

# Redes Temáticas

## Investigación en Trabajo Social

Envejecimiento, intervención y  
situaciones emergentes

**Ruth Lomelí Gutiérrez**  
**María del Carmen Flores Ramírez**  
**María Eugenia López Caamal**  
*(Coordinadores)*



Universidad Veracruzana



ACANITS



# Redes Temáticas

## Investigación en Trabajo Social

### Envejecimiento, intervención y situaciones emergentes

Ruth Lomelí Gutiérrez  
María del Carmen Flores Ramírez  
María Eugenia López Caamal  
(*Coordinadores*)





ACANITS

**IMPRESO EN MÉXICO**  
**PRINTED IN MEXICO**

*Nivel 401, 420, Pachuca de  
Soto 42083, Hidalgo*



Primera Edición, febrero de 2021

© 2021 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.  
ISBN: 978-607-98632-4-1

Instituto Campechano  
Universidad Veracruzana  
Universidad Autónoma de Coahuila

© 2021 Por características tipográficas y de diseño editorial  
ACANITS A.C.

Todos los capítulos de este libro fueron sometidos a dictamen a  
doble ciego por pares académicos.

Este libro electrónico es editado por la Academia Nacional de  
Investigación en Trabajo Social (ACANITS) bajo la licencia  
Creative CommonsCC BY- NC-SA 4.0; que de manera gratuita  
pone a disposición esta obra siempre y cuando se atribuya el  
crédito al autor. También puede leer, descargar, compartir, co-  
piar y redistribuir el material sin fines comerciales y con la uti-  
lización de esta misma licencia.

Impreso en México



# Índice

	Pág.
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
Ruth Lomelí Gutiérrez María del Carmen Flores Ramírez María Eugenia López Caamal	
<b>Eje Temático: Envejecimiento y trabajo social</b>	
<b>Segregación y habitabilidad de los adultos mayores: El caso de la Ciudad de Colima</b>	<b>9</b>
Karla Daniela Martínez Carvajal Reyna Valladares Anguiano	
<b>Las personas mayores "Oportunidades y desafíos de frente a la atención en salud en Torreón Coahuila</b>	<b>30</b>
<i>María del Carmen Flores Ramírez</i> <i>Susana Facio Arciniega</i> <i>Irma Andrade Valles</i> <i>Gabriela Perales García</i>	
<b>Percepción de la calidad de vida y su asociación con la autoeficacia y un estilo de vida saludable en adultos mayores de Culiacán, Sinaloa</b>	<b>41</b>
Beatriz Guadalupe Zepeda Gómez Rafael Castro Pérez José Aldo Hernández Murúa	
<b>Retos y dificultades en Adultos Mayores</b>	<b>62</b>
Gudelia Muñoz Hernández	

**Estilos de vida como obstáculos culturales del adulto mayor para acceder a los programas de salud: en la colonia los mexcales, Culiacán Sinaloa** 79  
Marisela Rivera Montoya  
Greicy Itzet Herrera Guzmán

### **Eje Temático: Intervención de trabajo social**

**Acercamiento al estado del arte en la producción científica de Trabajo Social en Iberoamérica** 106  
Rosa Acela Mayanix Alvarado Guevara  
María Luisa Urrea Zazueta  
Teresita del Niño Jesús Carrillo Montoya

**Variables e indicadores para construir el diagnóstico social: caso Hospital Infantil de México** 122  
Alejandra Aguilar Campos  
Ma. del Rosario Silva Arciniega

**Dimensiones del diagnóstico social: Un abordaje sobre los cuidados y crianza, para la intervención con familias al cuidado de la madre** 136  
María del Carmen Pérez Guillen  
Ruth Lomelí Gutiérrez  
Nora Hilda Fuentes León

**Intervención con Jóvenes en Conflicto con la Ley y su Impacto en la Masculinidad, Expresión de Emociones y Toma de Decisiones desde el Trabajo Social** 158  
Ronaldo Hernández Tristán  
Verónica Arayancy Obregón Casas  
Laura Karina Castro Saucedo

**Discapacidad y trabajo social: un recuento conceptual para una intervención incluyente** 178  
Jessica Andrea Rivas Nahuat

## **Eje Temático: Trabajo social ante en situaciones emergentes**

**Percepción social del COVID-19: una exploración al inicio de la pandemia en coahuilenses y otros mexicanos** 203

Laura Fabiola Nuñez Udave

Laura Karina Castro Saucedo

Francisco Alejandro Moyeda Martínez

**Familia y trabajo social ante la pandemia del COVID-19** 221

María Guadalupe Pardo Benítez

Xolyanetzin Montero Pardo

Víctor Santos Higuera Castro

**La importancia de la paz interior. Un reto de los profesionales de la salud en tiempos de COVID-19 para una intervención eficaz** 234

Martha Leticia Cabello Garza

Marisela Rivera Montoya

**Situación emocional de los profesionales de trabajo social en el área de la salud. Estudio de caso** 247

Mireya Patricia Arias Soto

Jesús David Amador Anguiano

Ma. Gregoria Carvajal Santillán

César Alfredo González González



# Introducción

*“Lo maravilloso es que el ejercicio moderno de la enseñanza no haya ahogado por completo la sagrada curiosidad por investigar, pues esta delicada plantita, además de estímulo, necesita, esencialmente, de la libertad, sin la cual perece de modo inevitable” Albert Einstein*

Hoy en día el estudio y la atención de los problemas sociales, requiere de un trabajo conjunto, donde la suma de esfuerzos este presente; desde la academia, los pobladores y por supuesto las instituciones, sean públicas, privadas o sociales. En esta suma de esfuerzos, el trabajo interdisciplinario adquiere un valor fundamental para la atención integral de los problemas, sean sociales, económicos, políticos, culturales o ambientales.

Bajo esta perspectiva de la suma de esfuerzos, el trabajo interdisciplinario, no solo permite conocer los problemas sociales, sino también actuar en ellos, sobre todo, por el involucramiento y la colaboración de diversas disciplinas que participan para atender la problemática que enfrentan los diversos sujetos sociales, a nivel local, estatal y nacional. En esta estrategia multidimensional, se garantizan procesos articulados en la producción de conocimientos científicos entre actores nacionales e internacionales, donde la academia, gobierno, empresas y sociedad civil, adquieren un papel protagónico.

Con base en esta perspectiva del trabajo colaborativo para el estudio y la atención de los problemas sociales; la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS), retoma la conceptualización y el impulso que han definido a las Redes Temáticas, desde el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt); y a través de un trabajo sistemático y organizado a escala nacional, en coordinación con la Red Nacional de Instituciones de Educación Superior en Trabajo Social (RENIESTS) y la Asociación Mexicana de Instituciones Educativas de Trabajo Social (AMIETS), impulsan desde el 2011, la creación de *Redes Temáticas en Trabajo Social*; cabe señalar que a la fecha, se han construido cuatro Redes Temáticas: Red Nacional de Trabajo Social y Familia, Red de Género y

Trabajo Social; Red Nacional de Trabajo Social Gerontológico, y Red Nacional de Estudios de Trabajo Social.

El libro “*Redes Temáticas, Investigación en Trabajo Social*”, es un documento de gran trascendencia para el desarrollo de la disciplina de trabajo social, no solo por la exposición de los hallazgos teóricos y metodológicos que se presentan, sino también por las experiencias y conocimientos que compartan los autores, en temas tan diversos y ricos en contenido, como la segregación y habitabilidad de los adultos mayores; las oportunidades y desafíos, frente a la atención a la salud; calidad de vida y su asociación con la autoeficacia y los estilos de vida saludable; retos y dificultades por discapacidad, cuidados y crianza, para la intervención con familias; intervención con jóvenes en conflicto; Familia y Trabajo Social ante la pandemia del Covid19; paz interior y situación emocional de los profesionales de trabajo social en el área de la salud.

En esta variedad de temas y contenidos, el libro se ha organizado en tres ejes temáticos: *envejecimiento, intervención y situaciones emergentes*; en el primero se abordan problemáticas sociales concierne a las personas de la tercera edad y sus familias; en el segundo, se explican las estrategias de intervención social desde el ámbito profesional y académico, como una respuesta a las problemas y necesidades sociales; y en el tercer eje; se exponen contenidos y experiencias referentes a los problemas sociales generados por la crisis sanitaria de la pandemia y el Covid19.

En el primer eje temático, *Martínez y Valladares*, analizan desde el espacio público, el tipo de urbanización en función a las necesidades de los adultos mayores, ofreciendo propuestas, desde el equipamiento, el mobiliario ergonómico, rampas, semáforos sincronizados y espacios que tengan como función principal, ser el sitio donde la población interactúe de manera libre y armoniosa.

En esta sintonía de los adultos mayores, *Flores, Arciniega, Valles y Perales*, analizan la prevención, como una medida para preservar oportunidades laborales y una calidad de vida saludable para los adultos mayores; considerando que con la implementación de estas medidas las los adultos mayores, tendrían la posibilidad de realizar sus actividades de la vida diaria con mayor grado de seguridad y bienestar; contrario a ello, señalan que cuando los adultos mayores entran a un proceso de inactividad, su estado de salud se complica,

lo que conlleva en algunos casos a la pérdida de amistades y sus ingresos disminuyen, de ahí la importancia de la atención en salud en primer nivel de atención, donde la disciplina de trabajo social tiene un papel estratégico al colaborar de manera multidisciplinaria con otras áreas afines.

En esta disyuntiva de la situación económica de los adultos mayores, *Zepeda, Castro y Hernández*, analizan la calidad de vida de personas mayores y la vulnerabilidad que estas presentan antes las diversas necesidades que demanda, en un proceso de cambio de estilos de vida saludable, donde el Programa Bienestar Integral y Ejercicio Físico (BIyEF), es esencial para motivar la auto eficiencia que determine la manera positiva en la formación de un estilo de vida saludable; provocando la percepción de autoeficacia para el adulto mayor, dirigiéndose al mejoramiento de sus capacidades de autocuidado y control de enfermedades.

Desde el análisis del abandono y la discapacidad que enfrentan los adultos mayores, *Muñoz Hernández*, estudia los retos y las dificultades que presentan las personas en el proceso de envejecimiento, por la carencia de acciones y programas sociales que promuevan el empleo, la recreación y el desarrollo humano, como un incentivo de salud para los adultos mayores.

En este marco de la complejidad de los programas sociales enfocados a los adultos mayores, *Rivera y Herrera*, analizan desde un enfoque interdisciplinario el acceso de los adultos mayores a los programas de salud, señalando la importancia de la participación colaborativa de trabajo social con otras disciplinas, sobre todo, con aquellas disciplinas que estudian y atienden el tema de la vejez y la calidad en vida en la familia y la sociedad.

Hablar de la intervención profesional, no se limita al ejercicio desarrollado por los trabajadores sociales en los diferentes campos laborales. La academia representa un espacio que genera a través de la articulación de la docencia, la vinculación social y la investigación, estrategias que permiten a estudiantes y profesores, incidir en sus contextos particulares donde se operan sus planes de estudio, con la intención de retroalimentar y actualizar sus contenidos a partir de los resultados logrados y presentados como evidencia científica.

Es importante señalar que en este sentido, si bien la investigación representa una competencia genérica en la formación profesional, también representa una competencia específica, en la medida que es un proceso que transversaliza cada una de las etapas metodológicas del quehacer profesional, como son la elaboración de diagnósticos sociales, la planeación, ejecución y evaluación, y en un sentido estricto, conlleva a la sistematización del ejercicio, con fines de retroalimentación de la práctica profesional y sumar con esto, contenidos al desarrollo de la disciplina del trabajo social.

Es bajo este contexto que la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social, de manera particular en este *eje temático* configura las experiencias, marcos metodológicos, acervos teóricos, que permiten ilustrar las contribuciones de las y los investigadores en el tema de la *Intervención profesional* en general, y, en particular sobre los alcances de la investigación social, aludiendo a las dimensiones bajo las cuales la acción investigativa, se hace presente como el principal punto de partida para la instrumentación de respuestas a los problemas y necesidades sociales atendidos desde el Trabajo Social.

En este Eje, *Alvarado, Urrea y Carrillo*, presentan un estudio del arte sobre la producción científica de Trabajo Social en Iberoamérica, mencionan los alcances y reflexiones como profesión y disciplina, además ponen de manifiesto su desarrollo progresivo, no solo en el tema de la producción, sino también, en la apropiación de espacios para su divulgación. Las autoras aluden que a través de la revisión de la literatura, es posible advertir que trabajo social ha realizado grandes esfuerzos, no solo por apropiarse de mayor cientificidad, sino también, romper con visiones y formas de atender los problemas sociales, inherentes a su origen, de ello, dan cuenta de la apertura de posgrados (maestrías y doctorados), orientados a la investigación.

Desde el área de la salud, *Aguilar y Silva*, determinan las variables e indicadores del *estudio socioeconómico* que elaboran las y los trabajadores sociales en el Hospital Infantil de México y su incidencia en el *diagnóstico social*, las autoras han detectado de un total de 975 recurrencias entre los diversos indicadores localizados, entre las variables ponderadas, no ponderadas y furtivas.

Por su parte, *Pérez, Lomelí y Fuentes*, sustentan de manera explícita la importancia del posicionamiento ontológico, epistemológico,

metodológico e instrumental, en el desarrollado y construcción de un *diagnóstico social*, reconociendo a la familia como objeto de estudio y como una construcción social, se puede decir que el hacer consciente el posicionamiento bajo el cual se percibe y comprende a la familia, así como la identificación teórica conceptual, favorece a sustentar el *diagnóstico social*, e integrarlo como una herramienta para tomar decisiones que inducen a la solución de dificultades y debilidades específicas en la familia.

*Hernández, Obregón y Castro*, abordan el tema de la Intervención con Jóvenes en Conflicto y la importancia que tiene la investigación científica, como un proceso que contribuye evaluar los modelos de intervención con jóvenes que han cometido faltas administrativas a la ley, sobre todo, en aquellos componentes emocionales de identidad o de actitudes sociales (decisiones) de los jóvenes.

Desde la discapacidad, *Rivas Nahuat*, acota que la sociedad no está preparada para afrontar el reto que conlleva el respetar los derechos humanos que tienen esta problemática y mucho menos hacerlos efectivos; asimismo señala que en trabajo social, ha sido un reto construir acercamientos efectivos que procuren el desarrollo pleno en igualdad de oportunidades de estos sujetos.

El *eje temático Situaciones Emergentes*, configuran la respuesta de trabajo social, ante la pandemia, sin duda alguna, esta situación transformó de manera radical, la cotidianidad en sus diversos contextos y dimensiones, en el marco de una diversidad de respuestas que aluden a una naturaleza biológica, política, económica y cultural.

Es importante mencionar que la prioridad respecto a las acciones para evitar el contagio en la población se centralizó en las instituciones de salud, donde laboran muchos de los profesionales de trabajo social en este campo de intervención. Bajo este contexto, la academia asumió el compromiso y la responsabilidad social de conocer y recuperar las implicaciones de la pandemia en la población en los diversos escenarios y dimensiones de las personas, mediante procesos de investigación e innovación de sus técnicas y herramientas para identificar y dar respuestas a los problemas y necesidades de población afectada.

Es importante señalar que esta experiencia, ha dado la oportunidad de hacer explícito el sentido de humano que caracteriza a la pro-

fesión, y además de afianzar las capacidades de las y los trabajadores sociales en términos de creatividad, actitud para la innovación, y objetivar las emociones como unidades de estudio e intervención.

En esta disyuntiva del quehacer científico *Núñez, Castro y Moyeda*, presentan los resultados de un estudio comparativo que permite hacer énfasis en la preocupación y pensamientos catastróficos, así como interés centrado en las creencias y sanación social como las representaciones más significativas en la población de estudio.

*Pardo, Montero e Higuera*, exponen desde una perspectiva interpretativa, el proceso de actuación desde la política de salud, y la importancia de reconocer el papel de la familia a partir de las peripecias y las implicaciones del grupo en este momento concreto.

Por su parte, *Cabello y Rivera*, fundamenta la intervención social, como espacios potenciales para configurar en mundo de las relaciones, su naturaleza simbólica y la importancia de la reciprocidad, sujetos de atención y el trabajador social ante las angustias, el dolor y traumas, particularmente, en este contexto de la pandemia de COVID 19.

En este orden de ideas sobre las emociones, *Arias, Amador, Carvajal y González*, analizan la situación emocional de los profesionales de trabajo social en el área de la salud ante el problema de emergencia sanitaria. Estudio que permite comprender las circunstancias bajo las cuales los profesionales del trabajo social confrontan las implicaciones de la pandemia, tanto en los usuarios como en el propio profesional focalizando la mirada en la situación emocional que están viviendo los profesionales de Trabajo Social del área de la salud.

El libro *Las Redes Temáticas, Investigación en Trabajo Social*, es producto del trabajo colegiado que las y los investigadores han impulsado desde la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS) en estrecha coordinación con la Escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano, la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán y la Escuela de Ciencias de la Comunidad de la Universidad Autónoma de Coahuila.

*Las Coordinadoras*

# **Eje Temático**

*Envejecimiento, Discapacidad,  
Abandono y Maltrato*



# Segregación y habitabilidad de los adultos mayores: El caso de la Ciudad de Colima

Karla Daniela Martínez Carvajal  
Reyna Valladares Anguiano  
*Universidad de Colima*

## ***Introducción***

En México, los adultos mayores del mañana ya nacieron; las generaciones de 1960 a 1980 fueron reportadas como las más numerosas y éstas ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del presente año, lo cual se verá reflejado en un incremento de esta población en las próximas décadas.

Los valores proyectados representativos de la población adulta de 60 y más entre los años 2000 a 2050 en los Estados Unidos Mexicanos, tienen una proporción que será de más del 25% en el año 2050.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el número de las personas adultas mayores en México fue de aproximadamente 10 millones 60 mil personas. Predominando las personas adultas mayores, entre 60 y 69 años, con más de cinco millones de personas.

Todo lo anterior nos muestra que vivimos un proceso de envejecimiento moderado pero acelerado. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que, de continuar en la próxima década las tendencias poblacionales descritas, las personas adultas mayores incrementarán su edad actual modificando su perfil en materia de salud y, en consecuencia, su vulnerabilidad biológica junto con el aumento en los costos de atención.

Un aspecto que no ha crecido de la mano con la población de Adultos Mayores es la urbanización, aspecto necesario en los entor-

nos físicos y sociales al ser determinantes clave para que las personas puedan mantenerse saludables, independientes y autónomas durante su vejez.

Pensar en la ciudad y los adultos mayores, remite a pensar en dos puntos importantes a tomar en cuenta: la integración social del adulto mayor, como elemento necesario para el desarrollo de una calidad de vida alta, por otro lado, la amigabilidad del entorno urbano, el cual debe ofrecer elementos de apoyo y seguridad, ya que, el espacio público tiene la función principal, de ser el sitio donde la población interactúa de manera libre y armoniosa.

La Ciudad que integra a su población evita la segregación, ofreciendo mobiliario para el descanso de los individuos, rampas que brinden accesibilidad, semáforos sincronizados que vayan de la mano con cruces peatonales diseñados para todo público, son características que deberán verse como obligatorias para poder proveer seguridad y accesibilidad a los usuarios.

Por lo que en el presente estudio se observa de cerca a los adultos mayores que viven en la Ciudad de Colima, y que requieren calidad de vida, por tanto desde la visión de la salud, se plantea que la actividad física, considerada como cualquier movimiento que realiza nuestro cuerpo, es un hábito saludable, el cual reduce el riesgo de padecer una enfermedad crónica no trasmisible y en caso de padecerla se busca que mejore, requiriendo espacios seguros, para poder desplazarse.

El presente documento, describe las características físico-espaciales del diseño urbano de tres AGEBS1 de la Zona Metropolitana de Colima (ZMC), AGEBS 0727, 0322 y 077 A, las cuales son las de mayor densidad poblacional de adultos de 60 años y más. La pregunta de investigación que guió el presente documento es, ¿Qué elementos de la estructura urbana condicionan la habitabilidad del adulto mayor, de la zona metropolitana en la Ciudad de Colima, en las AGEBS 0727, 0322 y 077A?

## Planteamiento del problema

### Contextualización

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el número de las personas adultas mayores en México fue de aproximadamente 10 millones 60 mil personas. Predominando las personas adultas mayores, entre 60 y 69 años, con más de cinco millones de personas (ver figura 1).

**Figura 1. Estructura de la población por sexo y edad en México.**



Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda, 1970 Inmujeres con base en CONAPO. Proyecciones de la Población 1990-2009 y 2010-2050.

A finales de 2017, México tenía 123.5 millones de habitantes, de los cuales más de la mitad (65.2 millones) era menor de 29 años y 14 millones estaban en los 60 años y más.

Sin embargo, estos cambios poblacionales no han venido acompañados de ajustes en los espacios urbanos y arquitectónicos, situación que resulta clave para que las personas puedan mantenerse saludables, independientes y autónomas durante su vejez, ya que de acuerdo con Vázquez-Honorato & Salazar-Martínez, (2010):

[...]En México aún no se le ha dado prioridad a la satisfacción de las necesidades de los ancianos, debido a que no existe una planeación integral entre la ciudad y el hábitat residencial. Deben fomentarse las interrelaciones entre el espacio, el hombre y su entorno para que permitan la flexibilidad de usos, adecuando el espacio a las necesidades en cada una de las etapas de desarrollo del ser humano [...] (Vázquez-Honorato & Salazar-Martínez, 2010, p. 62).

