohórquez-Rivero, J., Naranjo-Bohórquez, J., & Sáenz-López, J. (2020). Impacto Psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia Covid-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 227-228. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442894/#bib0045>
- Medel, Carmen; Rodríguez, Abigail; Jiménez Giovanni; Martínez, Ricardo. (2020). México ante el Covid-19. Acciones y Retos. Consejo Editorial de la H. Cámara de Diputados y Universidad Autónoma Metropolitana.
- Moguillansky, M.; Fischer, M. y Focás, B. (2020) Prácticas culturales, información y política en la pandemia. *Documentos del IDAES*, en prensa
- Mosqueira, M. y Esquivel, J.C. (2021). Diversidad Religiosa en tiempos de pandemia, Primeros resultados, de CEIL Sitio web: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2021/11/mi8-Mosqueira-Diversidad-religiosa-y-pandemia.pdf>
- OIT (2020) México y la crisis de la Covid-19 en el mundo del trabajo: respuestas y desafíos. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/--ilo-mexico/documents/publication/wcms_757364.pdf
- Olmos Alcaraz, A. (2015). Análisis crítico del discurso y etnografía: Una propuesta metodológica para el estudio de la alteridad con

- poblaciones migrantes. *Empiria. Revista metodológica de Ciencias Sociales*, (32), 103-108.
<https://doi.org/10.5944/empiria.32.2015.15311>
- Pamplona, F. (2020). La pandemia de COVID-19 en México y la otra epidemia. *Espiral*, XXVII (78-79), 265-302.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13866195006>
- Perea Velázquez, M. E., Ortiz Rodríguez, M. T., Sandoval González, A. H., & Castillo Cervantes, M. G. (2019). Propuesta preliminar de un modelo de intervención para la práctica comunitaria e institucional de trabajo social. *Perspectivas Sociales*, 20(2).
 Recuperado a partir de:
<https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/77>
- Perea, Ornelas, Ortiz, Sandoval y Castillo (2021) “La pandemia de la covid-19 y sus impactos. Una mirada con enfoque multidisciplinar”. En Revista Realidades. Año 10 No. 2, noviembre 2020-abril, 2021, Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Plitt, L (9 de octubre, 2020). *El covid-19 no es una pandemia”: los científicos que creen que el coronavirus es una sindemia (y qué significa esto para su tratamiento)*. BBC News Mundo.
- “Sindemia: una nueva categoría que reúne lo social y lo biológico”.
 Artículos IntraMed
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90525>
- Soriano, G. (25 de octubre de 2020). *La Jornada*. Recuperado el 2021, de <https://www.lja.mx/2020/10/aumenta-en-un-20-la-atencion-psicologica-en-el-issea/>
- Zalpa, Genaro (2011). “Cultura y Acción Social” Teoría (s) de la cultura. Universidad Autónoma de Aguascalientes y Editorial Plaza y Valdés. México.
- Zalpa, Genaro (2019). “Teorías de la acción social y estrategias de intervención en trabajo social”. Universidad Autónoma de Aguascalientes. México.

De los coordinadores

Belinda Espinosa Cazarez

Técnica, Licenciada y Maestra en Trabajo Social con acentuación en Estudios de Género por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), Doctora en Economía, Pobreza y Desarrollo Social por la Universidad de Baja California. Profesora e Investigadora de Asignatura Base de la Facultad de Trabajo Social Culiacán, UAS. Integrante del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos Integrante de la Academia Nacional de Investigadores en Trabajo Social (ACANITS) e integrante de la Red Nacional de Trabajo Social y Familia. Ha realizado movilidad Internacional en el programa de Trabajo Social de la Universidad Pontificia Bolivariana en Medellín Colombia y en la Universidad Central de Chile. Ha participado en congresos nacionales e internacionales en calidad de ponente y conferencista magistral; es integrante de las Comisión Estatal de Seguimiento y Evaluación de curricular del Plan de Estudios 2015 de la Licenciatura en Trabajo Social de la UAS. Cuenta con publicación de artículos en revistas nacionales e internacionales, así como capítulos de libros. Así también, colabora en algunos proyectos de investigación a nivel nacional. Es Trabajadora social hospitalaria en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Correo electrónico: mc.belinda.esca@gmail.com

Jesús Enrique Quevedo Bueno

Es doctor en ciencias sociales por la Universidad Autónoma de Sinaloa, así como también realizó estudios de maestría en historia, sus áreas de interés son la historia económica, la historia de la ciencia y tecnología, informática y estadística, así como lo relacionado con la educación superior. Es docente de la Facultad de Trabajo Social desde 1998 y ha participado como miembro de comités de tesis de licenciatura, así como ponente en algunos congresos y también ha colaborado en algunos proyectos de investigación avalados por la universidad.

Nora Hilda Fuentes León

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Veracruzana, Maestra en Modelos de atención para la familia por el Instituto Campechano y Doctora en educación por la Escuela Libre de Ciencias Políticas y Administración Pública de Oriente; experiencia profesional en el área de la salud-comunitaria en la Jurisdicción Sanitaria No. XI de Coatzacoalcos, Veracruz; Profesora de Tiempo Completo de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Veracruzana; Integrante de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS); Miembro de la Red Nacional de Investigación Trabajo Social y Familia y la Red Nacional de Género y Trabajo Social. Cuenta con publicación de artículos en revistas nacionales, así como capítulos de libros, Además, Coordinadora de los libros: Formación, Género y Vejez: La investigación de Trabajo Social ante los nuevos escenarios Género, Familia y Vejez: Abordajes disciplinares en las investigaciones de trabajo social

Trabajo Social en el sistema de Salud; un análisis de la intervención en México; se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 17 de noviembre de 2022. La edición electrónica será publicada en la página web de La Académica Nacional de Investigación en Trabajo Social;
www.acanits.org



La obra de "*Trabajo Social en el sistema de Salud; un análisis de la intervención en México*", recupera y avanza en los debates del sistema de salud y la intervención

profesional del trabajador social en los escenarios emergentes institucionales y focalizados a los derechos de la salud del sujeto social y la carente respuesta en cobertura del sistema de salud en México. Por ello, se aborda la intervención profesional ante los diferentes espacios institucionales y vincula el análisis de las problemáticas emergidas de la pandemia Covid-19, como son; embarazos en adolescentes, exclusión de los servicios de salud en mujeres privadas de su libertad, ideación suicida y doble presencia, gordofobia, cultura alimentaria, salud mental, obesidad infantil, participación comunitaria, estrategias familiares, cáncer y enfermedades crónico-degenerativas.

La obra está integrada por 14 investigaciones distribuidas en tres apartados: En el primer apartado se analiza la Intervención Profesional del Trabajo Social en el área de la salud; en el segundo se analiza desde el Género, familia y exclusión de la salud; y en el tercero la Obesidad Infantil, conductas alimentarias, gordofobia y constitución física.

El libro invita a la reflexión y al trabajo colegiado desde las estrategias de la investigación e intervención profesional en el área de la salud, desarrollando pautas de intervención de acuerdo con el contexto de análisis de las investigaciones realizadas, desde una perspectiva innovadora en asumir retos y desafíos profesionales en impulsar las nuevas tendencias de abordaje teórico y práctico del Trabajo Social.