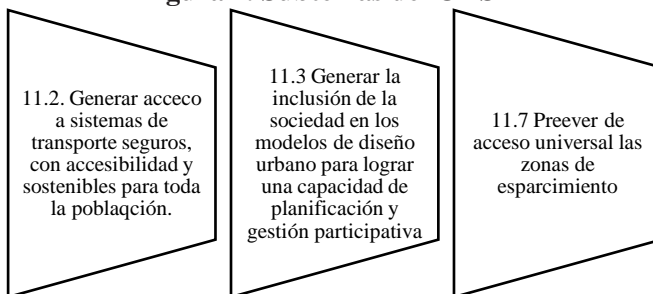
El envejecimiento poblacional, trae nuevas necesidades, entre el adulto mayor y su entorno inmediato, observamos con gran frecuencia grupos de AM, en jardines, parques iglesia, que aun con una visible disminución de habilidades perceptivas y físicas; participan de la vida social, además tenemos AM, que la Colonia o Barrio donde viven, no cuenta con los elementos de movilidad propios para su condición de AM. Otro grupo de AM, vive en la periferia de la Ciudad, solo pueden salir de su hogar acompañados por personas más jóvenes que los puedan apoyar, además de no contar con el recurso económico para poder desplazarse, lo que produce segregación social, debido a la disminución de la capacidad de recursos a disposición del anciano para generar adaptabilidad a las nuevas circunstancias; puntualizando en el deterioro físico, discapacidad, aparición de deterioro cognitivo y sintomatología depresiva, poca capacidad para afrontar las pérdidas y un manejo inadecuado de sus recursos psicológicos (González-Celis, 2006).

Los adultos mayores, demandan espacios para la recreación, asistencia a eventos culturales, educativos y espirituales, propios para este grupo etario, libres de barreras y con señalamientos propios para personas que caminan con lentitud y que tiene problemas de visión, audición y/o psicomotrices. Una situación que también se observa, es que la vejez se vive de manera diferenciada en personas que tienen una jubilación, a las que no la tienen, otro aspecto que también impacta es si viven en la ciudad o en comunidades rurales. Los seres humanos, en su diario vivir, necesitan eventos que le den sentido a la vida, de ahí que, como AM, deben realizar actividades, de activación física, lúdicas y manuales que favorezcan la convivencia y el mejoramiento de las habilidades mentales, para favorecer el sentimiento de “utilidad” para la familia y la sociedad.

Para atender estas necesidades, se plantean iniciativas impulsada por la Organización de las Naciones Unidas, que buscan promover el bienestar en todas las edades del ser humano, acciones que están plasmadas en la agenda 2030, donde se habla de los objetivos de desarrollo sostenible y el envejecimiento global, plasmados en 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS), en los que se pretende “no dejar a nadie atrás”.

En estos objetivos, se pretende la inclusión de la población mundial en un desarrollo integral; de manera puntual, el tema que nos ocupa es abordado en el objetivo de desarrollo.

**Figura 2. Subtemas del ODS 11**



**Fuente:** Elaboración propia, 2020, a partir de información de la ONU

En la actualidad la aplicación de estos objetivos se ve comprometida por la baja funcionalidad del espacio cotidiano, es decir, por el bajo acceso a la estructura de oportunidades urbanas (Kaztman, 2005; Garrocho y Campos, 2016), por lo que los gobiernos deberán prestar atención al proceso de seguimiento y evaluación, vinculando las características urbanas y haciendo énfasis en que las personas adultas mayores, resulten beneficiadas, con este breve antecedente se observa la importancia de conocer cuál es la situación del entorno urbano de la ciudad de Colima, lo cual permitirá contar con un diagnóstico de la situación que guardan los espacios y servicios públicos, identificando las zonas críticas y de baja funcionalidad para el adulto mayor, resiente de la zona que se estudia.

En Colima la población adulta mayor presentará un aumento, el cuál alcanzará en 2020 la cantidad de 782 831 personas con una tasa de crecimiento de 1.46% anual; en 2030 llegará a 891 050 habitantes con un ritmo de crecimiento menor, 1.14% anual.

El desenvolvimiento del adulto mayor en el espacio público.

El espacio público en los últimos años se ha convertido en un tema de persistente debate entre diversas disciplinas, sin embargo, se insiste en aclarar el significado y dimensión.

La evolución del concepto ha dado como resultado el que “plaza” y “espacio público” sean vistos como sinónimos, es visto como un lugar de expresión política y social, de interacción y modos de la

vida cotidiana de una sociedad, que se expresaba igualitaria desde una perspectiva teórica, por otro lado Habermas (1984) y Arendt (1972), cuestionan la dimensión pública y privada (esfera pública) del espacio público y que, posteriormente, se ha tornado en uno de los principales marcos para su discusión.

Arendt (1972), define el espacio público a partir de una concepción de carácter más simbólico como el espacio de las apariencias, la expresión de modos de subjetivación no identitarios, en contrapunto a los territorios familiares y de identificación comunitaria, pero donde rige la libertad y la igualdad.

Autores como Sennett (1978); Borja (2003); Giglia (2003); Zukin (2010) y Ramírez Kuri (2009) empiezan a reivindicar el espacio público como construcción social y como elemento activo en la comprensión de las relaciones y prácticas sociales en que se especializan, transformando tanto la estructura, la forma y la imagen urbana como las actividades humanas y el significado de la ciudad vivida por grupos y actores sociales diferentes.

Por otro lado, las características del nuevo urbanismo hacen notar la planeación de calles y edificios, como propuesta de lugares seguros, dándole prioridad al peatón y a los distintos usos del espacio público. Las calles y plazas, diseñadas, alientan el caminar y permiten a los usuarios mantener una actitud social y generan el uso de su comunidad, mientras que el diseño arquitectónico y del paisaje debe sustentarse en el clima, la topografía, la historia y las prácticas de construcción locales. (Mercedes, 2006, pág. 64).

Los principios del urbanismo sustentable o nuevo urbanismos, contempla los siguientes elementos:

- *Peatonalización de las ciudades*. Diseño de los espacios urbanos en función a la movilidad de usuarios sin vehículo.
- *Conectividad urbana*. Comunicar los puntos de la ciudad o zonas, de tal manera que la comunicación sea más eficiente, se respete al peatón, disminuya el tráfico y la contaminación de vehículos.
- *Diseño arquitectónico y urbano*. Se presenta como un “atractivo visual”, confort y funcionalidad de los edificios del área urbana, zona o región en cuestión; que brinda además una identidad del lugar y de sus habitantes.

## Estructura tradicional de barrios y colonias

Hace funcional las distintas zonas de una ciudad, por ejemplo: la tradicional organización de la vida pública en el centro de la ciudad, la vida comercial parte en el centro y en la periferia, la zona habitacional próxima al centro y al equipamiento urbano básico; sin problemas de acceso (Silverio, 2008, pág. 301).

*Calidad de vida.* Mediante la generación de lugares y espacios públicos sanos para las personas. (Silverio, 2008, pág. 301). El nuevo urbanismo permite entender la accesibilidad en los espacios públicos con un enfoque de convivencia e integración, y no únicamente de disponibilidad de un determinado espacio; ya que como consideraciones toma el diseño de vialidades y la calidad de vida de los usuarios de una manera sustentable, incentivando la movilidad e integración del usuario y su contexto.

*La accesibilidad del adulto mayor en el espacio urbano.* Una de las características que se debe de tomar en cuenta para que el adulto mayor se desenvuelva exitosamente con su entorno, es la accesibilidad, la cual se define como el grado de facilidad que tiene cualquier ser humano para obtener una cosa, hacer uso de algún servicio o infraestructura, más allá de sus habilidades físicas o facultades cognitivas.

Desde el punto de la movilidad urbana, la accesibilidad se considera como un punto clave para el desarrollo de una sociedad, ya que puede ser tomada como un elemento básico de la estructura de las ciudades. Analizándolo desde la zonificación urbana, la accesibilidad de la ciudad se establece por los usos y zonas donde se implantan las normas de convivencia generales, en el momento en que se establecen vialidades, espacios públicos (parques, jardines y áreas de recreo) (Moreno Mata, 2010).

Según Guillamón (2013), los elementos que hacen un espacio público de carácter accesible son aquellos que vinculan las necesidades de movilidad de los usuarios y son aplicadas al medio físico que se frecuenta, tales como: Calidad del diseño: Consideraciones específicas de las necesidades del conjunto poblacional, funcionalidad: diseño que responda la demanda del entorno, comodidad: Propuestas

que promuevan el confort del usuario, fomentando el uso del espacio, normalización: Regulación de características que favorezcan la accesibilidad a los espacios, generando instrumentos técnicos necesarios, Seguridad: Condiciones compatibles con las necesidades de los usuarios, que generen entornos favorables para el desarrollo de actividades, Vida independiente: Objetivo principal de la accesibilidad, que pone como principal medida la autonomía de la persona que utiliza un espacio dentro de un entorno urbano.

Los criterios de accesibilidad que se pretenden aplicar en la presente investigación fungirán como elemento que favorezca el desarrollo físico y psicológico del adulto mayor, ayudando la vinculación de este grupo etario con el espacio público y las actividades sociales que se desarrollan en este.

En este sentido, la accesibilidad es el punto clave de todo proyecto urbano, de esta depende el éxito o fracaso de este, ya que propiciará la conexión de espacios públicos o la segregación.

La segregación, implica un desprendimiento de funciones y grupos, provocando una diferenciación entre unos y otros. En las antiguas ciudades medievales, la movilidad peatonal imponía la estructura urbana, definiendo las zonas comerciales y artesanales, así como la delimitación de clases sociales, sin embargo, la diferenciación de edades no era tan notoria, ya que los jóvenes y los viejos tenían que trabajar en unidad para lograr un balance en la economía y en la sociedad. Esas ciudades marcan las ventajas e inconvenientes de una estructura urbana orientada a la integración de los individuos.

La segregación forma parte de la investigación debido a que, en la sociedad actual, el adulto mayor se encuentra en desventaja, por la serie de situaciones que se abordan con párrafos anteriores y que se limita la participar en las actividades sociales y de esparcimiento, ya que se requieren de diseños urbanos específicos para brindarle seguridad y confort a este grupo etario

Como *objetivo* del presente trabajo se plantea el análisis de 3 AGEs urbanas, con alta presencia de adultos mayores, estas se localizan en distintos puntos del municipio de Colima, con el fin de establecer una comparativa entre las diferentes zonas urbanas, en las cuales se revisaron las distintas características del entorno urbano,

el cual pueda representar un problema para el desarrollo de las actividades del adulto mayor.

*Marco teórico.* Para desarrollar el tema, se considera que, en el presente las ciudades con grandes concentraciones de población enfrentan los retos de satisfacción de las necesidades básicas de sus habitantes, las cuáles, según los principios del Desarrollo a Escala Humana (Max Neef-CEPAUR), estas necesidades son finitas y clasificables.

Para la conceptualización del proyecto de investigación, el apartado se dividirá en tres secciones:

- 1) Adulto mayor, necesidades, habilidades y calidad de vida, en el cual se abordarán desde tres propuestas teóricas, las cuales son: el interaccionismo simbólico, la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad.
- 2) El desenvolvimiento del adulto mayor en el espacio público, en donde se plantea la relación que tiene el adulto mayor con la ciudad, conceptualizando la sociabilidad y la habitabilidad, desde la perspectiva teórica del nuevo urbanismo.
- 3) La accesibilidad del adulto mayor en el espacio urbano, donde se abordan los conceptos de ciudad y estructura urbana, esto se desarrollará desde la perspectiva teórica del nuevo urbanismo, ya que se considera una corriente teórica en construcción que permite asociar al diseño urbano con el espacio público y su multifuncionalidad, la emotividad, accesibilidad, segregación y sociedad, así como las características de un urbanismo gerontológico y las propuestas que aporta.

## **Abordaje metodológico**

Para fines de la presente investigación, se realizó una revisión documental, la cual retoma información de bases de datos y AGEBS, que proporciona el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), realizando un análisis de la zona urbana de Colima como lugar de emplazamiento, logrando localizar las zonas de mayor presencia de adultos de 60 años y más, una vez localizados estos puntos se hace un análisis puntual de la situación urbana, relacionada con

las características de las banquetas, pavimentos, equipamiento urbano (jardines, luminarias, rampas para sillas de ruedas), arbolado, servicios de transporte y de espacios para la práctica de actividades recreativas, que existen para este grupo etario.

Dentro de cada AGEB se seleccionó una muestra representativa, esto mediante un método no probabilístico, el cual utiliza criterios con un bajo nivel de sistematización, lo cual procura que la muestra sea representativa.

Para lograr este objetivo se decide la utilización del muestro de bola de nieve, el cual se realiza sobre poblaciones en las que no se conoce a sus individuos o es muy difícil acceder a ellos.

Esta muestra se representa mediante individuos claves que llevan un largo periodo de tiempo viviendo en la AGEB, se tomó esta decisión debido a que estos individuos brindarían información relacionada a las áreas con mayores problemáticas, así como dar a conocer las diferentes intervenciones que se han realizado y como han sido aceptadas por los vecinos.

Figura 3. Mapa de localización de AGEBs con mayor presencia de adultos mayores en la zona metropolitana de Colima



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos SCITEL y del programa "Espacio y Dato", INEGI, 2020

## **Proceso Metodológico para la selección de las AGEBS**

Para lograr la localización de las zonas de estudio, se realizó la búsqueda de la cantidad de personas de 60 años y más que viven en cada AGEB en la base de datos del Sistema de Consulta de Integración Territorial, Entorno Urbano y Localidad (SCITEL), “Principales resultados por AGEB y manzana urbana 2010” del INEGI, con el análisis de cuantas personas de la tercera edad se encuentran en cada AGEB, se relacionó el número de personas adultas que viven en la zona geográfica de estudio y las características urbanas de las AGEBS que se estudian, se buscó que su ubicación fuera en distintos puntos de la Ciudad de Colima, esto para lograr tener una comparativa de diferentes zonas y lograr una visión más amplia de las características urbanas. Los puntos que fueron seleccionados son las AGEBS (1) 0727, (2) 0322 Y (3) 077 A, ver figura 4.

## **Resultados**

Una vez seleccionadas las tres AGEBS que cuentan con las características sociales y urbanas, se realizó el acercamiento a las zonas de estudio, donde se logró definir, mediante datos del INEGI y de gobierno del estado: la cantidad de población de 60 y más años, el número de manzanas por AGEB, el transporte público que tiene paradas a no más de 2 km de radio del centro de la AGEB (Anexo 1).

Mediante visita de campo se logró identificar la calidad de las banquetas, la existencia y utilidad de las rampas para sillas de ruedas, la existencia y funcionamiento del alumbrado público, así como la localización de equipamiento urbano en la zona.

### **Descripción de características urbanas por: AGEB. AGEB 0727**

Esta área geográfica, cuenta con una población de 824 personas de 60 años y más, distribuidas en 45 manzanas, en relación a la calidad de las banquetas, el 80% presenta levantamiento por raíces y desprendimientos de concreto, así como, el 11% de las banquetas tienen rampas, haciendo un recorrido por la zona, se logró observar que las rampas son reducidas, es decir, no cubren la normativa específica

para el caso, en gran porcentaje se dificulta el tránsito de sillas de ruedas, así como puntualizar que, el 90% de estas rampas no posee la inclinación adecuada para que el usuario en silla de ruedas pueda utilizarlas de manera ergonómica, provocando que los usuarios transiten por el arroyo vehicular, poniendo en riesgo su vida.

El 20% de las manzanas no tienen buen alumbrado público lo que propicia que la delincuencia, aproveche como escondites, en relación al equipamiento urbano se encuentran las clínicas privadas, La Clínica Guadalupana y la San Francisco, y públicas se encuentra la Unidad Medico Familiar número 19 del Instituto mexicano del Seguro Social y una clínica de la Secretaría de Salud, así como la dependencia de Bienestar del Gobierno del Estado de Colima, las cuales se encuentran a 2.3 KM del punto central de la AGEB.,

El Centro de Convivencia de la Tercera edad se encuentran a 2.7 kilómetros de distancia. A pesar de la cercanía de puntos para satisfacer necesidades médicas y sociales, se determina que, por las limitadas habilidades físicas, representa una problemática para el adulto mayor, ya que necesita de terceros (transporte público o privado), para acudir a estos puntos.

Como opciones de transporte urbano público que circula por esta zona son las rutas de 3,4,10,11,13, 19,24, y 24 A, las cuales cuentan con distintas paradas, algunas de ellas en los perímetros de la AGEB otras la cruzan, si el adulto mayor poseen de habilidades físicas y motrices en buenas condiciones, podrá hacer uso del transporte público, pero como opinión personal se recomienda evitar el uso de este, ya que no posee las características para satisfacer las necesidades de este grupo etario, lo que pudiera provocar caídas graves en los individuos.

## **AGEB 0322**

Este espacio de la Ciudad tiene una población de 578 personas de 60 años y más, distribuidas en 51 manzanas, donde el 10% presenta levantamiento por raíces y desprendimientos de concreto, *comparando* la AGEB 0727, que el 80% no está en buenas condiciones de vialidad. Para la AGEB 0322, esto representa una gran ventaja para los usuarios, ya que el tránsito peatonal es mucho más fluido y se

corre menor riesgo por caídas.

Por otro lado, solo el 2% de las banquetas tienen rampas, aspecto negativo, ya que los usuarios con alguna discapacidad física presentaran dificultades para bajar de la banqueta y cruzar la calle, mediante el recorrido de la zona se observó la misma problemática que en la AGEB 0727, ya que, el usuario sigue transitando por el arroyo vehicular, esto para evitar bajar y subir escalones, que en varios puntos de la zona, siguen sin aplicarse normativas propias para la función que tienen, es decir son bastante elevados.

En un recorrido por la AGEB se observan que El 2% de las manzanas no tienen buen alumbrado público, en comparación a la AGEB 0727, este porcentaje es muy bajo, preguntando a personas que habitan en la zona comentan que esta problemática con el alumbrado público era momentánea, ya que, esto ocurrió debido a un corto, pero que generalmente está en buenas condiciones.

Dentro de esta AGEB, se encuentran ubicada la Clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y múltiples consultorios médicos que cubren distintas especialidades, casa de día del adulto mayor (ISSSTE), en la cual se realizan distintas actividades para los derechohabientes de esta institución, además se encuentra el asilo privado la “sanardia” y dos jardines recreativos no cubiertos, en los cuales se juntan algunos grupos de adultos mayores a realizar actividad física y actividades culturales o simplemente a convivir.

Esta AGEB, a pesar de presentar deficiencias en el diseño urbano, se considera como la que posee mayor cantidad de servicios que pudieran beneficiar a una mejora de la calidad de vida del adulto mayor, ya que ofrece servicios médicos, recreativos, sociales y aceptables servicios de vialidad.

Como opciones de transporte urbano público, que circula por esta zona son las rutas 1, 10, 11, 17, 20, 21, 22, 27 A y B, las cuales cuentan con distintas paradas únicamente en los perímetros, en este mismo caso se recomienda no hacer uso del transporte público, dado que no cuenta con las características necesarias para que lo aborden personas con limitadas habilidades físicas y motrices.

## **AGEB 077 A**

Cuenta con una población de 573 personas de 60 años y más, distribuidas en 34 manzanas, lo cual en comparación con las dos AGEBs anteriores, en esta se concentra mayor cantidad de adultos mayores en menos manzanas, lo que nos exige mayor análisis de la zona, respecto a la calidad de las banquetas el 24% presenta levantamiento por raíces y desprendimientos de concreto, es un porcentaje bajo pero por lo antes mencionado, hay mayor concentración de adultos mayores por manzana, por lo que el riesgo de sufrir una caída por parte de este grupo etario, es alto.

Por otro lado, el 17% de las banquetas no tienen rampas, de las cuales el 50% se encuentra en mal estado o no cumplen con las normativas ergonómica establecidas.

El 26% de las manzanas no tienen buen alumbrado público, representando mayor porcentaje que la AGEB 0727, lo que nos indica que existe mayor problemática de puntos delictivos en esta zona, preguntando a habitantes, mencionan que es recurrente la falta de alumbrado público

En esta zona, la presencia de establecimientos para la atención de necesidades médicas, alimenticias y sociales, es escasa por lo que los adultos mayores deben desplazarse a distancias mayores para cubrir esta necesidad, por tanto, recurrir a diferentes medios de transporte.

Como opciones de transporte urbano público que circula por esta zona son las rutas 1, 3, 4, 5, 10, 11, 19, 24, 24 A y 28, las cuales cuentan con paradas cada dos cuadras, en los perímetros y en distintas partes de la zona, en este mismo caso se recomienda omitir el uso del transporte público si las habilidades físicas y motrices no son buenas.

## **Conclusiones**

La presencia de adultos mayores en el municipio de Colima cada vez es mayor, por lo que es importante analizar las normativas existentes referentes al diseño de la ciudad, esto para lograr establecer puntos de quiebre y proponer alternativas para la intervención de

zonas problemáticas para los usuarios de este grupo etario. Logrando que los individuos de avanzada edad logren satisfacer la mayor cantidad de necesidades y así evitar relegar a este sector de la población.

### **Puntos generales que destacar:**

Todas las AGEBS presentaron problemáticas en las banquetas, observándose levantamientos y desprendimientos del pavimento lo que representa la posibilidad de que las personas de este grupo etario presenten caídas, que muchas veces podría traer graves consecuencias a las personas, dada su fragilidad física.

Por lo que es importante proponer un programa de rehabilitación de banquetas, que incluya reestructura en el diseño y se analice el porqué de estos desprendimientos, si es necesario cambiar la vegetación cercana, o si existe algún tipo de humedad, tipos de materiales de construcción o factor espacial que propicie estos deterioros, esta propuesta abarcaría el tema del diseño de las rampas, las cuales presentan problemáticas de diseño y utilidad, debido a que el ancho e inclinación carecen de normatividad.

El *alumbrado público*, en dos de las AGEBS se considera una problemática, esto debido a que los delinquentes identifican estos puntos como recurrentes, aprovechando presencia de terrenos baldíos y/o edificaciones abandonadas, de manera frecuente existen fallas en las luminarias, en las que el ayuntamiento de la Ciudad acude para arreglarlas, pero no duran mucho tiempo en buen estado. Los habitantes de la zona argumentan que las lámparas son muy antiguas y no se acude a darles el mantenimiento necesario, por lo que se plantea la necesidad de un cambio.

En algunas AGEBS circundantes a las que se estudian, se ha implementado el programa de mantenimiento de alumbrado público y en algunas ocasiones la sustitución de las lámparas, incorporando lámparas de inducción electromagnética para alumbrado público de vialidades, siendo una excelente alternativa de sustitución por las tradicionales

Luminarios, por lo que se propone que el comité vecinal, realice acciones de gestión ante la autoridad municipal para la sustitución de las lámparas de mayor antigüedad.

Respecto al tema de los *servicios* que están instalados en las AGEBs, para sus habitantes, se concluye que existe una gran diferencia entre lo que se ofrece entre una zona y otra,

La AGEB 0322, fue considerada con mejor ubicación, diseño urbano y servicios, los adultos mayores que habitan en esta zona manifiestan que cumplen sus necesidades sin grandes dificultades, que a pesar de que las banquetas están mal planeadas o presentan fallas, esto no representa mayor problemática para ellos, mencionan que con “ir despacito” es suficiente para tomar las debidas precauciones.

Manifiestan que el hecho de tener servicios médicos como farmacias, consultorios de especialidades y una clínica cerca, les proporciona seguridad, ya que en el momento de requerir atención médica pueden acudir rápidamente, ya sea con ayuda de familiares, llamando a emergencias, en vehículo particular o en taxi, también mencionan que es de gran utilidad tener verdulerías, carnicerías y otros servicios en la cercanía, esto para “evitar molestar” a sus familiares.

Otro punto importante que destacar es la existencia de dos jardines recreativos no cubiertos, a los cuales pueden acudir a caminar, integrarse a los grupos que ahí acuden o simplemente ir a sentarse a platicar con sus conocidos, mencionan que esto les ayuda para pensar menos en su soledad o sus problemas de salud.

Realizando una comparativa con las AGEBs 077A y 0727, se concluye que los adultos mayores que habitan en estas dos AGEBs presentan problemáticas para satisfacer sus necesidades básicas, ya que siempre deben ser apoyados por de tercera persona para que los ayude a comprar sus despensas o llevarlos a sus citas médicas, esto porque no existen zonas de servicios cercanas. Además, mencionan que pasan mucho tiempo solos en sus casas, ya que no existen jardines en los cuales se sientan seguros porque ahí se juntan grupos de jóvenes y muchas veces los molestan o no muestra respeto, por lo que prefieren permanecer en sus casas, provocando segregación y sentimientos de soledad.

Es importante realizar una revisión de los planes de desarrollo urbano, para poder localizar zonas en las cuales se puedan proponer

la inserción de servicios, así como, poner atención en las áreas públicas existentes para evitar que estos grupos de jóvenes impongan actividades que afecten a los demás habitantes de la zona.

En el punto de transporte público se considera una problemática mayor, ya que estos vehículos no solo no satisfacen las necesidades de los adultos mayores, sino de gran parte de la población, poniendo en peligro la integridad de todos los usuarios que lo utilizan por no tener las adecuaciones necesarias para brindar un servicio de calidad, por ejemplo, para el ingreso a las unidades se tienen que subir escalones muy altos, que aunado a la prisa que tienen los choferes se corre el riesgo de una caída, ya sea al subir o al descender. Además, no cuentan con barandas o pasamanos de apoyo que les ofrezca seguridad.

Las autoridades deben buscar unidades que ofrezcan seguridad y a cumplir con la reglamentación que ya existe, así como exigir la aplicación de normas de capacitación para los conductores.

Como cierre, en el municipio y Estado de Colima existen numerosas leyes que contribuyen a la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores, más sin embargo aún existen zonas en las cuales las normativas no se han aplicado o fueron construidas antes de la existencia de estas, por lo que han quedado segregadas.

Es necesario que se convine la satisfacción de necesidades, tanto de los adultos mayores como de las nuevas generaciones, esta fusión obligara a la Ciudad a evolucionar de una manera más integral y armoniosa, evitando la segregación de cualquier grupo etario y así brindar una calidad de vida.

## Referencias

- Aguirre Lekue, M. (2018). *Características generales del envejecimiento y las personas mayores*. Atención al anciano frágil.
- Alfaro Sánchez, M. (2013). *La amigabilidad de las ciudades con los ancianos: el caso Malmö*, Suecia. *Revista Geográfica de América Central*, 47-80.
- Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años*:

- Una aproximación teórica*. Revista hacia la promoción de la salud, 11-24.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2015). *Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento*. Colima: Alud.
- Dirección General de Desarrollo Urbano, Ecología y Vivienda del Ayuntamiento de Colima. (2002-2012). *Reglamento de imagen urbana para la Zona centro de la Ciudad de Colima*. Colima: Periódico oficial del estado de Colima.
- Chávez, M. E. (2009). *La riqueza intangible del centro histórico de Colima*. San Luis Potosí: V Seminario Internacional de Conservación del Patrimonio.
- Donoso Salinas, R. (2006). *Ancianos y ciudad*. Revista de sociología, 177-190.
- Dúran, D. M., Valderrama Obregozo, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F., & Uribe Linde, J.M. (2008). *Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores*. Universitas Psychologica, 263-270.
- Escudero, J., & Passantino, L. (2003). *Los viejos en su casa, en su ciudad*. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.
- Florez Millán, L. Á., & Forero la Rotta, A. (2005). *Estado del arte del concepto Diseño Urbano*. Revista de Arquitectura, 39-41.
- González Álvarez, S. (S/D). *La adaptación del espacio público para conseguir ciudades vivibles por las personas mayores y promover un envejecimiento activo*. Tesis: Valladolid, España.
- Gutiérrez Robledo, L., Reyes, G., Rocabado, F., & López, J. (1996). *Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal*. Una visión crítica. Salud Pública México, 487-500.
- Hesselgren, S. (1989). *El hombre y su percepción del ambiente urbano*. Una teoría arquitectónica. México: LIMUSA.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Jiménez, C. E., & Sánchez González, D. (2016). *Ciudades amigables*. Perspectivas, políticas, prácticas. Granada: Salam.

- Kalache, A., & Plouffe, L. (2005). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Río de Janeiro: Organización Mundial de la Salud.
- Martínez González, G. (s.f.). *La ciudad. Conceptos y definiciones*. La ciudad contemporánea.
- Massiah, G., & Tribillon, J.-F. (1993). *Ciudades en desarrollo*. Madrid, España: Siglo veintiuno de España editores.
- Montenegro, E., & Melgar Cuellar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. Bolivia: la hoguera investigación.
- Narváz Montoya, ó. L. (2011). *Urbanismo Gerontológico: Envejecimiento demográfico y equipamiento urbano en Aguascalientes*. Investigación y ciencia, 16- 24.
- Norbert, E. (1997). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Agenda 2030. Los objetivos de desarrollo sostenible y el envejecimiento global*. Red global Hellage.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles*.
- Organización de las Naciones Unidas. (25 de septiembre de 2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Periódico oficial del Municipio de Colima. (2012). *Plan de Manejo de la Zona Centro de la ciudad de Colima*. Colima.
- Salas Cárdenas, S. M., & Sánchez González, D. (2014). *Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina*. Retos del Urbanismo gerontológico. S/D.
- Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. M. (2005). *Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud*. Ciencia y enfermería XI, 17-21.
- Secretaría de salud. (2015). *Encuesta salud, bienestar y envejecimiento*. Colima. México.
- Secretaría general de gobierno de Aguascalientes. (2019). *Programa de desarrollo urbano de la ciudad de Aguascalientes 2040*. Aguascalientes.

- Senado de la república. (2017). *Los objetivos de desarrollo sostenible en México y América Latina: retos comunes para una agenda compartida*. Aprendiendo del pasado, preparándonos para el futuro. México.
- UNESCO. (Octubre de 2018). *La Ciencia y la Cultura. Organización de las Naciones Unidas para la Educación*, Obtenido de Servicio de prensa: [http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view-tv-release/news/el\\_gobierno\\_de\\_colima\\_y\\_la\\_oficina\\_de\\_la\\_unesco](http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view-tv-release/news/el_gobierno_de_colima_y_la_oficina_de_la_unesco)
- Vázquez-Honorato, L. A., & Salazar-Martínez, B. L. (2010). *Arquitectura, vejez y calidad de vida, satisfacción residencial y bienestar social*. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 57-70.
- Vellas, P. (1996). *Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva*. *Salud Pública de México*, 513-522.
- Zapata Farías, H. (2001). *Adulto Mayor: Participación e Identidad*. *Psicología de la Universidad de Chile*, 9.



# Las personas mayores “oportunidades y desafíos de frente a la atención en salud en Torreón Coahuila”

María del Carmen Flores Ramírez  
Susana Facio Arciniega  
Irma Andrade Valles  
Gabriela Perales García  
*Universidad Autónoma de Coahuila*

## Introducción

La esperanza de vida en el mundo ha aumentado considerablemente a lo largo de los años, en 2019 la esperanza de vida en nuestro país era de 75.4 años, siendo las mujeres las que viven un poco más de años que los hombres, 77 contra 72 años que viven los hombres. (OCDE, 2020)

La esperanza de vida es la medida más utilizada para saber cuántos años vive una persona, por lo que al ver que va aumentando a través de los años, podríamos pensar que es una muy buena noticia saber que viviremos más; sin embargo, debemos saber que este parámetro solo toma en cuenta el tiempo que dura la vida, dejando de lado la calidad con la que se viven esos años. (OCDE, 2020)

Según la OCDE, México ha tenido un importante avance en su esperanza de vida, con respecto a los años anteriores, sin embargo, se encuentra 5 años por debajo de la esperanza de vida de otros países de esta organización, junto con Lituania y Letonia, son unos de los países con la esperanza de vida más baja.

Este aumento en la calidad de vida específicamente en nuestro país ha provocado un aumento en la vejez, que es la etapa de

la vida en donde la persona debe disfrutar de los beneficios alcanzados en el ámbito laboral, económico, familiar y social, no obstante en la actualidad las personas arriba de 60 años en nuestro país, no tienen mucha visibilidad son parte de las familias y la sociedad pero sin gozar de los derechos humanos que les corresponden, ni de los beneficios de haber trabajado para sacar adelante al país en su edad productiva dejándolos en el abandono, lo que nos dice que aunque exista un aumento en la esperanza de vida de la población, la calidad con la cual se pasan esos años es muy baja .

El principal problema que presentan las personas mayores es no gozar de una buena salud ni con que pagar para acceder a ella, ya que, al contar con buena salud, pueden existir más oportunidades laborales, buenas relaciones sociales, ser más productivos para conservar su patrimonio y sobre todo atender sus problemas de salud, para poder gozar de una vida más larga y plena. (Montes Betancourt B, González Marín A. 2012)

El aumento en la calidad de vida impacta en la población porque significa que el país tendrá mayor cantidad de ciudadanos con edad avanzada y con más necesidades que el grupo de edad productiva.

Algunas necesidades de las personas mayores, implica no solo cambios biológicos que pueden desencadenar en una mayor dependencia hacia instrumentos o personas que los cuiden y la presencia de enfermedades crónico-degenerativas; si no también se llevan a cabo transiciones de vida como: el proceso de jubilación, cambio a una vivienda ms apropiada a ellos, muerte de amigos y pareja, integración a la sociedad según sus capacidades, lo que se convierte en preocupaciones para la persona mayor, al ver que no puede cubrir estas necesidades, debido muchas veces a la falta de políticas públicas que le garanticen obtener beneficios tales como: atención en salud y acceso a programas y apoyos sociales. (OMS, 2018)

Según la OMS los principales problemas de las personas mayores son, pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia, síndrome geriátrico, pérdida de la independencia debido a padecimientos motores que les impiden el movimiento.

Actualmente las distintas organizaciones a favor de los derechos de las personas mayores alrededor del mundo han intentado hacer

que este grupo de población sea más visible y se le reconozcan sus necesidades, se ha logrado que dichas necesidades se tomen en cuenta y se agreguen a la agenda 2030 para el desarrollo sostenible que es una hoja de ruta para erradicar la pobreza, proteger al planeta y asegurar la prosperidad para todos sin comprometer los recursos para las futuras generaciones, la cual consiste en 17 objetivos de desarrollo sostenible con metas específicas que constituyen una agenda integral y multisectorial.

La agenda 2030 pretende lograr que el mundo tenga personas libres sanas, seguras, preparadas, productivas, innovadoras trabajando por la igualdad y comprometidas con la comunidad la naturaleza y el medio ambiente. (S. Huenchuan, 2018)

Los objetivos de dicha agenda son ambiciosos por lo que es importante, mencionar que se debe contextualizar en las necesidades de cada país y ocuparse de ellos, por lo que es necesario que los investigadores y profesionales de la salud: como los enfermeros, trabajadores sociales, etc. realicen investigaciones en este grupo de población para determinar cuáles son las necesidades que tienen, comprender lo que implica el envejecimiento en el ámbito económico, social, cultural y en la salud, para posteriormente gestionar políticas públicas, programas que garanticen la seguridad social y de salud y proponer alternativas de cómo garantizarles un envejecimiento exitoso a los ciudadanos. (S. Huenchuan, 2018)

Por todo lo antes expuesto el *objetivo* del presente trabajo fue determinar cuáles son las necesidades de las personas mayores en un área rural de Torreón Coahuila, con la finalidad de identificar las áreas de oportunidad que tienen los profesionales de la salud, de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

## **Abordaje metodológico**

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, en el cual participaron, 34 adultos mayores de 3 comunidades rurales diferentes, aledañas la ciudad de Torreón, durante los meses de enero a marzo 2020.

Los participantes del estudio son integrantes de varios grupos con quienes las trabajadoras sociales tienen intervenciones semanales de

recreación y ayuda, todos aceptaron participar voluntariamente, previa explicación del trabajo.

A cada uno de los adultos mayores se les pidió que contestaran a una serie de preguntas sociodemográficas para su identificación, así como una serie de cuestionarios validados sobre: satisfacción familiar, percepción y calidad de vida, Barthel y Lawton y Brody para evaluar su funcionalidad física.

Los datos fueron recolectados por un grupo de alumnos y docentes de la Escuela de Ciencias de la Comunidad de la Carrera de Trabajo Social y la Escuela de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Coahuila Unidad Torreón, así como de estudiantes, en colaboración con Docentes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

## **Instrumentos utilizados**

*Índice de Barthel.* El origen del término de Actividades de la Vida Diaria (AVD) es relativamente reciente y surge dentro del ámbito de la salud. Su primer uso está relacionado con una lista de comprobación de treinta y siete actividades, en la obra titulada *The physical demands of daily life* (Deaver y Brown, 1945, en Romero, 2007: 268).

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar algunas actividades de la vida diaria (AVD), que se consideraban como básicas, tales como: comer, bañarse, asearse, trasladarse de un sillón a una cama, subir y bajar escaleras entre otras, La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos, con puntuación más baja al no poder realizar la actividad o depender de otra persona para llevarla a cabo y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia), los puntos de corte para el presente estudio fue: de 0 a 90 puntos : dependencia y de 91 a 100 puntos: independiente, obteniendo esta puntuación.

## Escala de Lawton y Brody

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría del mundo, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Desde el año 1993

La escala de Lawton y Brody explora la independencia en el uso del teléfono, compras, preparación de alimentos, limpieza, lavado, viajes, administrar sus medicamentos y manejar las finanzas. Según la respuesta se les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). Al final se suma el valor de todas las respuestas, que oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Esta información se obtiene preguntando directamente al adulto mayor, los puntos de corte utilizados en este trabajo fueron: de 0 a 5: dependencia moderada y de 6 a 8: independencia.

## Resultados y conclusión

Las respuestas de los cuestionarios aplicados a las personas mayores se analizaron descriptivamente con el paquete estadístico SPSS V22 y las frecuencias encontradas fueron utilizadas para reflexionar sobre las necesidades que tienen los adultos mayores.

**Tabla 1 Características de los adultos mayores**

Características distintivas	%
“Vive con hijos”; Vive con uno de ellos	42%
Ingresos: Ahorros/pensión/apoyos; Ingreso familiar	48%
“Barthel” Independientes ABVD	36%
“Lawton y Brody” Independientes AIVD	55.9%
	58.8%

Fuente: Elaboración propia, 2020

Con respecto a las variables satisfacción familiar y percepción y calidad de vida, los resultados fueron los siguientes:

**Tabla 2. Resultados del cuestionario satisfacción familiar**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y /o necesidad.	21.8(7)	6.25(2)	12.5(4)	31.2(10)	28.1(9)
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	6.25(2)	12.5(4)	6.25(2)	50(16)	25(8)
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.	15.6(5)	9.37(3)	16.6(5)	34.3(11)	25(8)
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos	12.5(4)	3.12(1)	15.6(5)	34.3(11)	34.3(11)
Me satisface como compartimos en mi familia, el dinero.	31.3(10)		9.37(3)	34.3(11)	25(8)
Usted tiene un amigo cercano al que pueda buscar cuando necesite ayuda. *Pregunta contestada solo por 24 participantes	25(7)	3.57(1)	14.2(4)	25(7)	17.8(5)

Fuente: Elaboración propia, 2020

Otra de las variables evaluadas fue la percepción y calidad de vida según la salud, Inseguridad, los oficios, la colonia, perspectivas de vida y calidad de vida

**Tabla 3. Percepción y calidad de vida**

	Nunca	Casi nunca (%)	Algunas veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Desconoce (%)
<b>Salud n=31</b>						
Considero que tengo buena salud		3.22(1)	16.12(5)	41.9(13)	19.35(6)	19.35(6)
Mantengo la calma en situaciones difíciles.	3.22(1)	6.45(2)	9.67(3)	32.2(10)	19.35(6)	29.03(9)
Hago ejercicio diariamente.	35.48(11)	9.67(3)	9.67(3)	16.12(5)	9.67(3)	19.35(6)
Fumo diariamente	80.64(25)	6.45(2)		3.22(1)	3.22(1)	6.45(2)
Tomo bebidas alcohólicas frecuentemente	83.87(26)	3.22(1)		6.45(2)	3.22(1)	3.22(1)
<b>Inseguridad n=31</b>						
He sido víctima de robo	54.8(17)	9.67(3)	9.67(3)	9.67(3)		16.12(5)
Puedo salir sin temor a caminar por la colonia en la noche	32.2(10)	3.22(1)	3.22(1)	19.35(6)		41.9(13)

	Nunca	Casi nunca (%)	Algunas veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Desconoce (%)
La policía hace rondines por la colonia	6.45(2)	19.35(6)	16.12(5)	19.35(6)		38.7(12)
He tenido peleas con algún vecino.	83.87(26)	6.45(2)			3.22(1)	6.45(2)
Me han asaltado en mi colonia	83.87(26)		6.45(2)	3.22(1)	3.22(1)	3.22(1)
Tengo conocidos a los que hirieron en situaciones violentas	70.96(22)	6.45(2)	6.45(2)	6.45(2)	6.45(2)	3.22(1)
He sabido de violaciones sexuales dentro de la colonia	90.32(28)			3.22(1)		6.45(2)
Me gusta vivir en mi colonia	16.12(5)	3.22(1)		3.22(1)	22.58(7)	54.83(17)
Considero buenos los apoyos que proporciona el municipio a mi persona.	25.80(8)		3.22(1)	12.90(4)	22.58(7)	35.48(11)
La policía nos protege de la delincuencia	3.22(1)	6.45(2)	16.12(5)	25.80(8)	12.9(4)	35.48(11)
Mi colonia cuenta con suficientes rutas de transporte público	16.12(5)		9.67(3)	6.45(2)	32.2(10)	35.48(11)
<b>Oficios n=31</b>						
Me gusta lo que hago para ganarme la vida	16.12(5)		6.45(2)	9.67(3)	22.58(7)	41.9(13)
Me gustaría aprender un oficio que me permita obtener más ingresos	48.38(15)		3.22(1)	19.35(6)	19.35(6)	9.67(3)
Conviene invertir para capacitarme en oficios	44.11(15)	9.67(3)		25.80(8)	9.67(3)	6.45(2)
Me interesa tener un taller de carpintería, herrería, mecánico, etc..	45.16(14)	12.90(4)		25.80(8)	6.45(2)	9.67(3)
Considero rentable dedicarme a un negocio con un taller propio	41.93(13)	12.90(4)	3.22(1)	16.12(5)	9.67(3)	9.67(3)
Existe competencia para iniciar un taller en mi colonia	41.90(13)	6.45(2)	6.45(2)	29.03(9)	6.45(2)	9.67(3)
Me interesa un taller u oficio y prepararme	45.16(14)	9.67(3)	6.45(2)	22.58(7)	6.45(2)	9.67(3)

	Nunca	Casi nunca (%)	Algunas veces (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)	Desconoce (%)
e iniciar con apoyo o financiamiento						
<b>Colonia n=31</b>						
Los vecinos tratan de que la colonia se mantenga limpia	29.03(9)		6.45(2)	22.58(7)	32.2(10)	9.67(3)
<b>Perspectivas de la vida n=31</b>						
Es importante que los jóvenes reciban información para su vejez en programas de gobierno.	3.22(1)			22.58(7)	32.2(10)	41.90(13)
Estoy satisfecho con lo que he logrado en la vida	6.45(2)		6.45(2)	19.35(6)	25.80(8)	41.90(13)
Soy muy feliz con la vida que tengo	6.45(2)			6.45(2)	32.2(10)	54.8(17)
<b>Calidad de vida n=31</b>						
Mi vida no ha sido difícil	3.22(1)		12.90(4)	3.22(1)	19.35(6)	61.29(19)
En este momento me siento con ánimos de realizar nuevas actividades.	3.22(1)	9.67(3)	6.45(2)	6.45(2)	19.35(6)	54.8(17)
Visualizo el futuro con esperanza y nuevos logros	6.45(2)	6.45(2)	12.90(4)	22.58(7)	19.35(6)	32.2(10)

Fuente: Elaboración propia, 2020

Como podemos ver en la tabla 1, la mayoría de las personas mayores son independientes al momento de realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, un dato que alerta sobre el bienestar de las personas mayores es que, más de la mitad de los encuestados no viven con sus hijos, lo que podría mostrar, el abandono en el que viven las personas mayores hoy en día.

Con respecto a las otras variables analizadas, que son la satisfacción familiar, y la percepción y calidad de vida, en la tabla 2 se observa que la mayoría de los participantes mencionaron estar satisfechos con la ayuda de sus familiares, sin embargo, el porcentaje de los que no están satisfechos también es algo elevado, algo muy importante en el cual se debe poner atención, porque este dato podría

demostrar el abandono en el que están las personas mayores, la última pregunta del cuestionario de satisfacción familiar es muy importante analizarla ya que muestra que el 25% de los participantes menciona, tener una persona a quien llamar en caso de emergencia, sin embargo también el 25% menciona no tener a nadie con quien contar en estos casos.

En la tabla 3, al evaluar la percepción y calidad de vida con respecto a su salud el adulto mayor considera tener buen estado de salud en general, sin embargo, un porcentaje importante de adultos dicen desconocer este dato, lo que es preocupante porque, al no tener una percepción de su estado de salud, podrían caer en falta de autocuidado, que los lleven a complicaciones graves en un futuro.

La mayoría de las personas mayores dicen poder salir a caminar por su colonia durante la noche con confianza, no haber presenciado ni han sido víctimas de eventos violentos, sin embargo, más de la mitad (54.83%) dice desconocer si le gusta vivir en su colonia y percibe que exista protección por parte de la policía.

Con respecto a los oficios o actividades que realizan los adultos mayores muchas veces para mantenerse, ya que como se ve en la tabla 1 el 48% de los participantes vive de sus propio ingresos que pueden ser pensiones o apoyos gubernamentales, las personas mayores encuestadas no quieren aprender, invertir ni emprender un nuevo oficio o negocio de ningún tipo, lo que nos habla de que son personas que no se sienten con la energía necesaria para tener un trabajo como cuando tenían menos años.

Con respecto a las perspectivas y calidad de vida la mayoría de los adultos mayores, dicen desconocer si son felices y satisfechos con la vida que tienen y han tenido y con lo que han logrado.

Por lo anterior podemos concluir que las personas mayores necesitan de todos los profesionales de la salud, para que actúen en distintos puntos de sus necesidades, las investigaciones de los(a) trabajadores sociales son importantes al momento de identificar que necesidades tienen los adultos mayores, ya que ellos realizan intervenciones que los mantienen en contacto y pueden identificar que le hace falta para tener una buena calidad de vida en la vejez, enfermería es también una parte muy importante en la atención a la persona mayor, interviniendo en la prevención de complicaciones de salud y

en el autocuidado que se debe de tener a su edad; algo que corresponde a estas disciplinas como a muchas otras, es la gestión para tener mayor acceso a una atención primaria para el cuidado de su salud, en cuestión infraestructura, trato digno y que se les otorguen los medicamentos, materiales e información necesaria para el cuidado de su salud.

Sin dejar de lado la gestión que se debe realizar en el municipio o estados para asegurar la seguridad pública y sobre todo el trato digno, dentro de la ciudad para las personas mayores.

## Referencias

- Cid-Ruzafa, J & Damián-Moreno, J. (1997). *Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel*. Revista Española de Salud Pública, 71(2), 127-137.
- Gobierno de México. *¿qué es la agenda 2030?* Consultado 8 agosto 2020. obtenido de: <https://www.gob.mx/agenda2030>
- Huenchuan S. (ed.), (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*.
- Montes Betancourt B, González Marín A. (2012). *El vejecimiento de la población en México*. Perspectivas y retos desde los derechos humano. Instituto mexicano de derechos humanos y democracia. obtenido de: [shttps://fiapam.org/wpcontent/uploads/2014/01/ENVEJECIMIENTO-POBLACION-MEXICO-2.pdf](https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2014/01/ENVEJECIMIENTO-POBLACION-MEXICO-2.pdf).
- Organización mundial de la Salud (OMS), (2018). *Envejecimiento y salud: datos y cifras*. Obtenido de: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OECD (2020). *Cómo va la vida*. obtenido de: <http://www.oecd-betterlifeindex.org/es/#/>



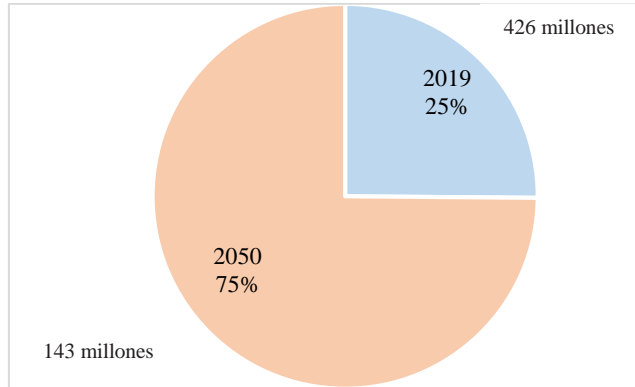
# **Percepción de la calidad de vida y su asociación con la autoeficacia y un estilo de vida saludable en adultos mayores de Culiacán, Sinaloa**

Beatriz Guadalupe Zepeda Gómez  
Rafael Castro Pérez  
José Aldo Hernández Murúa  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

## **Introducción**

Actualmente la población mundial ha sufrido un aumento importante en los distintos grupos sociales, principalmente el sector poblacional de adultos mayores ha registrado un incremento en los últimos años, de acuerdo con la ONU en el 2019 se presentó el informe “Perspectivas de la población mundial 2019”, el cual data sus proyecciones para el 2050 que una de cada seis personas de la población mundial tendrá más de 65 años en comparación del 2019, contemplando que, dicha población se duplicará entre el periodo de 2019-2050 (ver figura 1), principalmente en los países del occidente, oriente, América Latina y el Caribe.

**Figura 1. Incremento poblacional: Adulto Mayor.**



Fuente: (ONU, 2019).

En México en el año 2017 se registró un incremento poblacional del sector adulto mayor de 12 millones 973 mil 411 adultos mayores, ubicando un porcentaje total de 53.9% de mujeres y 46.1% hombres (INEGI, 2017). Asimismo, en ese mismo año en el Estado de Sinaloa se publicó el “*Anuario Estadístico y Geográfico de Sinaloa 2017*”, donde se registra una totalidad de 328, 208 adultos mayores en el Estado, de los cuales el 47.5% corresponde al sexo masculino y el 52.1% es perteneciente al sexo femenino (INEGI, 2017). Se presume que las presentes estadísticas seguirán en aumento potencialmente en el transcurso de los años, quedando a la espera de nuevas estadísticas y proyecciones de la población adulta mayor en las dimensiones: internacional, nacional y estatal.

## **Planteamiento de investigación**

El adulto mayor pertenece a una población considerada altamente vulnerable por las diversas necesidades que demanda en su proceso de envejecimiento, una de las necesidades más demandantes por este grupo etario en México se centra en el área de la salud, ya que, en el 2018 se realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), misma que hace alusión a tres principales enfermedades en el país afectando a un importante porcentaje de adultos mayores: Hipertensión 28.70%; Diabetes 20.50%; Colesterol y Triglicéridos 38.70% (ENSANUT, 2018). A su vez, en los últimos años

la población adulta mayor mexicana ha desarrollado el padecimiento de Síndrome Metabólico, el cual trata de una condición clínica dada en personas con un estilo de vida no saludable (hábitos insanos de alimentación, tabaquismo, sedentarismo, entre otras) produciendo un alto nivel de sobrepeso u obesidad, este padecimiento según la Federación Internacional de Diabetes (IDF) afecta al 54.4% de la población adulta mayor en México (Aliaga et.al., 2014).

Lo cual compete a la movilización de acciones legislativas y políticas por parte del poder gubernamental de nuestro país a través de instituciones y asociaciones que atiendan esencialmente a esta población. Es por ello que se desarrolla el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) mismo que se encuentra vigente siendo el principal rector del orden político a favor de la población adulta mayor, con la finalidad de coordinar, promover y evaluar acciones públicas, estrategias y programas contribuyendo al bienestar del adulto mayor, bajo los principios, objetivos y disposiciones establecidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Gobierno de México, 2014), distribuyendo su jurisdicción hacia los 32 Estados del territorio mexicano.

En su efecto, el INAPAM se rige en cuatro ejes rectores: 1) Cultura del envejecimiento; 2) Seguridad económica; 3) Envejecimiento activo; 4) Retos en materia legislativa (INAPAM, 2012), siendo el resultado de un análisis de acuerdo a las recomendaciones de los organismos internacionales con la finalidad de ser ejecutados en las políticas públicas locales, definidas igualmente por la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2010). Es importante señalar que, para interés de la presente investigación se destacan dos ejes rectores descritos por INAPAM respaldando el bienestar y mejoras en la calidad de vida del adulto mayor en el sector salud y el sector social, correspondiendo a la *Cultura del envejecimiento* y *Envejecimiento activo*, mismos que promocionan la integración social y la salud del adulto mayor, en este sentido este órgano gubernamental ha planteado estrategias de acción y programas sociales inclinados a la ‘Actividad física’, en estos se forma el Modelo de Cultura Física para Personas de Edad Avanzada, comprendiendo el desarrollo de la capacidad física y cognitiva contribuyendo

en el bienestar físico y mental del adulto mayor (Núñez, 2018), instrumento que se propone para el mejoramiento de salud impactando en la vida social del sector etario.

La importancia de un desarrollo adecuado del envejecimiento surge a partir de estrategias implementadas para el mejoramiento de las capacidades cognitivas y físicas de los adultos mayores atribuyendo beneficios de salud física, psicológica y social, y a su vez beneficiando la percepción de la calidad de vida de estos sujetos sociales.

Es por ello que se generan pequeñas organizaciones en atención a la población adulta mayor, tal es el caso del programa de Bienestar Integral y Ejercicio Físico, integrado por profesionales y especialistas de distintas áreas disciplinarias, cuya finalidad consiste en la construcción de un estilo de vida saludable en adultos mayores bajo el desempeño de la actividad física, favoreciendo el proceso de envejecimiento. En este sentido, la perspectiva disciplinar del trabajo social, se desarrolla en la búsqueda y análisis de un proceso óptimo de autoeficacia del adulto mayor influenciado por un estilo de vida saludable, con la finalidad de analizar el posible impacto en la calidad de vida del sujeto desde aspectos sociales y personales. En su efecto, se pretende buscar y comprender la influencia social en la condición de salud general del adulto mayor por medio de la actividad física como principal dominio en el proceso de un estilo de vida saludable.

Se planteó como *objetivo general*, analizar la influencia de un estilo de vida saludable sobre la autoeficacia y su impacto sobre la calidad de vida en una población de adultos mayores antes y después de su participación en el programa de Bienestar Integral y Ejercicio Físico (BIyEF).

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Diagnosticar y caracterizar si la población de adultos mayores presenta factores de riesgos cardiovasculares y pre participación y evaluación de salud para adultos mayores
- Verificar la influencia en el desarrollo de la autoeficacia y calidad de vida debido al cambio producido por un estilo de vida saludable en personas adultas mayores.

## Marco Teórico

### Desarrollo de la autoeficacia en la población adulta mayor.

El origen de la categoría de autoeficacia surge desde el enfoque psicológico de Albert Bandura, quien desarrolló en 1977 la Teoría Cognoscitiva Social, la cual se conduce bajo el binomio cognitivo-conductual centrándose en la importancia del desarrollo de la atención, la memoria y la motivación del individuo, acorde a ello, Bandura posiciona como eje central el termino de autoeficacia, definiéndola como “juicios personales sobre las capacidades para organizar y poner en práctica las acciones necesarias con el fin de alcanzar el grado propuesto de rendimiento” (Bandura, 1977, p.131). De acuerdo a lo anterior, la autoeficacia es producto de cuatro fundamentos de información dadas por el sentido cognitivo del individuo:

- *Logros de ejecución*: Estos benefician la autoconfianza en las capacidades y habilidades del sujeto, siendo caso opuesto, conlleva a la desconfiar de las capacidades de competencia en las situaciones cotidianas (Bandura, 1997).
- *Aprendizaje vicario/Experiencia vicaria*: Trata de un aprendizaje dado por experiencias y/o acciones ajenas al individuo, ya sean estas con intención de informar o de modelaje, mediante la observación hacia otros sujetos captando la ejecución o información de una tarea/actividad dada en el contexto (Sánchez, 2018).
- *Persuasión verbal*: Consiste en el apoyo y motivación hacia una persona con la finalidad de alcanzar sus metas por medio de esfuerzos extras, contribuyendo al desarrollo cognitivo de la persona para la elaboración de estrategias para el objetivo final (Camposeco, 2012).
- *Estado fisiológico*: Se retoman los alcances del individuo mediante sus condiciones fisiológicas, como el dolor y la fatiga siendo interpretados por el sujeto como signos de incapacidad en la activación y recreación. (Olaz, 2001).

La autoeficacia se encuentra latente en los distintos contextos del adulto mayor, causando impacto importante en el proceso de envejecimiento, el cual contribuye a la aceptación o declinación de los alcances que el adulto mayor desarrolla a lo largo de sus experiencias personales y sociales, en búsqueda de un completo sentido de bienestar ante sus capacidades y habilidades afrontando sus condiciones físicas y cognitivas.

Diversos estudios señalan que la actividad física en la población adulta mayor contribuye a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, deterioro físico y factores depresivos, asimismo, fortalece el sistema cognitivo y mejora la calidad de vida, sin embargo, un porcentaje importante de la población adulta mayor rechaza la idea de practicar ejercicio físico u otro tipo de actividad física, por temor a sufrir posibles lesiones (Meléndez et.al., 2018), es en este punto donde la autoeficacia en el sentido de cuidado de la salud se produce escasamente, ya que la sensación de capacidad y habilidad disminuye.

Como bien se observa, la autoeficacia consiste en ser un procedimiento que vive el ser humano ante las situaciones que se le presentan en la vida cotidiana centrándose en el proceso mental del individuo al llevarlo a cabo, sin embargo, en el sentido social se reconoce el apoyo externo que tiene el individuo para alcanzar sus metas propuestas, para ello, el profesor y autor Juan Viscarret en su obra *“Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social”* anuncia el *modelo centrado en la tarea*, el cual Viscarret (2007) señala:

“...este modelo de intervención no toma concepciones teóricas ni metodologías prestadas de otras disciplinas científicas, sino que ha sido desarrollado por completo desde el Trabajo social y para el Trabajo Social, aunque recibe ligeras influencias de la teoría de la comunicación, de la teoría del aprendizaje, de la teoría de los roles y el conductismo” (p. 316).

La intencionalidad de la adaptación del presente modelo se fija en la colaboración de lo conductual y la teoría del aprendizaje principalmente, pretendiendo ayudar a grupos sociales vulnerables mediante profesionales a establecer resoluciones eficaces en los conflictos sociales y personales. El modelo centrado en la tarea basa su interés de la identificación de conflictos generados en el presente,

contemplando un estudio del contexto del individuo y valorar los principales obstáculos para la generación de un cambio trascendental en el mismo (Viscarret, 2007).

Algunos estudios han determinado que el desarrollo de la autoeficacia en la población adulta mayor favorece las necesidades sociales y el apoyo social, siendo este último un recurso importante derivado de las redes sociales, otorgándole al adulto mayor beneficios psicológicos para el afrontamiento de situaciones complicadas en su vida, generando así el sentido de autonomía aumentando su capacidad de autocuidado entendido como elemento clave para la construcción de un envejecimiento exitoso (Toledano-González et.al., 2019), asimismo, el desarrollo de la autoeficacia se centraliza en la participación social del adulto mayor hacia actividades recreativas que permitan el desarrollo de relaciones sociales que abonen a la motivación del sujeto, fortaleciendo el vínculo social.

### **Desarrollo de estilo de vida saludable en los adultos mayores**

El constructo de estilo de vida, se basa principalmente en los enfoques conductual y cognitivo, ya que, en resumidas palabras, desde la Sociología, el estilo de vida se construye por medio de aprendizajes sociales dados en un grupos o contextos sociales, determinando patrones conductuales seguidos con el paso del tiempo en diferentes generaciones sociales atribuidos también por las condiciones culturales propias de cada posición social (González, 2018).

Por otra parte, la antropología en especial la antropología médica, nos invita al conocimiento del individuo ante las acciones conductuales asociadas con el comportamiento sano e insano determinando los estilos de vida guiados hacia la calidad de vida de los individuos (Ciencias Antropologicas, 2017); mismo quehacer científico por parte de la epidemiología, los estilos de vida consisten en ser una serie de conductas dirigidas de manera consciente o inconsciente del ser humano en distintos quehaceres y factores del diario vivir influyendo los aspectos biológicos provocando así ciertos cambios de salud en el individuo (García et.al., 2014).

Bajo estas referencias, se puede comprender que el estilo de vida posee una conexión peculiar con el campo de la salud, enfocándose

en el mejoramiento de vida del adulto mayor, dicha intención ante esta conexión de estilo de vida y salud se desarrolla la categoría de estilo de vida saludable en la cual se involucran factores propicios para la manejo y control de salud en el adulto mayor, estos factores consisten en: plan nutricional, actividad física, bienestar psicológico, buen manejo de las relaciones sociales (OMS, 2016), conduciendo a la construcción de una vida saludable, favoreciendo las condiciones de salud físicas y mentales del sujeto.

Los cambios conductuales que genera el estilo de vida saludable auxilia en el abandono de malos hábitos, tales como el consumo de tabaco y abuso de alcohol, afectaciones en la calidad del sueño, abuso de medicamentos, alimentos saturados en grasa, azúcar y sodio, sedentarismo, entre otros (Deporte y Salud, 2015) reconstruyendo el comportamiento del adulto mayor, bajando los niveles de consumo de aditivos y medicamentos, mejorar las condiciones de sueño que según D'Hyver (2018), el adulto mayor debe “dormir de 7 a 8 horas, tiempo necesario para sentirse descansado y después levantarse” (D'Hyver, 2018, p. 41), modificar patrones alimenticios y realizar ejercicio de manera regular evitando el sedentarismo y enfermedades de sobrepeso u obesidad.

A lo que refiere la alimentación, juega un papel importante en la dieta del adulto mayor, Taco-Churata y Vargas (2015) lo definen como “mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y mantenimiento general de la vida” (Taco-Churata y Vargas, 2015, p. 24), por lo que el cuidado alimenticio se basa en las condiciones de salud y necesidades del proceso de envejecimiento.

El estilo de vida saludable como bien se ha mencionado genera conductas y comportamientos nuevos en el adulto mayor, entre estos se encuentra la actividad física/ejercicio físico, pues posee “numerosos beneficios para la salud en un individuo, incluido menor riesgo de morbilidad y mortalidad de diversas enfermedades crónicas” (Vagetti et.al., 2015, p. 524), igualmente contribuye al “aumento de la salud cardiorrespiratoria, la cognición, la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio” (Svatensson et.al., 2015, p.589),

favoreciendo el desarrollo de capacidades y habilidades en destrezas físicas.

La promoción del estilo de vida saludable coadyuva al mejoramiento social en temática de salud orientando a los individuos a generar cambios adecuados dentro del enfoque cognitivo-conductual, es por ello que, bajo la perspectiva disciplinar del Trabajo Social se crea un *modelo de modificación de conducta*, coexistiendo en éste dos tipos de estrategias de tratamiento hacia los sujetos, la primera consistiendo en la transmutación de comportamientos adaptándolos al entorno social; la segunda estrategia compete de modo inverso, es decir, genera cambios en la zona de confort del individuo desde su entorno social, influenciando la conducta del sujeto desde el estado cambiante del grupo social perteneciente (Viscarret, 2007), la modificación de conducta se posiciona mediante nuevos estímulos generados en su ciclo vital con el fin de desarrollar un estilo de vida adecuado, esta readaptación de comportamientos y conductas favorecen la estabilidad física y mental del adulto mayor en su nueva visión de vida en el retiro.

La promoción de salud dirigida hacia la activación física del adulto mayor extiende la recomendación de realizar regularmente 30 minutos diarios de ejercicio físico moderado reduciendo el sedentarismo, igualmente, dicha intervención se extiende hacia los comportamientos alimenticios del sujeto, aumentando la ingesta de frutas y verduras, cereales y fibra, en su efecto reduciendo alimentos ricos en grasa, azúcares, sales, entre otros teniendo la finalidad de mejorar su estado de salud y llevar una calidad de vida basada en hábitos sanos para sí mismos (Krebs et.al., 2017).

De acuerdo con el impacto físico que ocasiona la adopción de estilos de vida saludables, principalmente estructurado desde la actividad física/ejercicio físico, se relaciona con el aumento de la flexibilidad y energía física, igualmente en el sentido de autoestima ante la apariencia física, es decir, mejoras visibles en piel y uñas, reducciones significativas de peso y control de peso, en este aspecto, el sentido de compromiso de mejorar la salud y calidad de vida aumenta considerablemente, siguiendo pautas saludables de acuerdo a las necesidades de cada adulto mayor (Pedley et.al., 2018).

## **Desarrollo de la calidad de vida en adultos mayores**

La determinación del término de calidad de vida posee un cierto grado de dificultad en su construcción conceptual, ya que, no solo trata de la satisfacción de necesidades del ser humano, sino que consta en la comprensión y valoración de bienestar en base a las necesidades que demanda el individuo (García F. , 2014). De acuerdo con la OMS, la calidad de vida implica la percepción que una persona tiene de su vida siendo relacionada hacia el contexto social y personal, teniendo en consideración objetivos, aspiraciones y preocupaciones (OMS, 2017), acorde a la particularidad de la percepción del adulto mayor, se profundiza desde un enfoque personal que conlleva el sentimiento de pertenencia e independencia en su vida propia y en la que acepta su declinación vital (Acosta et.al., 2013), visualizando como puede ser guiada desde un criterio de envejecimiento activo/saludable/exitoso.

La comprensión de un envejecimiento exitoso se asocia inmediatamente con la formación de aspectos relevantes en la calidad de vida del adulto mayor, emitiéndose desde aspectos generales dados a la salud física y mental, por lo que se consideran los siguientes factores en pro a la calidad de vida en adultos mayores:

- Salud: Ejercicio físico, envejecimiento armónico, equilibrio mente-cuerpo, nutrición, actividades en el retiro.
- Aspectos psicológicos: Desarrollo de autoeficacia.
- Empleo de tiempo libre: redes de apoyo, actividades recreativas, actitudes y actividades pre y post jubilatorias, relaciones familiares y de grupo. (Fernández y Yáñez, 2002 citados por García 2014)

Estos factores contribuyen a un mejor desarrollo del proceso de envejecimiento, adecuado a las necesidades de cada adulto mayor, ya que, es importante mencionar la variación de condiciones físicas que presentan ante su edad como sobrepeso y obesidad. El estilo de vida saludable en adultos mayores establece una relación entre la calidad de vida y el ejercicio físico, este último se considera como un estimulante en los dominios de salud percibida: sensación de bienestar, buen funcionamiento físico, emocional e intelectual, y capacidad de

participación social (Ferrand et.al., 2012), esto indica que, el adulto mayor activo experimenta más motivantes en la intervención física contribuyendo a su salud mental desarrollando autonomía y autoeficacia al ejecutar los ejercicios planeados.

El envejecimiento activo como estrategia para el beneficio de los adultos mayores marca el éxito de las políticas de salud pública, el cual conlleva desafíos para la intervención del ejercicio físico aumentando la salud física y mental de los adultos mayores, también implica propiciar la participación social (Salomoni et.al., 2018). Asimismo, el ejercicio físico impacta favorablemente a dicho sector acode al desarrollo de redes de apoyo, ya que el sentido activo y asertivo que genera el adulto mayor en el proceso de activación física le contribuye a mejorar su condición psicosocial fomentándose en sí mismo seguridad y confianza (Gerage et.al., 2017) al momento de adentrarse a la integración social, permitiendo la formación de grupos afines y de amistad fortaleciendo lazos sociales y el apoyo social.

Visualizando el dominio de la salud como un determinante importante para la calidad de vida en los adultos mayores, es relevante considerar desde el aspecto social mejorar la atención hacia este grupo etario (Salomoni et.al., 2018). En este sentido, la interdisciplinariedad cobra una relevancia considerable para la búsqueda del bienestar integral del adulto mayor, contemplando la construcción del estilo de vida saludable favoreciendo el envejecimiento exitoso, entre sus sujetos portadores de recursos y satisfactores se involucra el sector médico y nutricional, mismos que promueven hábitos saludables para la prevención de enfermedades y afecciones físicas (Villafuerte et.al., 2017).

Igualmente, la disciplina de educación física y deporte favorece la formación de nuevas conductas dirigidas hacia un estilo de vida saludable, guiados por la pauta de la actividad física/ejercicio físico, favoreciendo la percepción de la calidad de vida bajo sus diversos dominios generales y específicos (Vagetti et.al., 2015).

Por su parte, el trabajo social se desarrolla bajo el objetivo de promover la salud e implementar mejoras para la calidad de vida de los adultos mayores siendo fuente de canalización entre el medio ambiente y el adulto mayor sin abandonar sus condiciones de independencia, asimismo, en sintonía con la disciplina psicológica se

centra en la capacitación al adulto mayor dirigido hacia el empoderamiento social mejorando sus capacidades de resolución de problemas y construcción de redes sociales de apoyo, del mismo modo, desarrolla la valoración de la autoconfianza, autoestima y conocimiento de recursos y oportunidades bajo la promoción de salud y la calidad de vida (Salomoni et.al., 2018).

## **Abordaje metodológico**

*Método.* Acorde al propósito principal del presente estudio, es necesario el uso del *enfoque cuantitativo*, el cual se analizó las variables de estudio: autoeficacia, estilo de vida y calidad de vida en el adulto mayor. El método cuantitativo como parte de la investigación social se encuentra influenciado por el positivismo, ya que, busca explicaciones basadas en las regularidades de los fenómenos determinando el comportamiento social, asimismo, indaga en la validación concreta de los hechos (Monje, 2011) conduciéndose bajo un carácter ‘hipotético-deductivo’, es decir, partiendo de la teoría hasta la comprensión de la experiencia de los hechos en la investigación (Mousalli-Kayat, 2015).

El pensamiento lógico de la *metodología cuantitativa* acerca al investigador hacia la formulación de hipótesis sobre los fenómenos inmersos en la realidad social formando “la relación entre la teoría, la investigación y la realidad” (Del Canto y Silva, 2013, p. 28) validando la confiabilidad de la teoría sobre el fenómeno de estudio.

*Tipo de estudio.* El tipo de estudio a implementar establece de manera longitudinal, ya que, la naturaleza de la presente investigación se desarrolla en un espacio-tiempo determinado, centrando su atención en grupos específicos de sujetos con particularidades que los asocien en un espacio determinado (Solis, 2018) permitiendo recabar información por medio de mediciones realizadas en dos o más periodos en el proceso de investigación (Castillo, 2018). Se llevaron a cabo evaluaciones antes y después de un programa de actividad física estructurado de 12 semanas.

*Muestra.* La población de estudio corresponde la participación de 122 adultos mayores, de los cuales fueron excluidos 9 participantes

(5 no cumplieron los criterios de inclusión y 4 no asistieron debidamente), por lo que se obtuvo una muestra de 113 adultos mayores con un rango de edad de 56 a 85 años, completando de forma satisfactoria las pruebas de base que corresponden a las variables de interés de esta investigación.

*Técnica: Encuesta.* La encuesta consiste en la estructuración de preguntas que permitan recolectar información relevante ante un hecho o un fenómeno, realizado a un porcentaje selecto de una población a fines de conocer su perspectiva ante algún fenómeno, es considerada una técnica metodológica con identidad propia, en la cual se estructura a partir de una intención operativa (Hueso y Cascant, 2012).

*Instrumentos.* Escala de autoeficacia general, se desarrolla bajo 10 ítems, los cuales se centran en la valoración de capacidad del individuo ante el desarrollo y logros de objetivos interpuestos por sí mismo o bien por situaciones dadas en la vida cotidiana del mismo.

*Modelo de estilo de vida saludable,* Para cuantificar los cambios producidos en el estilo de vida saludable se consideró la dosis-ejercicio estimando el equivalente metabólico (MET) de cada sujeto de manera estandarizada durante un periodo de 12 semanas. La cuantificación de la dosis fue el producto de la frecuencia (3d/semana), el volumen (tiempo/semana) y la intensidad (MET/individualizado). Para estimar el MET de cada participante fue utilizado el Compendio de Actividades Físicas, considerando el desempeño individualizado con su correspondiente código y valor MET siendo asignado de acuerdo al esfuerzo desempeñado por cada participante. Una vez obtenido el MET/individualizado fue estimada la dosis “completada” que fue derivada del total de horas MET acumuladas por semana (MET-h/semana) que fue el producto de la suma del total de sesiones completadas del programa de intervención (Pescatello et.al., 2014).

*Cuestionario WHOQOL-OLD,* se desarrolla con la finalidad de evaluar aspectos importantes en la experiencia del envejecimiento (Lucas et.al., 2011). Su estructura se basa en 6 dimensiones Capacidad sensorial, Autonomía, Actividades presentes, pasadas y futuras, Participación/aislamiento, Intimidad y Muerte y agonía (Power

et.al, 2005), de los cuales poseen 4 ítems cada uno, con una valoración de respuestas de 1-5 puntos considerando que la sumatoria de cada dimensión corresponde un puntaje que oscila entre 5 a 20 puntos, dejando una totalidad entre 24 a 120 puntos en el cuestionario.

## Resultados

Tras la realización de una serie de evaluaciones previas al programa de estilo de vida saludable dirigidas a la población muestra (n=113) se determinó una participación total de 59 adultos mayores, quienes concretaron exitosamente dichas evaluaciones, distribuyéndose en grupos dados por sus condiciones de salud, asimismo, se distribuyen de acuerdo al género (ver tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de la muestra total por género (n = 59).**

Sub-grupos	Género				Grupo total	
	Mujeres		Hombres			
	N	%	N	%	N	%
T2DM	11	19	1	2	12	20
MetS	15	25	7	12	22	37
PS	11	19	2	3	13	22
HDP	12	20	0	0	12	20
Grupo	49	83	10	17	59	100

(T2DM) Diabetes Mellitus Tipo 2; (MetS) Síndrome Metabólico; (PS) Población Saludable; (HDP) Hipertensión/Dislipidemia.

A pesar de que la caracterización de los participantes se visualiza en la distintiva de sus condiciones de salud, la intención del estudio consiste en la valoración total de la evolución de la muestra antes y después del programa de estilo de vida saludable, contemplando la distribución por género de cada grupo, centrándose en la totalidad de los grupos (n=59). Por otra parte, se realizaron registros generales de caracterización de los participantes involucrando variables de edad, peso, talla, circunferencia en cintura e índice de masa corporal (ver tabla 2), concentrando las distintas agrupaciones en un solo núcleo.

**Tabla 2. Características del grupo de adulto mayor en la base de línea (n = 59)**

Variable	Mujeres	Hombres	Grupo	p - Valor
	media ± d.s.	media ± d.s.	media ± d.s.	
Edad (años)	63.7 ± 5.9	66.6 ± 5.3	64.2 ± 5.9	0.159
Peso (kg)	72.1 ± 11.6	83.3 ± 11.4	74.1 ± 12.3	0.008
Talla (cm)	155.8 ± 15.0	153.7 ± 54.1	155.5 ± 25.5	0.809
Circunferencia cintura (cm)	92.6 ± 13.2	102.1 ± 7.2	94.2 ± 12.8	0.032
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	28.4 ± 6.2	28.5 ± 2.5	28.4 ± 5.7	0.961

Valores dados como media ± desviación estándar (d.s.)

$p < 0.05$ , diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres

Acorde a los datos recabados se indica la existencia de diferencias significativas en las variables de peso ( $p=0.008$ ) y de circunferencia en cintura ( $p=0.032$ ) entre mujeres y hombres, por su parte las medidas en edad, talla e índice de masa corporal no poseen ninguna relevancia significativa entre los miembros.

En cuanto los hallazgos más significativos del presente estudio, acorde a las evaluaciones realizadas antes y después del programa de estilo de vida saludable en adultos mayores, mismas que se asocian al desarrollo de la autoeficacia, el estilo de vida saludable y la calidad de vida (ver tabla 3), se puede apreciar las diferencias estadísticamente significativas en la totalidad del grupo correspondiendo al desarrollo de la autoeficacia y el estilo de vida saludable en el periodo de trabajo del programa (12 semanas), produciendo un tamaño de efecto moderado en dicho proceso, por su parte, la calidad de vida no obtuvo relevancia significativa, manteniéndose estable antes y después del programa.

**Tabla 3. Resultados de autoeficacia, estilo de vida saludable y calidad de vida en una población de adultos mayores (n = 59)**

Variable	Antes	Después	% de cambio	Tamaño del efecto	P-valor
<b>Escala de Autoeficacia General</b>					
Autoeficacia (puntuación)	30.60 ± 5.3	35.7 ± 3.9 *	19.2 (13.7 a 24.7)	1.08 b	0.000
<b>Estilo de vida saludable</b>					
Gasto metabólico por ejercicio (MET-hr/semana)	11.00 ± 4.4	16.40 ± 11.0 *	43.6 (29.4 a 57.8)	0.65 b	0.000
<b>Encuesta de calidad de vida en el adulto</b>					
Calidad de vida total (puntuación)	92.80 ± 9.0	92.80 ± 10.2	-3.2 (-7.7 a 1.2)	0.00	0.990

Los valores se expresan como media ± desviación estándar (DE). \* Diferencias estadísticamente significativas entre los valores iniciales y posteriores al programa de estilo de vida saludable  $P < 0.05$ . ES, tamaño del efecto; a, ES grande; b ES moderado; c ES pequeña.

**Tabla 4. Correlación entre la autoeficacia, estilo de vida saludable y calidad de vida en una población de adultos mayores (n = 59)**

			Autoeficacia	Estilo_vida saludable	Sensorial	Autonomía	Act_PPF	Partic/Aislam	Intimidad	Muerte/Agonía	CVTOTAL1
Rho de Spearman	Autoeficacia General	Coefficiente de correlación	1.000	-.120	.217	.265*	.146	.095	-.014	.317**	.315*
		Sig. (bilateral)		.356	.080	.031	.242	.449	.913	.009	.010
		N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
	Estilo de vida saludable por ejercicio	Coefficiente de correlación	-.120	1.000	.022	.061	.051	.090	.000	.170	.100
		Sig. (bilateral)	.356		.862	.631	.687	.476	1.000	.175	.428
		N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
	CVTOTAL1	Coefficiente de correlación	.315*	.100	.435**	.696**	.581**	.659**	.398**	.476**	1.000
		Sig. (bilateral)	.010	.428	.000	.000	.000	.000	.001	.000	
		N	59	59	59	59	59	59	59	59	59

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas). \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

De acuerdo a lo anterior, se determina el análisis de correlación entre las variables, el cual indica un rechazo de correlación entre las variables: estilo de vida saludable, autoeficacia y calidad de vida (ver tabla 4), asimismo, se determina en la no correlación de autoeficacia, estilo de vida y algunos indicadores de la calidad de vida del adulto mayor.

Como bien se muestra en la tabla, la autoeficacia general posee correlaciones significativas en dos dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor: autonomía (.265,  $p = 0.031$ ) y muerte/agonía (.317,  $p = 0.009$ ), a diferencia del resto que su valor de significancia no es relativo en el coeficiente de correlación entre las variables generales. En el mismo sentido, la autoeficacia general tuvo una correlación significativa con la calidad de vida total (.315,  $p = 0.10$ ).

## Conclusiones

Acorde al propósito central del presente estudio consistiendo en el análisis del efecto de la autoeficacia y el estilo de vida de los adultos mayores bajo el desarrollo de un programa de Bienestar Integral y Ejercicio Físico. La autoeficacia se desarrolla bajo el sentido cognitivo-conductual, lo cual permite al adulto mayor a comprender y adaptar nuevas actitudes y comportamientos en su vida diaria, por medio de estrategias y/o acciones que conllevan hacia la promoción de salud.

La autoeficacia le aporta al adulto mayor un sentido de independencia al realizar diversas actividades y situaciones en su vida cotidiana superando distintos temores correspondientes al proceso de envejecimiento, asimismo, el estilo de vida acogido por la activación física demuestra tanto en la teórica como en la práctica ser un factor biopsicosocial importante en el desarrollo del envejecimiento, señalando resultados positivos para el adulto mayor donde se considera la modificación de conductas y comportamientos centrándose en el seguimiento de acciones que beneficien diferentes aspectos de la salud en los adultos mayores.

En síntesis, la percepción de autoeficacia impacta positivamente en la formación de un estilo de vida saludable para el adulto mayor, dirigiéndose al mejoramiento de sus capacidades de autocuidado y control de enfermedades en el proceso de envejecimiento, contribuyendo a la participación social del adulto mayor en acciones que promuevan las mejoras de salud.

## Referencias

- Acosta, C. et.al. (Julio-Diciembre de 2013). *Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos*. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250.
- Aliaga, E. et.al. (2014). *Frecuencia de síndrome metabólico en adultos mayores del Distrito de San Martín de Porres de Lima, Perú según los criterios de ATP III y de la IDF*. *Revista Médica Heredia*, 25, 142-148. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n3/a06v25n3.pdf>
- Arita, B. (2014). *Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar*. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Bandura, A. (1977). Autoeficacia. En *Aprendizaje Social Cognitivo*.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman.
- Camposeco, F. (2012). *La autoeficacia como variable en la motivación intrínseca y extrínseca en matemáticas a través de un criterio étnico*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Castillo, I. (23 de Agosto de 2018). *Investigación longitudinal: características, ventajas y ejemplos*. Obtenido de lifeder.com: <https://www.lifeder.com/investigacion-longitudinal/>
- Ciencias Antropológicas. (2 de Agosto de 2017). *¿Cuántas subdisciplinas tiene la antropología?* Obtenido de CIENCIAS ANTROPOLOGICAS. Sobre antropología y otras ciencias del ser humano.: <https://cienciasantropologicasblog.wordpress.com/2017/08/02/cuántas-subdisciplinas-tiene-la-antropologia/>
- Del Canto, E., y Silva, A. (2013). *Metodología cuantitativa: abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales*. Revista de Ciencias Sociales (Cr), 3(141), 25-34. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15329875002>
- Deporte y Salud. (4 de Mayo de 2015). *Habitos negativos que afectan tu salud*. Obtenido de Deporte y Salud: <https://deporteysalud.hola.com/habitos-saludables/2015/05/04/9-habitos-negativos-que-afectan-a-tu-salud/>
- D'Hyver, C. (Enero-Febrero de 2018). *Alteraciones del sueño en personas adultas mayores*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 61(1), 33-45.
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Estado de México*: Secretaria de Salud.
- Ferrand, C. et.al. (2012). *Exploring motivation for exercise and its relationship with health-related quality of life in adults aged 70 years and older*. Aging and society, 411-427. doi:10.1017 / S0144686X12001092
- García, F. (2014). *Calidad de vida de adultos mayores de una delegación del municipio de Toluca*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta.
- García, M. et.al. (Noviembre de 2014). *Los hábitos saludables conllevan efectos antidepresivos*. Epidemiología y Salud, 2(2), 17-21.
- Gerage, A. et.al. (23 de Junio de 2017). *Efectividad de un programa de cambio de comportamiento sobre la actividad física y los hábitos alimenticios en pacientes con hipertensión: un ensayo controlado aleatorio*. Actividad física y salud, 1-30. doi:<https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0268>

- Gobierno de México. (2014). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. Obtenido de ¿Qué hacemos?: <https://www.gob.mx/inapam/que-hacemos>
- González, C. (Marzo de 2018). *Una teoría de la sociedad*. Revista Cultura y Representaciones Sociales, 12(24), 273-309. doi:<https://doi.org/10.28965/2018-024-10>
- Hueso, A., y Cascant, M. J. (2012). *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación*. València: Universitat Politècnica de València.
- INAPAM. (2010). *Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores*. Distrito Federal: INAPAM.
- INAPAM. (26 de Septiembre de 2012). *Políticas públicas para los Adultos Mayores, situación actual y desafíos*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/politicas-publicas-para-los-adultos-mayores-situacion-actual-y-desafios>
- INEGI. (2017). *Anuario Estadístico y Geográfico de Sinaloa 2017*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Obtenido de [http://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF\\_Docs/SIN\\_ANUARI\\_O\\_PDF.pdf](http://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF_Docs/SIN_ANUARI_O_PDF.pdf)
- INEGI. (29 de Septiembre de 2017). *Más de 12 millones de personas en México son adultos mayores INEGI. Contacto Hoy*. Edición Mundial. Obtenido de <https://contactohoy.com.mx/mas-de-12-millones-de-personas-en-mexico-son-adultos-mayores-inegi/>
- Krebs P, Shtaynberger J, McCabe M, Iocolano M, Williams K, Shuk E, Ostroff JS (2017). *An eHealth intervention to increase physical activity and healthy eating in older adult cancer survivors: summative evaluation results*. JMIR Cancer, 3(1), 1-13. doi:10.2196 / cáncer.6435
- Lucas, R. et.al. (2011). *Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults*. Aging & Mental Health, 15(5), 595-604.
- Meléndez, I., Camero Solorzano, YB, Álvarez González, AR., Casillas Ilaquiche LJ. (2018). *La actividad física como estrategia para la promoción de la salud en el adulto mayor*. Enfermería

- Investiga. Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión, 3(1), 32-37. doi:<http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.07>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Guía didáctica. Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Mousalli-Kayat, G. (Octubre de 2015). *Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa*. Working Paper, 1-39. doi:[10.13140/RG.2.1.2633.9446](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2633.9446)
- Núñez, R. (05 de Abril de 2018). *Modelo de Cultura Física para Personas de Edad Avanzada*. México: SEDESOL, INAPAM. Obtenido de Actividad física en las personas mayores: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/actividad-fisica-en-las-personas-mayores?idiom=es>
- Olaz, F. (2001). *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contrinuciones a la explicación del comportamiento vocacional*. Argentina: Facultad de Psicología, U.N.C.
- OMS. (2016). *Guía de Entornos y Estilos de Vida Saludables en Comunidades Indígenas Lencas*. Yamaranguila: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (31 de Marzo de 2017). *Calidad de vida*. Obtenido de Significados: <https://www.significados.com/calidad-de-vida/>
- ONU. (2019). *Perspectivas de la población mundial 2019*. New York: United Nations Department of Public Information. Obtenido de [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_PressRelease\\_ES.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf)
- Pedley, R. et.al. (2018). Collaborative, individualised lifestyle interventions are acceptable to people with first episode psychosis; a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 18(111), 1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1692-0>
- Pescatello, L. et.al. (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. (L. W. Wilkins, Ed.) *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 58(3).
- Power, M. et.al. (2005). *Development of the WHOQOL-OLD module*. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Salomoni, F. et.al. (16 de Junio de 2018). *Empowering elderly Iranians through a social group work intervention: A trial study to assess the effect of the intervention on participants' quality of*

- life. Health and Social Care in the community.*  
doi:10.1111/hsc.12617
- Sánchez, J. (22 de febrero de 2018). *Aprendizaje vicario: definición y ejemplos.* Obtenido de Psicología-Online: <https://www.psicologia-online.com/aprendizaje-vicario-definicion-y-ejemplos-2771.html>
- Solis, M. (23 de Julio de 2018). *Metodología de investigación. Estudios Longitudinales.* Obtenido de SlideShare: <https://es.slideshare.net/MarthaJaredSolsGaytn/estudios-longitudinales-107131400>
- Svatensson, U. et.al. (2015). *Impact of Physical Activity on the Self-Perceived Quality of Life in Non-Frail Older Adults.* Clin Med Res, 7(8), 585-593. doi:<http://dx.doi.org/10.14740/jocmr2021w>
- Taco-Churata, S., y Vargas, R. (2015). *Estilo de Vida y Estado Nutricional del Adulto Mayor en el Distrito de Polobaya.* Arequipa, Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
- Toledano-González, A. et.al. (2019). *Bienestar, autoeficacia e independencia en adultos mayores: un ensayo aleatorizado de terapia.* Archivos de Gerontología y Geriátría, 83, 277-284. doi:DOI: 10.1016 / j.archger.2019.05.002
- Vagetti, G. et.al. (2015). *The Association Between Physical Activity and Quality of Life Domains Among Older Women.* Journal of Aging and Physical Activity(23), 524-533. doi:<http://dx.doi.org/10.1123/japa.2013-0070>
- Villafuerte, J. et.al. (Febrero de 2017). *El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial.* MediSur, 15(1), 85-82. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms12115.pdf>
- Viscarret, J. (2007). *Modelos de intervención en Trabajo Social.* En J. Viscarret, Modelos y metodos de intervención en Trabajo Social (págs. 293-344). Madrid: Alianza Editoria, S.A.

# Retos y dificultades en Adultos Mayores con discapacidad

Gudelia Muñoz Hernández  
*Universidad Autónoma de Tlaxcala*

## Introducción

Se Investiga cuáles son los “retos y dificultades” que presentan las personas adultas mayores, en el Municipio de Tlaxcala con alguna discapacidad, se considera como persona con discapacidad aquella que presenta deficiencias Físicas, Mentales, Intelectuales Sensoriales, Auditivas, o por Trastorno de talla y peso, Genético ha Adquirido a largo plazo, al interactuar con diversas barreras puedan impedir y limitar su participación plena y efectiva en la sociedad pues esta afecta de manera desproporcionada a la población vulnerable como en este caso lo son las personas adultas mayores. Considerando que este es un fenómeno que día a día va en aumento ocasionado por accidentes (como son caídas y por enfermedades como presión alta y tienen que amputarles extremidades inferiores o por padecer diabetes) o simplemente porque se van haciendo personas adultas mayores.

El objetivo de la investigación, fue el conocer y analizar los retos y dificultades, que viven las personas adultas mayores con discapacidad.

## Desarrollo

La discapacidad NO es una enfermedad, es una condición que tiene diferentes causas que dan como consecuencia que una persona tenga una capacidad (o varias) que lo hacen diferente a la mayoría en la sociedad, (Barton, 1998)

Según la OMS, dice la Discapacidad es un fenómeno complejo que refleja, una relación estrecha y al límite entre las características del Ser Humano y de su entorno en donde vive.

“La discapacidad no es un atributo de la persona sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social”

Es un término amplio que contiene y engloba, las deficiencias de la actividad y las restricciones de la participación, las deficiencias son aquellas que afectan las funciones corporales, las limitaciones son dificultades para realizar cualquier actividad y las restricciones son problemas para participar en situaciones vitales.

En 1983 las Naciones Unidas publica su Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad. En 1986 el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España realiza una encuesta de ambiente nacional sobre discapacidades. En 1987 se establece la red de centros colaboradores de la OMS. En 1993 las Naciones Unidas publica las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades, de las Personas con Discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en junio del 2001 dice; la Discapacidad “engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.” Denota aspectos negativos, de la interacción de las personas con problemas de salud.

Para la ONU en el 2006 en la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad dice “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”

En 2008 se realiza la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad propone:

- *Art.1. Propósito.* El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el resto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales,

intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

• *Art.5. Igualdad y no Discriminación.*

1. Los Estados parte reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella, y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

2. Los estados parte prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.

3. A fin de promoverla igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Parte adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.

4.- No se consideran discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr La igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

*Art. 24 Educación:*

1. Los Estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación.

a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana.

b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas.

c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

*Art. 25 Salud.* Los Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Parte adoptaran las medidas pertinentes para asegurar el acceso de

las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población. Así como los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas las pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluso los niños y las niñas y las personas mayores, lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales. SE prohibirá la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán porque esos seguros se presenten de manera justa y razonable. Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Nota. - Puede decir que a doce años de esta convención lamentablemente no se ha reflejado en la población con discapacidad, esta serie de beneficios.

El INEGI Clasifica a la Discapacidad en 4 grupos a saber: Nacimiento, Enfermedad, Accidente, y Edad avanzada.

De cada 100 personas con Discapacidad 39 la tienen porque sufrieron alguna enfermedad que corresponde al 39.4% 23 están afectados por edad avanzada que corresponde al 23.1% 16 la adquirieron por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer, que equivale al 16.3% 15 quedaron a consecuencia de algún accidente que equivale al 14.9% 8 debido a otras causas que equivalen al 7.6% y el 2.1% no lo especificaron. (INEGI, 2010)

Datos del 2006 en Tlaxcala contaba con una población total de 1 068.467 de los cuales el 8.1% era de 60 y más años.

En el comunicado con fecha 12 de mayo del 2018 el INAPAM dice: Actualmente hay 13 millones de personas mayores de 60 años

en México, equivalente a 10% de la población, pero según proyecciones del Consejo Nacional de Población, en 2030 esa población llegara a 20 millones 365 mil 839 personas.

**Tabla 1. Tipos de discapacidad**

<b>Tipo</b>	<b>Definición</b>
Discapacidad Intelectual.	Es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo como, el autismo, el síndrome de Down, síndrome de Asperger y el Retraso Mental.
Lesión Medular.	Es un daño que se presenta en la médula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina perdida en algunas de las funciones, movimientos y/o sensibilidad.
Esclerosis Múltiple.	Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una fuerte alergia de una parte del sistema nervioso central.
Mal de Parkinson	Es una de las afecciones más antiguas que conoce la humanidad. Ocupa el cuarto lugar de incidencia.
Discapacidad de Aprendizaje.	Dificultad que tienen algunas personas para aprender de la misma manera que los demás, se ve afectada su comprensión lectora, el uso de las reglas ortográficas.
Discapacidad Visual.	Está relacionada con una deficiencia del sistema de la visión que afecta la agudeza visual, campo visual, visión de los colores o profundidad, afectando la capacidad de una persona para ver. Al hablar de esta discapacidad podemos referirnos a las personas que presentan ceguera o baja visión.
Discapacidad Psíquica:	Una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta “trastornos por el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanente”. Puede ser provocada por diversos trastornos mentales como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, de pánico, esquizomorfo y el Síndrome Orgánico.
Discapacidad de vejez.	La vejez es una etapa vital del desarrollo humano, basada en el reconocimiento de que al transcurrir el tiempo produce efectos en la persona, estos efectos son físicos, psicológicos y sociales, es importante resaltar que la vejez no ésta directamente relacionada con la enfermedad y la depresión, cada vez más personas de la tercer edad tienen vida muy activas y llenas de eventos sociales, con alta calidad de vida consecuencia de una vida saludable, basada en el deporte y la buena alimentación, lo que les permite tener una vejez vital y feliz.
Discapacidad Auditiva.	Sordera. Pérdida auditiva de severa a profunda, donde la audición no es funcional para la vida diaria aun con auxiliares auditivos. Hipoacusia. Pérdida auditiva de leve (ligera) a moderada (media); no obstante, resulta funcional para la vida diaria; siendo necesario el uso de auxiliares auditivos, entre otros elementos para optimizar los restos auditivos,
Discriminación.	Es la distinción que se hace hacia las personas con discapacidad. Es una práctica que impide o anula el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertad fundamentales.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Cierra. 2012), 2020

De acuerdo a la Secretaria de Salud se realizó un Convenio de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución de Programas de atención para Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2014, que celebra el sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema

para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco Tamaulipas (26 de enero 2015)

Por otra parte, podemos decir que el día 3 de diciembre del 2015 en la Ciudad de México se realiza la primera marcha de personas con discapacidad, cuyo objetivo es que se platen políticas públicas para personas con discapacidad, (auditivas, parálisis, etc.)

Así mismo y de acuerdo al Informe mundial sobre la discapacidad se dice que:

- Esas personas presentan peores resultados sanitarios.
- Obtienen resultados académicos más bajos.
- Participan menos en la economía.
- Registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad.

Tlaxcala se ubica en la Región Centro de México, cuenta con 60 Municipios y es el de menor extensión territorial de país, colinda al oeste con el Estado de México, al noroeste con el Estado de Hidalgo y al norte, este y sur con el estado de Puebla de Zaragoza.

Según datos de INAPAM (Salinas et al., 2016, el total de Personas Adultas Mayores es de 98,229, que representan el 8.4% del total de habitantes de Tlaxcala, de esta cifra, los hombres representan el 46.6% (46 077 personas) en tanto que las mujeres representan en 53.3% (52,152 personas); 77,062 de estas personas (78.4%) habitan en zonas urbanas. Y 22,167 (21,5%) se distribuye en la rural. La esperanza de vida para los hombres es de 72 años, en tanto que para las mujeres es de 77 años.

El 29 de noviembre del 2019. La delegada de Programas Integrales (Lic. Lorena Cuellar Cisneros) Inicio el programa de pago de las Pensiones para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores y con Discapacidad permanente, en los municipios de San Pablo del Monte, Acuamanala y Papalotla. Del estado de Tlaxcala (pago del bimestre noviembre-diciembre 2019).

En el Estado de Tlaxcala serán beneficiados 77 mil 695 Personas Adultas Mayores, por parte del gobierno federal invirtiendo 20 millones 728 mil 350 pesos (2 550 pesos por persona) y para personas con discapacidad 91 millones 974 mil pesos. Las personas con discapacidad beneficiadas con este programa son en total 7 mil 776 (2 550 pesos cada uno).

## Marco legal

En nuestro continente existe la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, emitida por la Asamblea General de la Organización de los Estados americanos el 7 de junio de 1999. Esta Convención es el primer tratado del siglo XXI sobre derechos Humanos y busca dejar atrás las prácticas discriminatorias en contra de quienes poseen alguna discapacidad.

Igualdad de oportunidades: Proceso de adecuaciones, ajustes, mejoras o adopción de acciones afirmativas necesarias en el entorno jurídico, social, cultural y de bienes y servicios que faciliten a las personas con discapacidad su inclusión, integración y participación en igualdad de oportunidades con el resto de la población (Artículo 2 fracción XV) Igualdad de Oportunidades, Ley general para la Inclusión de las personas con discapacidad y su Reglamento. Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México 2013)

Las personas con discapacidad gozaran de todos los derechos que establece el orden jurídico mexicano sin distinción de origen étnico, nacional, genero, edad, condición social, económica o salud, religión, opiniones, lengua estado civil, preferencias sexuales, embarazo, identidad política, situación migratoria o cualquier otra característica propia de la condición humana o que atente contra su dignidad, (Artículo 4 ley general para la inclusión de las personas con discapacidad y su reglamento ( Comisión Nacional de Derechos humanos de México 2013)

La Secretaría del Trabajo y Prevención Social promoverá el derecho al trabajo y empleo de las personas con discapacidad en igualdad de oportunidades y equidad, que se les otorgue certeza en su desarrollo personal, social y laboral (Artículo 4, ley general para la inclusión de las personas con discapacidad y su reglamento) Comisión Nacional de Derechos Humanos de México 2013).

La Secretaria de Educación Pública Promoverá el Derecho a la Educación de las Personas con Discapacidad, previendo cualquier discriminación en planteles, centros educativos. Guarderías o del personal docente o administrativo del sistema educativo nacional

(Artículo 4, Ley General para la inclusión de las personas con Discapacidad y su reglamento. (Comisión Nacional de Derechos Humanos de México 2013)

La Secretaria de Desarrollo Social promoverá el derecho a las personas con discapacidad a un mayor índice de desarrollo humano, así como el de sus familiares, incluyendo alimentaciones, vestido y vivienda adecuados y a la mejora continua de sus condiciones de vida sin discriminación por motivos de discapacidad (Artículo 4, Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y su Reglamento. (Comisión Nacional de Derechos Humanos de México 2013)

## Resultados

El sexo los encuestados se representa por: 15 Hombres y 15 Mujeres. Su estado civil es: Casadas/os 15, Viudos/as 7, Unión libre 3, Soltero/a 2, divorciados/as 1.

**Tabla 2. Con relación a su edad es la siguiente:**

Hombres	Años	Mujeres	Años
1	60	1	61
1	61	2	62
2	64	1	65
1	67	1	66
1	68	1	68
1	69	1	72
2	70	1	74
1	76	2	76
1	78	2	80
1	80	3	82
1	81		
1	82		
1	89		

Fuente: Elaboración propia, 2020

**Tabla 3. Tipo de discapacidad que presenta**

Tipo de discapacidad, y años de discapacidad.	Número de personas.
Auditiva. 17 años, 3 años, 12 años, 2 años, 15 años, 7 años	6
Alzheimer, 16 años, 5 años,	2
Artritis reumatoide, 14 años.	1
Síndrome de Down toda la vida (60 años)	1
Discapacidad física:	14

Fractura en columna (T 11 y T 12) 9 años, sin pierna 25 años, no tienen una mano 8 años, parálisis no camina 5 años, parálisis 17 años, parálisis 6 meses, sin extremidades inferiores no tiene 2 piernas 37 años, sin pierna 22 años, sin pierna 7 años, no tiene una pierna 10 años, pérdida de una extremidad 6 años, no puede caminar bien 2 años, sin pierna 2 años, sin las dos piernas 9 años.	
Visual, 2 años, 11 años, 5 años, 3 años, 3 años, 11 años,	6

Fuente: Elaboración propia, 2020

**Tabla 4. Escolaridad**

Sin escolaridad, pero saben leer y escribir.	12.
Primaria.	11
Primaria incompleta	3
Secundaria	3
Normal primaria.	1

Fuente: Elaboración propia, 2020

**Tabla 5. Con relación al número de hijos.**

Número De Personas	Número de Hijos.
2	1
1	2
2	3
3	4
1	5
5	6
3	7
5	8
2	9
2	10
4	Sin Hijos.

Fuente: Elaboración propia, 2020

**Tabla 6. En la actualidad vive con:**

Su Esposa	8 personas
Con su hijo	8 personas
Con su esposo	3 persona.
Hermana	1 persona
Con su nieto	1 persona
Con su hija	5 personas
Con su tía	1 persona
Solos	3 personas.

Fuente: Elaboración propia, 2020

*Vivienda y servicios.* Las personas adultas mayores con discapacidad cuentan con lo que es una vivienda propia 27 personas, con una vivienda prestada 3 personas.

Las viviendas cuentan con los siguientes servicios públicos como son: Agua el 100%, Luz el 100%, Drenaje 100%, televisión 100% teléfono celular 90%.

El número de habitaciones que tiene su vivienda es: 17 personas tienen de 1 a 3 habitaciones, 11 personas tienen de 3 a 5 habitaciones y 2 persona de 5 y más habitaciones.

Sus viviendas están construidas de block y concreto 18, de ladrillo y cemento 10 y block y lamina 2.

*Salud.* Cuando se enferma acuden a. Medico particular 5 personas, IMSS 2 personas, ISSSTE 5 personas, y al centro de Salud 18 personas.

¿Cuenta con algún tipo de programa? las respuestas fueron las siguientes:

- Pensiones para el Bienestar de las personas Adultas Mayores.18 personas. 9 personas dicen no contar con ningún apoyo, no especifican 2 Personas, 1 persona recibe apoyo por jubilación.
- Al preguntarles si ha tenido algún tipo de empleo. 11 personas dicen que Si tuvieron un tipo de empleo y 19 personas dicen no tener un tipo de empleo.

**Tabla 7. Cuando pide empleo a qué retos se ha enfrentado**

A que le digan que no	9 personas.
No contestaron	12 personas.
A que te paguen poco	6 personas.
Al acoso laboral	1 persona
Al no poder dedicar se al 100% a ciertas actividades.	1 persona
A la inexperiencia	1 persona.

Elaboración propia, 2020

**Tabla 8. Obstáculo a la hora de buscar empleo**

Su edad	5
Su edad y su grado de estudios.	1
Su edad y su discapacidad.	5
Su discapacidad.	10
n/c	9

Fuente: Elaboración propia, 2020

**Tabla 9. Comportamiento de la gente donde ha solicitado empleo**

Tolerante	6
Déspota	8
Amable	2
Otros Indiferencia	1
N/c.	13

Fuente: Elaboración propia, 2020

**Tabla 10. Dificultades al pedir empleo.**

De movilidad	9
De transporte	3
Físicos.	8
N/C	10

Fuente: Elaboración propia, agosto 2020

**Tabla 11. Solicitud de algún tipo de empleo.**

Si	6
No	6
No te dejan	10
n/c	8

Fuente: Elaboración propia, 2020

Actualmente no están trabajando 23 personas, 5 personas no contestaron, otra persona trabaja en la Presidencia Municipal y una persona más trabaja en casa.

Dificultades encuentra dentro de su empleo:

25 personas no contestaron, 2 personas no manejan de la tecnología, 1 persona tiene dificultades personales y eso a veces, 2 persona manifiesta que su dificultad son las instalaciones.

En cuanto a su ingreso semanal es: 14 personas no contestaron, 8 personas ganan menos de 500 pesos y 8 personas ganan de 500 a mil pesos.

Que te motivo a pedir empleo: 25 personas no contestaron, 4 personas manifestaron que por necesidad económica, y 1 persona dijo que por su discapacidad.

**Tabla 12. Ha sido discriminado por su discapacidad.**

a). Si	8 personas
b). No	4 personas
c). Algunas veces	8 personas
n/c.	10 personas

Fuente: Elaboración propia, 2020

Al preguntarles como ha sido su vida por tener discapacidad y que dificultades ha tenido, las personas adultas mayores las respuestas fueron las siguientes:

- Su vida por tener discapacidad durante estos dos años ha sido muy difícil, se le dificulta mover hacia algún lugar de la casa y casi no sale a la calle., siente que es una carga para su esposa.
- Difícil porque no puede hacer muchas cosas, su dificultad es que al principio solo veía un poco hoy no ve casi nada, se ha vuelto sedentario.
- Difícil porque algunas veces no recuerdo quien es, mi dificultad es el trabajo y no recordad quien es, pues perdió la memoria a muy temprana edad.
- Se siento triste porque no puedo hacer nada productivo, su dificultad es no poder caminar rápido, no salir, no poder realizar actividades.
- Dice que su vida ha sido mala, porque nunca pensó estar así., no tengo movilidad, siempre ando en la andadera, ha sentido que es una carga, por no ser independiente.
- A veces pasan algunas cosas desapercibidas o indicaciones que me dicen, mi dificultades es que yo ya no puedo escuchar lo que me dicen. Siente feo por no poder platicar.
- Complicada la vida no es igual, mi dificultad radica no poder desplazarme de un lugar, a otro, es triste vivir así.
- Muy difícil es imposible hacer las cosas, las dificultades que presenta.es ya no conocer lugares, visitar a su familia, trabajar, y sobre todo valerse por sí misma. Además, se siente triste porque sus hijas no la visitan.

- Un poco difícil porque algunas veces si dependo de alguien para salir o para realizar mis deberes domésticos y se le dificulta ir al baño.
- Difícil, su dificultad es no disfrutar de las cosas y de la familia, ya que toda la vida se la pasa trabajando y no disfruto de las cosas y hoy menos pues ya no ve.
- Actualmente me cuidan mis nietas como yo un día las cuide y son muy buenas con migo, las dificultades que he tenido es el no poder ir al baño sola, tienen que estar siempre al pendiente de mí, soy necia la edad ya no me permite estar bien, se siente sola, pero le gusta festejar su cumpleaños porque así ve a toda su familia reunida.
- Difícil por la movilidad y por depender al 100% de alguien, las dificultades que presento son motriz, renal y respiratorias, ha sufrido todo el tiempo por el dolor de su discapacidad y piensa que les hace la vida más difícil a sus hijas.
- En estos últimos años mi vida ha sido complicada, su dificultad es no poder moverme o trasladarme porque ya no veo, y los que viven con ella no me pueden ayudar porque tienen cosa que hacer y solo está sentada.
- Al principio no lo asimile pero poco a poco se van superando las cosas que nos manda dios, mi dificultad es la movilidad no puedo salir hasta que me lleven, siente que da mucha lata y extraña a su esposo.
- Un poco difícil por mi situación (problema auditivo) su dificultad es no poder comunicarme con otras personas, por su sordera. = No veo bien, me cuida mi esposo, las dificultades es que ve poco con un ojo, pero el otro nada.
- Normal, tenemos que trabajar, no tengo dificultades echándole ganas a trabajar, no tiene una pierna. Aun así, trabaja.
- Difícil ya que luego me pierdo sino tomo mis pastillas. La dificultad que tengo es no poder salir sola, la andan cuidando como niña chiquita.
- Bien a pesar de todo, mis hijos no se desatienden de mí pues me cuidan, mi dificultad es no ver bien, para hacer sus cosas.

- Tengo una familia que me apoya, presenta ninguna dificultad auditiva, ya que gracias a su trabajo tiene sus ahorros, y su familia nunca se desatiende de él.
- No muy difícil porque escucho un poco me tienen que hablar fuerte, su dificultad es que escucha poco.
- Triste, me siento mal por no valerme por sí mismo. Su dificultad es la movilidad sin ganas de salir adelante.
- Tranquilo, le gusta la música de todo tipo. Su dificultad es hablar. (Síndrome de Down).
- Difícil por perder parte del cuerpo. Pues se tiene dificultad para transportarse, y muchas otras cosas más.
- Difícil por la comunicación me siento mal, pues por no escuchar pareciera que ignora a los demás, su situación es triste y complicada.
- Su vida ha sido muy mal desde su accidente donde quedo paralitico (fractura en T 11 y 12) ha tenido muchas dificultades y para trasladarse pues es muy difícil no poder caminar (se observa que adapto una motocicleta para poder trasladarse).
- Difícil por perder parte de su cuerpo, y su dificultad es no poder trabajar, se siente triste y deprimido.
- Se siente que sus familiares no le hacen caso por no escuchar bien casi no platica y cuando lo hace habla fuerte por lo mismo de su problema de audición.
- Mi dificultad es no poderme mover en combi o camión siempre ando en mi silla de ruedas y se me dificulta poder hacer mis cosas.

## **Conclusión**

Como es bien sabido el número de personas adultas mayores va en incremento y por ende las discapacidades también ya sea por condiciones de enfermedad, nacimiento, o por accidentes, así como por el aumento de edad.

Algunos de los resultados más significativos encontrados son que las personas que asistieron al Centro de Salud (18 personas) pero que por su condición les dan pésimo servicio, no hay medicamentos. Siendo un reto el poder trasladarse a otro lugar para recibir atención,

y la Dificultad es que no tienen como moverse (recursos económicos y de transporte).

Otro de los resultados es que presentan retos y dificultades desde no poder movilizarse (discapacidad física 14) y hacer una vida normal por sus amputaciones y otros por no tener movilidad en sus extremidades, los que presentan discapacidad visual (6) se enfrentan al reto de no ver para hacer sus actividades normales, y los Auditivos (no escuchan 6 personas) la dificultad a la que se enfrentan es no poder comunicarse por lo mismo.

De esta manera podemos decir que las personas que sufren una discapacidad son seres humanos vulnerables y por desconocimientos de sus derechos humanos no han logrado un trato digno, no hay una inclusión social.

Si bien existen un sin número de leyes como se estipula en el marco legal desafortunadamente las personas adultas mayores las desconocen y no saben que pueden ser beneficiadas. En mi opinión se siguen implementando trámites burocráticos que lejos de beneficiarlos por su tipo de discapacidad se entorpecen procesos y se limita la atención.

A pesar de que para las personas con discapacidad ya se cuenta con una serie de normatividades tanto Nacionales e Internacionales, pero aún no se concretizan acciones para un mejor bienestar social. En Tlaxcala se deben implementar acciones como la capacitación para un empleo remunerado de acuerdo al tipo de discapacidad, crear un lugar donde se de fisioterapia a las personas que lo requieran a precios accesibles para disminuir los retos y dificultades que presentan.

## Referencias

Cierra O. (2012). *Diversidad funcional: tipos y características*. Obtenido de: [http://atendiendonecesidades.blogspot.mx/2012/11/distintos-tipos-de-disapacidad-y-sus-caracteristicas, html](http://atendiendonecesidades.blogspot.mx/2012/11/distintos-tipos-de-disapacidad-y-sus-caracteristicas.html) 28 de febrero del 2016.

CONAPO (2014). *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con*

- Discapacidad* Obtenido de <http://diseswork.com/blog/tipos-de-discapacidad>.
- Salinas Rodríguez, A., Manrique Espinoza, B., Manrique Espinoza, K., Manrique Espinoza, M.M. (2016). *Envejecimiento y discapacidad: implicaciones económicas para los hogares en México*. Foro Envejecimiento y Salud: investigación para un plan de acción. Obtenido de: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS\\_ENVEJECIMIENTO\\_DISCAPACIDAD.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS_ENVEJECIMIENTO_DISCAPACIDAD.pdf).
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006*. Obtenida de: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2006/>
- Diario Oficial de la Federación (DOF, 2005). *Ley general de las personas con discapacidad (10 de junio 2005)*. Obtenido de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lgpd/LGPD\\_abro.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lgpd/LGPD_abro.pdf)
- Periódico Oficial del Estado de Tlaxcala (2010). *Ley para Personas con Capacidades Diferentes en el estado de Tlaxcala*. Obtenido de: <https://www.ofstlaxcala.gob.mx/doc/Legislacion/locales/leyes/LEY%20PARA%20PERSONAS%20CON%20DISCAPACIDAD%20DEL%20ESTADO%20DE%20TLAXCALA.pdf>
- Pérez Porto, J. y Merino, M. (2008). *Definición de rendimiento*. Obtenido de: <https://definicion.de/rendimiento/>
- Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (2009). *Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012*. Obtenido de: [https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/issuu/pronaddis\\_2009\\_2012.pdf](https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/issuu/pronaddis_2009_2012.pdf)



# **Estilos de vida como obstáculos culturales del adulto mayor para acceder a los programas de salud: en la colonia los mezcales, Culiacán Sinaloa**

Marisela Rivera Montoya  
Greicy Itzet Herrera Guzmán  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

## **Introducción**

En esta investigación, se buscó evidenciar los aspectos relativos al adulto mayor de la comunidad los Mezcales y los estilos de vida como obstáculos que presentan al tratar de acceder a los programas de salud que se les brinda para su bienestar centrándonos en los aspectos culturales. Por ello, se partió brevemente de los antecedentes, los cuales permitieron identificar el papel de este en la sociedad desde las primeras civilizaciones hasta la actualidad. Siendo así, se utilizaron datos estadísticos en los que se pudo observar los aspectos antes mencionados de manera sistematizada, por medio de gráficos y cuadros comparativos. Para mayor comprensión del texto, se encuentra la descripción del contexto que se pretendía estudiar y la composición del mismo.

## **Construcción del objeto de estudio**

*Fundamentación.* En esta investigación se analizaron los estilos de vida del adulto mayor desde el ámbito cultural, como obstáculos para acceder a los programas de salud y de ese modo comprender las dificultades a las que se enfrenta esta población, como objetivo

principal se identificaron los factores que en ellos predomina. Por ende, es una realidad que en nuestro país existan diferentes problemas laborales, económicos, sociales y principalmente de salud que afectan su desarrollo como individuos, siendo ellos quienes se ven afectados de manera directa. Cabe mencionar, que se inició brevemente desde los antecedentes para dar a conocer el lugar que ocupaba el adulto mayor en distintas partes de la época, para después continuar con datos cuantitativos que nos permitieron respaldar el tema.

Actualmente, las condiciones de vida para los adultos mayores suelen tener todo tipo de complicaciones que repercuten directamente en su salud, sin importar cuál sea su índole, ya que pierden rápidamente oportunidades de trabajo por los riesgos físicos que pueden presentarse, o al considerar que sus limitaciones motrices retrasarán la productividad laboral, cuyos perjuicios continúan y aumentan en empresas o locales al dar prioridad a perfiles jóvenes con la finalidad de integrar plataformas digitales y nuevas tecnologías. A su vez, las actividades para incluirse son cada vez menos, reduciendo las posibilidades que tienen para encontrar espacios en donde relacionarse social y sentimentalmente.

Dichas situaciones impactan directamente en su autoestima, sintiéndose excluidos, y el sentimiento de abandono que esto genera, además de los cambios físicos y psicológicos en su persona, trae consigo los factores propicios que los expone a múltiples enfermedades. No obstante, a pesar de ser numerosos y de gran magnitud los problemas a los que se enfrentan, en esta investigación únicamente nos centraremos en los estilos de vida como obstáculos culturales del Adulto Mayor para acceder a los programas de salud: en la colonia los Mezcales.

Actualmente la colonia los Mezcales cuenta con un aproximado de 376 viviendas habitadas; cuyos suelos son de terracería y solamente la avenida principal se encuentra pavimentada, lo que imposibilita el desplazamiento de la población predominante, debido a que se conforma en su mayoría por adultos mayores, quienes presentan dificultades de traslado o movilización y de recursos económicos para acudir a los centros de apoyo o de asistencia médica,

viviendo en desconocimiento sobre los programas y las oportunidades con las que cuentan para mejorar su salud. Por lo tanto, el objeto de estudio son las dificultades a las que se enfrentan los adultos mayores en el contexto cultural y los estilos de vida de la comunidad los Mezcales para contar de manera activa con los programas de salud que se les brinda para su bienestar. Dicho esto, los ejes que se contemplaron son los siguientes:

Dentro de lo cultural, fue fundamental describir los estilos de vida y los hábitos de higiene que se identificaron en los adultos mayores, ya que requieren un análisis más detallado, aun así, nos apoyamos únicamente en las creencias religiosas, remedios herbolarios o caseros, el sedentarismo y hábitos de higiene (conductas sanitarias). De los cuales, se desprenden la forma de relacionarse con los demás y con su entorno, como también la forma en que cuidan su salud y los métodos para prevenir y combatir diversas enfermedades.

La investigación se dirigió al adulto mayor, ya que por su etapa de vida se exponen a diversos factores que les impiden gozar con plenitud de la familia y la vida, centrándonos en explicar los factores que inciden en la salud y aquellas enfermedades que se presentan frecuentemente en dicha etapa, debido a estas la mayoría de las actividades que forman parte de su rutina diaria se van descartando, dando paso a otro problema aún más común, pero de mayor magnitud como lo es el autoestima, pues si bien, se sabe que este influye de manera significativa en los sentimientos, el comportamiento hacia las otras personas y la percepción que tienen de sí mismos, impactando en otros aspectos más profundos de su cotidianidad.

Continuamente, se vio a la familia en sus dimensiones de estructura familiar y estado conyugal, pero principalmente en las relaciones afectivas que el adulto mayor genera para interactuar con su entorno y quienes forman parte de él. Mientras tanto, las actividades económicas, fueron de manera breve, y sólo para sustento nos enfocamos en el empleo, desempleo, ingreso, y egreso. Debido a que la comunidad en donde se llevaba a cabo la investigación cuenta con ladrilleras, en las cuales se concentra la mayor parte de su desarrollo económico por ser la primordial fuente de trabajo de quienes residen ahí, lo que influye de manera directa en este mismo. Ahora bien, dentro de la materia institucional, se abordó los programas de salud

nacional y estatal para identificar cuáles son dirigidos al adulto mayor en el ámbito de salud, como también la forma en que se difunde la información de estos a las colonias, y el conocimiento que tienen las personas acerca de los beneficios que se les brinda por medio de las instituciones.

Es importante no dejar de lado, que esta es sólo una de las causas de la problemática a las que se enfrentan los adultos mayores. Por lo tanto, para guiarnos se utilizó de apoyo las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los Obstáculos culturales y estilos de vida que dificultan a los adultos mayores (60-74 años) a acceder a los programas de salud en la colonia los mezcales?
- ¿Cuáles son las costumbres y los hábitos de higiene de los adultos mayores?
- ¿Cómo influyen las creencias dentro del estilo de vida del adulto mayor?
- ¿Cuáles son los factores que inciden en la salud de los adultos mayores en la colonia los mezcales?

*Objetivo General.* Analizar los obstáculos culturales y estilos de vida de los adultos mayores como dificultades para acceder a los programas de salud en la colonia los Mezcales.

Objetivos Específicos:

- Identificar las costumbres y los hábitos de higiene de los adultos mayores
- Describir cómo influyen las creencias dentro del estilo de vida del adulto mayor
- Explicar los factores que inciden en la salud del adulto mayor.

## **Supuesto de investigación**

Los adultos mayores carecen de acceso a los servicios de salud pública, debido a problemas de movilización, por falta de los recursos económicos, la religión, la costumbre y el sedentarismo. Sumando principalmente sus creencias, las cuales forman parte fundamental

de su estilo de vida, lo que influye para no acudir a consultas médicas o de chequeo y de ese modo, se crea un distanciamiento del contexto institucional, desconociendo los programas que hay para su beneficio.

## Categorías de análisis

TEORÍA	PRIMARIA	SECUNDARIA	TOPICOS
<b>TEORÍA ECOLÓGICA DEL DESARROLLO HUMANO</b>  <i>(URIE BRONFENBRENNER)</i>	ADULTOS MAYORES	Autoestima	Depresión
		Enfermedades	Dificultades para socializar Infecciones estomacales Cuidados de Enfermería
	ESTILO DE VIDA	Creencias	Religión Remedios Herbolarios/Caseros Sedentarismo
		Hábitos de higiene	Aseo Personal Cuidado Bucal
		Costumbres	Familia Actividades Económicas
		Programas Nacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensión para los adultos mayores 68 y más</li> <li>• Estrategia de atención a los adultos mayores "Vive grande"</li> <li>• Programa de apoyo económico "abuelito estoy contigo"</li> <li>• Vive plenitud</li> </ul>
	PROGRAMAS DE SALUD	Programas Estatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de atención diurno para ancianos</li> <li>• Programa de Pensión para Adultos Mayores 65 y Más</li> </ul>

## Justificación

El presente trabajo, es una aportación que servirá de apoyo para las instituciones de salud o asistencia social, puesto que son las encargadas de difundir información sobre los programas que existen, ya que al momento de actualizar o crear alguno, la información muchas veces se pierde dentro de los procesos de difusión. A pesar de no ser responsabilidad de la institución, se consideró que este problema es más común de lo que aparenta y aún con las estrategias que se implementan para que la información llegue a toda la población a través de los medios de comunicación, no es suficiente.

Sin embargo, considerando que algunos de los programas son dirigidos a los adultos mayores en específico, son diversas las causas que promueven el desconocimiento sobre ellos. Entre estos mismos, se encuentran factores que inciden en la salud; como también el hecho de que, en su mayoría, se encuentran en abandono, situación de

calle, problemas de movilización, problemas psicológicos, deficiencia anatómica, analfabetismo, creencias religiosas, sedentarismo, ideología e incluso la desidia.

Siendo así, la investigación se enfocó en determinar los factores culturales desde los estilos de vida que obstaculizan la llegada de información que predomina en los adultos mayores (60-74) de la colonia los Mezcales. Visto así, el tema se seleccionó por el observado aumento de los adultos mayores en los últimos años, que no cuentan con ningún tipo de apoyo asistencial, y esto resulta alarmante, debido a que en ese periodo de vida requieren de algún tipo de atención especializada o cuidados de enfermería y la falta de información a los accesos de servicios de salud, pueden ser la clave para que alcancen un óptimo desarrollo sin importar las condiciones en las que se encuentren.

Con los datos planteados hasta este punto, el trabajo social en este sentido cuenta con las herramientas fundamentales como la promoción social, la investigación de campo, trabajo social comunitario, entre otras. Tales herramientas, centradas en aspectos de la salud, en la asistencia social, y en los programas derivados de estos, en donde se identifican las costumbres y los hábitos de higiene que generan condiciones aptas para mejorar su calidad de vida o por el contrario que la afecten. A su vez, se encarga de prevenir las problemáticas por medio de la concientización y participación activa del individuo. Además, al describirse la actividad económica dentro de la comunidad, se puede evaluar si estas influyen al momento de buscar acceso a las instituciones de salud.

Con los resultados obtenidos, acerca de la situación real en la que se encuentran los adultos mayores de dicha colonia y la información recolectada, las instituciones tienen la oportunidad de mejorar sus servicios, así como también el fácil acceso a los programas que ofrecen, es decir, que se podrán ajustar y preparar propuestas para que este tipo de población gocen de los beneficios sociales y económicos de acuerdo a sus necesidades con nuevas alternativas. Asimismo, servirá de base para profundizar en el tema y considerar los aspectos relacionados al adulto mayor en sus distintas peculiaridades, al realizarse o crear programas de bienestar.

## **Marco Teórico**

### **Teoría ecológica de los sistemas de Urie Bronfenbrenner**

En esta investigación se pretende conocer aquellos aspectos que influyen en el adulto mayor para alcanzar aquellas oportunidades que algunas instituciones les brinda por medio de los programas de salud, con el fin de mejorar su bienestar social. Por lo que, Bronfenbrenner, enfatizó la importancia del contexto social en el desarrollo humano y de ese modo, servirá para identificar como el entorno y otros factores, influyen en el sujeto de esta investigación convirtiéndose en obstáculos. Partiendo de esta teoría, Bronfenbrenner (1987) señala:

Un entorno es un lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente, como el hogar, y otros lugares. Los factores de la actividad, el rol y la relación interpersonal constituyen los elementos o componentes del microsistema (p.41)

En este marco referencial, el adulto mayor pasa a ser un núcleo primario, pues todo lo que es y su comportamiento se desarrollan dentro de este mismo y su ambiente se identifica en los sistemas, que constituyen un ecosistema, en donde se necesitan mutuamente para obtener los recursos y coexistir. Por lo tanto, al establecer relaciones y socializar con personas ajenas al contexto, y estas formar parte de su día a día, como lo son las comunidades, los espacios de trabajo, se entiende como se menciona anteriormente un ecosistema.

Asimismo, la teoría establece que ambos están guiados u orientados por normas físicas, biológicas y normas humanas que influyen tanto en las decisiones como en las acciones que tienen de manera independiente y colectiva. En otras palabras, los comportamientos, los valores y la forma de actuar en nuestro hogar, que es donde comienza nuestra formación nos definirán, influyendo en las actitudes que tomemos fuera de él. Por ejemplo, si en el hogar hay conflictos constantemente, estos afectaran otros aspectos de nuestra vida, a los que se les define como sistemas.

Según Bronfenbrenner, les denomina a estos sistemas:

- *Microsistema*: Patrón de actividades, roles, y relaciones interpersonales en desarrollo experimental en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares.
- *Mesosistema*: Interrelaciones de dos o más en entornos en los que la persona participa activamente.
- *Exosistema*: Uno o más entornos que no incluye a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno.
- *Macrosistema*: Se refiere al nivel de la subcultura o de la cultura e su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias.
- *Crono sistemas*: Es la etapa en que se encuentra la persona y cómo influye el cambio en las condiciones de vida del entorno.

A partir de esos los sistemas y lo que engloba cada uno, esta teoría es adecuada para aplicarse en cualquier ámbito de las ciencias, caracteriza en este estudio al adulto mayor y sus factores sociales, económicos y culturales en cada sistema que comprende el autor. Por lo que, retomando las categorías planteadas, el microsistema representará a la familia siendo el punto clave la estructura familiar y el estado conyugal, ya que, si este se encuentra viviendo solo, con familiares o su pareja, permite que se desprendan los demás sistemas y con ello las variables.

En el siguiente sistema, se encuentra el mesosistema y dentro de este, están las variables de autoestima y enfermedades, como las consecuencias que surgen dando como resultado a la depresión, dificultades para socializar y en el caso de las enfermedades, están las más comunes como infecciones estomacales, gripa e influenza. Continuando con el exosistema, identificando aquí la variable de actividades económicas, las cuales se pueden observar a través del empleo, desempleo, ingreso y egreso, ya que al no haber estabilidad en esta parte afectará principalmente al mesosistema.

Después está el exosistema, en donde se identifica en la variable de estilos de vida y hábitos de higiene, retomando de esto a la religión, sedentarismo, lavado de manos y cuidado bucal. Ya que estos

tienen alto impacto en la vida del adulto mayor, ya que, por su etapa de fragilidad, los hábitos requieren de especial atención y sus creencias por la experiencia en su vida cotidiana aumentan, siendo esto uno de los principales aspectos de él. Por último, está el cronosistema en donde están los programas de salud nacionales y estatales, puesto que lo sucedido en el exosistema puede influenciar para que el adulto mayor decida realizar modificaciones a través del tiempo y con ello en el ambiente en el que el individuo se desarrolla.

### **El desarrollo humano en el contexto cultural del adulto mayor**

Para identificar al adulto mayor en la problemática, es importante tener en mente que, en esta etapa de vida, se encuentran en constantes cambios motrices, cognitivos y físicos, generándoles conflictos internos en sus emociones y su autoestima. Ante tales cambios, el ambiente puede ser un entorno nocivo para su bienestar al no tener los cuidados adecuados y quien este al pendiente garantizando su integridad como seres humanos. Pero al retomar los aspectos culturales, se visibiliza que carecen de espacios que les permitan tener un mejor desenvolvimiento. Montoya, Zapata y Cardona (2002) señalan:

La cultura emprende el tejido de todas las capacidades, códigos y costumbres adquiridos o construidos por los seres humanos en asociación con sus congéneres, en un determinado contexto social. Comprende los hechos materiales propios de una sociedad como su arte y los no tangibles o inmateriales como los ideológicos.

Desde este punto de vista, el adulto mayor a pesar de tener la capacidad para poner en marcha los conocimientos adquiridos a través de la experiencia, los perfiles que solicitan en el ámbito laboral representan un obstáculo, que de acuerdo a algunas empresas sólo vuelve menos productivo el trabajo, y el lugar es un campo fértil para una pronta incapacidad o bien, pérdida financiera por cuestiones de seguro social. Este tipo de situaciones no permiten darles un sentido de pertenencia, pues al no generar un ingreso en el hogar, les imposibilitan no sólo ser parte de la sociedad sino también de la

familia, al verlos vulnerables y frágiles, lejos de darles un papel prioritario al que se deba darle un cuidado preferente se les atribuye como una carga más e incluso un gasto extra.

Por otra parte, otro obstáculo cultural se da cuando el adulto mayor utiliza sus conocimientos y su experiencia como herramientas esenciales para la vida y los cambios que se produzcan en esta, como lo hacen a través de los remedios herbolarios o caseros al presentarse una dificultad médica y anticipándose a sus saberes sin tener un acercamiento a las unidades de salud o a quienes estén facultados para realizar una correcta evaluación. Kottak, P. (2006) afirma: “La mejor manera de juzgar una cultura es ver en qué medida le sirve a la gente que vive en ella”. En este sentido, al tener un distanciamiento institucional se pierden los procesos de difusión a los que se recurren para comunicar los programas dirigidos a ellos, recurriendo a medida poco eficaces e incluso más nocivas para su bienestar.

Finalmente, Lisón (2003) sostiene que: “La cultura depende de la capacidad del hombre para aprender, acumular conocimientos y transmitirlos a generaciones posteriores”. Y esto, se ve reflejado algunos adultos mayores, que realizan infusiones naturales de algunas plantas para prevenir futuras enfermedades. Pues retomando lo antes ya mencionado, esto representa un arma de doble filo, puesto que estos remedios son efectivos para su prevención, pero poco fiables en el tratamiento de las enfermedades.

## **Los estilos de vida en adultos mayores**

Los estilos de vida responden a todos los aspectos que le dan sentido a nuestra vida diaria y la forma en que la llevamos a cabo, pues si bien, van inertes en ellos hábitos retomados a lo largo de nuestra vida por repetición o por imposición, como también conductas que nos caracterizan dentro un grupo social. Sin embargo, la conceptualización que responde a los estilos de vida ha surgido de la evolución de conceptos ambiguos por diferentes autores.

Por lo que, Marx (1952) afirma que: “La posición salarial y ocupacional en un sistema de producción eran considerados como determinantes del estilo de vida experimentado por los grupos sociales” (p. 171). Mientras que Weber (1946) afirma que: “La afinidad

de los componentes del status socioeconómico con el estilo de vida es considerar los elementos del status ocupacional (...) los factores relevantes están relacionados con el estilo de vida general abocados con el desempeño de ocupaciones (p.187). Demostrando que los estilos de vida son indicadores que muestra el prestigio, los ingresos, la posición social y la validación del status, cuyos aspectos conforman el estilo de vida.

La idea de estos dos autores, solamente recaen en la modernidad, pues con los distintos cambios sociales y culturales a los que estamos sujetos día con día, estas conceptualizaciones solo describen un status social. Más tarde, el psicoterapeuta Alfred Adler con años de estudios y observaciones a infantes, llego a la conclusión de que el estilo de vida va más allá del status como sostiene Marx, y que Weber plantea en los aspectos socioeconómicos. Alfred Adler señala que:

Cada individuo desarrolla una forma de luchar por la superioridad, y esto se llama estilo de vida. Las cuales son categorizadas en cuatro estilos de vida; dominante (agresivo, poco social), obtenido (siempre pide, nunca da), evitativo (escapa a los problemas de la vida y no afronta desafíos) y útil socialmente (con mucho interés social y actividad social).

En esta última perspectiva, encontramos factores culturales a los que el adulto mayor contrasta en la investigación, pues de acuerdo al lugar en que reside y la edad en la que se encuentra juega un papel determinante en la forma en que ellos mismos perciben su propia realidad.

En el caso del individuo dominante, como lo muestra Adler, está el adulto mayor que ya sea por la ocupación de los familiares directos y por los problemas de la vejez, se va aislando de las personas generando un sentimiento de rechazo hacía él mismo, siendo así que no permite la ayuda de las personas que lo rodean. Mientras que el individuo obtenedor, se encuentra en aquellos que no buscan su propio beneficio, pues esperan a que los apoyos económicos, y la ayuda de los programas que brindan las instituciones o hasta algunas dependencias gubernamentales lleguen a las puertas de su casa, como lo suelen hacer algunas brigadas de salud y asistenciales.

Continuando así con el evitativo, cuyo individuo solo observa su realidad y la acepta sin buscar cambios para su beneficio y su desarrollo. Finalmente, están los adultos mayores, que a pesar de la etapa de vida en la que se encuentran, para salir de su propio confort, y deciden acercarse a las instituciones o distintos sitios de apoyo en busca de oportunidades, para su mejorar dicha etapa. De este modo, Adler (1958) reafirma que “El estilo de vida resulta de una combinación de dos factores: la orientación hacia el objetivo interno del individuo con sus finalismos ficticios particulares, y las fuerzas del ambiente que ayudan, impiden o alteran la dirección del individuo”.

## **La influencia de la religión en el adulto mayor**

Actualmente, en nuestro país es común encontrarse con diversas religiones y cultos. Por ende, la religión siempre ha sido un tema de polémica y controversia debido a su fuerte impacto por parte de quienes son seguidores de su fe y poder. Sin embargo, Brosse (1984) la define como “Un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado divino o sagrado, tanto personales como sociales, de tipo existencial, moral y espiritual”.

Asimismo, cada una obedece a una forma de comportarse, pensar e interactuar en colectividad y al adoptar sus lineamientos religiosos se modifican aspectos personales del individuo. Debido a ese sentido de pertenencia, que surge dentro de las comunidades religiosas, es que se regula el comportamiento social e influye en la forma en que cada uno lleva a cabo el estilo de vida y la forma en que perciben la realidad que les rodea, siendo esta la que les brinda el carácter de resiliencia frente a circunstancias trágicas o traumáticas, que aumentan su fe o espiritualidad.

Por otro lado, la religión es una de las principales fuentes de control social, ya que como sostiene Durkheim, E. (1912) “La religión puede funcionar al llegar al interior de la gente y movilizar sus emociones, su alegría, su ira, su ética y justicia”. En algunos casos, estas impiden el acceso a ciertos servicios de salud, representando un obstáculo para quienes comparten su ideología”. Es importante enfati-

zar, que, durante el desarrollo de los individuos, los intereses ideológicos y creencias van cambiando conforme la etapa de vida o el contexto en que se encuentren. En el caso del adulto mayor, los psicólogos sociales Fowler y Tornstam (1981) afirman: “La religión ayuda a calmar el miedo y la inseguridad acerca de la propia mortalidad, amplificando sus preocupaciones a medida que envejecen, y con ello la religión se vuelve más importante, especialmente cuando ofrece la inmortalidad” (p.84).

Una de las formas comunes en que los adultos mayores se ven alienados a grupos religiosos, se deriva a que dentro de estos encuentran a personas que comparten la misma edad, forma de pensar, rutina diaria, historia de vida e incluso problemas de salud. Del mismo modo estas instituciones u organizaciones, les ofrecen espacios en donde pueden desenvolverse en ambientes adecuados a sus necesidades.

## **Las Creencias en la salud del adulto mayor**

A diferencia de la religión que se define como un sistema que se establece por medio de instituciones, organizaciones y grupos de diferentes ideologías. Es así que, la religión forma parte de la cultura y en estas se desprenden otras. De igual manera sucede con las creencias que a diferencia de la religión, esta surge desde la fuerza del pensamiento, y de acuerdo a Ortega y Gasset (1947) afirma:

La creencia no es una opinión, una idea, sino una realidad establecida, sobre la cual se apoya la vida humana, resultando difícil existir bajo la forma de creencia individual. Siendo un hecho colectivo que no se crea por cuenta propia, sino que se rigen en grupo social (p.61).

Dicho así, para que una creencia se tome como tal, se necesita la aprobación de la sociedad para que se tomen como válidas, trascendiendo en modos de conducta firmes. A través, de las creencias se encuentran diferentes alternativas que inciden en la salud como la alopátia, homeopatía, medicina naturista, remedios herbolarios, chamanismo entre otros. Por lo que, según Cerón (2010) “Son chamanes, sanadores y parteras que constituyen un verdadero sistema al-

ternativo de salud en México, y que atiende en zonas donde la medicina pública no llega”. A pesar de los intentos por las instituciones o centros de salud para crear estrategias que les permitan llegar a todas las comunidades y su gente los programas de salud, los recursos para cubrir las necesidades a través de estos resultan nulos.

Sin embargo, a pesar de los diferentes cambios en las políticas institucionales que intentan favorecer a la población. Los adultos mayores aún continúan dando preferencia a sanadores locales o chamanes para atender cualquier malestar relacionado a la salud, pues estos ofrecen alternativas naturales y que son conocidas por las comunidades, y en especial por ellos mismos, lo que les da mayor confianza. Pues, González (2004) señala:

Un chamán es respetado por la comunidad, e incluso suele mediar en conflictos personales o entre familias, pero no se les puede llamar brujos. Esos tienen una connotación negativa; el chamán es cuidador de la gente y su labor son prácticas muy arraigadas en algunas zonas de México.

Al ser una figura de respeto y de experiencia, suelen recurrir a ellos al momento de presentar síntomas de molestia o enfermedad. Además, un factor determinante más allá de la afinidad suelen ser las dificultades para movilizarse o buscar recursos para acudir hasta las instituciones, sin dejar de lado la cuestión económica y siendo estos métodos alternativos más accesibles en cualquier circunstancia.

## **El sedentarismo**

De acuerdo a (La Real Academia Española [RAE], 2004) “Sedentarismo proviene del latín *sedentarius* ‘que trabaja sentado’. Es decir, dicho oficio o de un modo de vida de poca agitación o movimiento”.

En la actualidad, se tiene la ideología de que la vejez se acompaña de la incapacidad para realizar ciertas tareas básicas que para el resto de la población parecen sencillas, pero se toma en cuenta que adulto mayor por su edad disminuye su resistencia motora, pierde equilibrio al andar en algunos casos, no cuenta con flexibilidad y pierde fuerza. Por dadas alteraciones físicas, el adulto mayor tiende a optar por rutinas poco salubres para su bienestar, lo que genera un riesgo en

su salud. Este denominado estilo de vida pasa a ser un factor de riesgo por vulnerabilidad al individuo a enfermedades como sobrepeso, obesidad, riesgo de diabetes, pérdida de masa muscular lo que aumenta las probabilidades a lesiones e incluso fracturas, dolores en articulaciones, etc.

La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2001) considera como personas sedentarias a aquellas que no realizan más de 90 minutos de actividad física al cabo de la semana. Desde esta perspectiva y por no contar en su mayoría con quienes estén al pendiente de al menos las necesidades básicas del adulto mayor, el sedentarismo se retoma como uno de los principales factores de riesgo para esta población en específico como para las instituciones de salud.

## **Los hábitos de higiene**

Las enfermedades se encuentran latentes en todo momento y en cada uno de los espacios que ocupa el adulto mayor, en estos casos los comportamientos que se deben adoptar para llevar a cabo una vida sana no dependen muchas veces de ellos, si no de quienes están a su cuidado, por lo que su higiene personal, bucal y de manos requiere de ayuda.

De ese modo, se entiende que “Los hábitos son una forma de conducta mecanizada e incluso automatizada por repetición, y que se pone en práctica, y se sigue repitiendo en una especie de movimiento de inercia” (Dewey, 1950, p.168). En este sentido, el adulto mayor por los rigores de la edad y la falta de cuidados de enfermería descuidan este aspecto esencial, por la dificultad que implica los movimientos al lavarse los dientes, lavarse zonas específicas del cuerpo, peinarse, afeitarse el bello corporal, entre otros. Se sabe por medio de expertos de salud, que hábitos tan simples como como lavarse las manos, los dientes y bañarse sirven para prevenir enfermedades. En otras palabras, los hábitos de higiene son los que nos permiten vivir con buena salud y mantener una mejor calidad de vida.

Otra complicación que se adhiere al no tener un adecuado habito de higiene, son los problemas en el trato social, pues esto genera el rechazo por parte de la sociedad, afectando la salud emocional del

adulto mayor, pues los individuos ejercen cierta presión en las normas de conducta al estar en público. Esto mismo, se identifica como cultura, según Zapata (2007) afirma: “La cultura no es aprendida necesariamente en forma consciente por los miembros de la organización y, frecuentemente, opera condicionando los comportamientos en forma inconsciente” (p. 175).

En algunos casos, el riesgo se puede presentar con daños físicos en el hogar al tratar de hacer tareas sencillas, ya que no cuentan con familiares que los ayuden o estos se encuentran limitados por la actividad laboral y familiar, no permitiéndoles estar atentos con los cuidados del adulto mayor. Por lo que, los hábitos se convierten en obstáculos y forman parte esencial de la cultura que se desprende del estilo de vida, mismos que surgen con las rutinas diarias. Cómo Wong (2011) afirma: “Los estilos de vida son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida”.

## **Metodología**

De acuerdo a los objetivos propuestos al inicio de la investigación, la metodología que se siguió para realizar el estudio fue desde un enfoque cualitativo de carácter interpretativo, retomando el método Ednometodológico, ya que primero se debe de familiarizar con el sujeto y a su vez conocer la forma en que desenvuelve de manera personal o social, para después poder realizar la explicación de las actividades en las que el adulto mayor está relacionado, pues como lo define según Landsheere (1994) “Intenta estudiar los fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos y acciones a través del análisis de las actividades humanas, y se caracteriza por centrarse en el estudio de los métodos o estrategias empleadas por personas para darle significado”. (p.339). Fue un estudio no probabilístico con muestreo intencional, utilizando como principales técnicas la observación no participante o simple y la entrevista semiestructurada. Cabe señalar que debido a que los resultados pueden ser distintos a los que se consideraron en un inicio, por las variaciones en la selección de los sujetos, se seleccionó el estudio interpretativo.

## Resultados

Como se menciona en los puntos anteriores, para referirnos a lo que hoy llamamos estilo de vida, esto tuvo diferentes evoluciones conceptuales. Sin embargo, al retomarse estos coinciden como modo de comportamiento del individuo que asume de forma positiva o negativa, impactando en distintos aspectos de su vida cotidiana. Categrías de análisis:

Creencias:

- E1 “...Yo les he dicho te pueden aliviar y me dicen no mi doctor me va curar y me prohíbe que tome cosas extrañas. Y que les dio pues sígueles, pero que ha pasado se han muerto. En cambio, otros que, si creen y han tomado otras cosas, se han aliviado, hasta los que tenían cáncer se han aliviado y me dicen si me sirvió lo que me disté me hice análisis y no tengo cáncer.”
- E2 “...Soy católico [...] La religión defiende muchas cosas, este sinceramente le da a uno más seguridad, paz, este, se motiva más uno tiene más tranquilidad, entonces tiene más motivaciones uno.”
- E3 “...Soy católica, como uno va a la iglesia se siente a gusto, se siente relajadito. Nosotros usamos mucho la que se cuece la sinvergüenza con arrozito y yerba buena [...] También venimos al médico, pero el casero es por mientras uno va al doctor a la cita. Pero si se presentan un vomito o algo pues aquí cerca hay una clínica pequeña o sino un remedio casero”.

Como se comenta, en este caso la religión católica es una característica repetitiva en las últimas entrevistas, y aunque no es una causa determinante para obstaculizar los accesos a la salud, si muestra que sus creencias se inclinan por la efectividad de los remedios caseros o naturales, que consolidan la medicina tradicional predominando en los tratamientos para tratar enfermedades y padecimientos de cualquier índole, como para su prevención. Asimismo, lo sostiene la organización mundial de la salud [OMS] (2007) “La medicina tradicional es la suma de conocimientos, técnicas y prácticas funda-

mentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental”.

Desde esta definición, y en sincronía con los sujetos de la investigación, los principales pilares que sostienen este tipo de comunidades como los Mezcales, son los conocimientos tradicionales para la salud que han adquirido a través de la interacción mutua entre la comunidad.

Por consiguiente, el sedentarismo también forma parte del estilo de vida, pero en un sentido nocivo. Debido a que el adulto mayor tiende a optar por rutinas poco saludables para su bienestar, por falta de tiempo o por problemas derivados de la vejez, generando un riesgo en su salud.

Sedentarismo:

- E1 “...Camino todos los días, diario en la catedral me gusta bailar cumbias, estoy saludable y siempre ando comentado con todos lo que pasa en el día y de salud”
- E2 “... “Pues en mis tiempos libres, sinceramente normalmente en la casa suelo ver la tele, escuchar las noticias”
- E3 “...Me pongo a barrer, a regar, a trapear y ya al 10. Pintar las paredes para que quede arregladito, ayer hice una hornilla en la casa, no me gusto la que estaba y la tumbe, hice el horno, pinte el horno, cortamos ciruelas de los árboles, las cocimos, hicimos atole, a gusto.”

Por lo que se puede observar, solo en una de las entrevistas el sujeto carece de algún tipo de actividad que le permita hacer uso de la movilidad de su cuerpo, situación que no sucede en las otras dos. Como también se observa que las actividades de las que restan varían de acuerdo al sexo de los entrevistados.

Si bien, es importante recordar que, de acuerdo al concepto que plantea la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002) “Es la poca agitación o movimiento”. En efecto, al llegar a esta edad se tiene la idea sobre el adulto mayor como una persona vulnerable, y frágil. Sin embargo, es absurdo generalizar que por la etapa en la

que se encuentra, son incapaces de desarrollar actividades que activen su motricidad. Y, por ende, se tiene la ideología de que la vejez se acompaña de la incapacidad para realizar ciertas tareas básicas que para el resto de la población parecen sencillas.

Aunque en algunos casos, el adulto mayor llega a tener mejor condición física y gozar de mejor salud que la población juvenil, como lo es en los Mezcales que por las tareas hogareñas o por ocio, el sedentarismo en este caso no representa un obstáculo para la salud.

Continuando así, con los hábitos de higiene y como se sabe por medio de expertos de salud, que hábitos tan simples como como lavarse las manos, los dientes y bañarse sirven para prevenir enfermedades; al momento de interactuar en conjunto como sociedad, al buscar fuentes de trabajo, e incluso como carta de presentación. Y, en los adultos mayores conforme pase el tiempo, esto será el grado de complejidad para poder continuar con sus rutinas de aseo.

#### Hábitos de higiene:

- E1 “...Me felicitan y todo, más las mujeres me huelen y dicen que, que bien”.
- E2 “...Yo todos los días me baño gracias a dios, todos los días.”
- E3 “...Pues me levanto bien temprano, me baño con agua de la manguera helada”

A través de las respuestas, es observable que, sin importar la edad y el sexo, en la mayoría de los adultos mayores de los Mezcales, o en su totalidad tienen siempre presente la importancia sobre las buenas conductas sanitarias. Aunque no sean conscientes de los riesgos que representan la omisión de estas mismas conductas, si es perceptible el esfuerzo de su parte por incorporarlas en sus rutinas diarias a pesar de su dificultades.

A lo que según, Dewey (1950) dice “Los hábitos son una forma de conducta mecanizada e incluso automatizada por repetición, y que se pone en práctica, y se sigue repitiendo en una especie de movimiento de inercia”. Enfatizando dicho concepto y con los resulta-

dos en esta categoría, el obstáculo radica al encontrarse el adulto mayor imposibilitado para realizar por sí mismo estas tareas y requerir de apoyo por parte de otras personas, siendo no solo complicado cumplir con el objetivo de los hábitos sobre conseguir buena salud y calidad de vida, si no también imposibilitando la movilización para la atención que los problemas de la falta higiene provoca.

### **Situación económica de los adultos mayores en la colonia los mezcales**

Otro factor de suma importancia son las actividades económicas, las cuales influyen en gran medida en la vida de los adultos mayores para poder conseguir una calidad de vida digna. Ya que, si bien hoy en día la economía mexicana enfrenta un gran dilema, el crear empleos que satisfagan las necesidades de la población.

### **Estructura familiar del adulto mayor**

Por último, es importante destacar la importancia de la estructura familiar que mantiene la población adulta mayor con las personas que lo rodean. Ya que para el adulto mayor es de suma importancia el contar con familiares o amigos en los que pueda apoyarse al llegar a esta etapa, si bien con el paso del tiempo la familia y las relaciones con amigos van cambiando, esto por diferentes motivos; los cuales influyen de manera significativa en la vida de los adultos mayores.

Sobre la familia:

- E1: “Vivo con una hermana y un hijo, mi hijo nada más, [...] en la familia nos reunimos pues en los cumpleaños y esas cosas, lo social con ellos, reuniones familiares.”
- E2: “Vivo con mi esposa y dos hijos, [...] en familia pues salimos por así decirlo a comer.”
- E3: “Vivo con 2 hermanas, [...] Hacemos tortillas, desayunamos juntas, hacemos comida esas actividades”

En el proceso de envejecimiento ocurren diversos cambios en su composición familiar y con ello en su futuro. A partir de lo obtenido

en las entrevistas se pudo señalar que la población adulta mayor, mantiene una buena relación intrafamiliar factor que se pudo apreciar al momento el cual los entrevistados mencionaban a los lugares a los cuales frecuentaban ir en familia y con ello poder pasar un momento agradable. Desde una concepción tradicional, Carbonell (2012) señala que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (p.4).

La familia y las relaciones que existen entre sus integrantes es de suma importancia en la etapa del adulto mayor, ya que la familia es vista como la red de apoyo en la cual se genera un incremento de autoestima y confianza al sentirse protegido e incluido dentro de la sociedad. Cabe señalar que a pesar de existir la creencia que la mayoría de las personas al llegar a esta etapa sufren abandono familiar por ser considerados una carga. Sin embargo, a partir de lo recopilado por los entrevistados, pudimos identificar que los adultos mayores actualmente se encuentran dentro de un núcleo familiar estable, a pesar de que en algunos casos solo se encuentran viviendo con hermanos, siguen manteniendo vínculos con sus hijos y otros familiares.

Es importante mencionar que al llegar a esta etapa los vínculos sociales que las personas mantienen son de suma importancia ya que como lo menciona Pávez (2009) “los amigos y amigas verdaderos, al elegirse mutuamente, están expresando que aprecian algo en el otro y lo valoran. La amistad verdadera contribuye a reforzar la autoestima de ambos” (p.9). Se tiene la idea que las personas al llegar a esta etapa pierden aquellos lazos de amistad o bien que llegan a desconectarse de la sociedad, originado por la pérdida laboral, la jubilación, por la ausencia de vínculos afectivos con hijos, consecuencia del distanciamiento entre ambos.

No obstante, al obtener los resultados de las entrevistas, las personas comentaban que a pesar de sus condiciones ellos siempre buscan realizar actividades en las cuales distraerse o bien encontrar espacios en los cuales puedan socializar. Por lo cual, la estructura familiar no se presenta como una barrera para poder acceder a los programas, sino que más bien es un factor el cual contribuye a mejorar la autoestima y las condiciones de vida de dicha población.

## Conclusiones

En el proceso de envejecimiento ocurren diversos cambios en su composición familiar y con ello en su futuro. A partir de lo obtenido en las entrevistas se pudo señalar que la población adulta mayor, mantiene una buena relación intrafamiliar factor que se pudo apreciar al momento el cual los entrevistados mencionaban a los lugares a los cuales frecuentaban ir en familia y con ello poder pasar un momento agradable. Desde una concepción tradicional, Carbonell (2012) señala que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (p.4).

La familia y las relaciones que existen entre sus integrantes es de suma importancia en la etapa del adulto mayor, ya que la familia es vista como la red de apoyo en la cual se genera un incremento de autoestima y confianza al sentirse protegido e incluido dentro de la sociedad. Cabe señalar que a pesar de existir la creencia que la mayoría de las personas al llegar a esta etapa sufren abandono familiar por ser considerados una carga. Sin embargo, a partir de lo recopilado por los entrevistados, pudimos identificar que los adultos mayores actualmente se encuentran dentro de un núcleo familiar estable, a pesar de que en algunos casos solo se encuentran viviendo con hermanos, siguen manteniendo vínculos con sus hijos y otros familiares.

De acuerdo a esta investigación realizada, las estrategias que se utilizan para difundir información sobre los programas que son específicamente para adultos mayores están obsoletos, debido a que los métodos de comunicación que son efectivos para unos no suelen serlo para otros. En este caso al no adecuarse para todos, genera barreras de entendimiento que impiden que el mensaje llegue en su totalidad a la población.

## Referencias

- Bronfenbrenner, U. (1989). *Ecología del Desarrollo Humano: Cognición y Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Camargo, I. (2013). *Adultos mayores y derechos humanos*. Culiacán, Sinaloa. Once ríos.

- Caso, A. (1946). *La Teoría del Hecho Social según Durkheim*. En: Órgano de la Barra Mexicana (Tomo 3, pág. 345-348) México, D.F: el Foro.
- Castillo D. (2015). *Enfermedades de los ancianos como causas de abandono familiar*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja. Ecuador. Recuperado de: [http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TE SIS%20DANIELA%20CASTILLO%20GUAM%C3%81N.pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TE%20SIS%20DANIELA%20CASTILLO%20GUAM%C3%81N.pdf)
- Centro de Estudios Filosóficos. (1947). *Contribución al volumen Homenaje a Antonio Caso*. En la Filosofía Social (pp 289-311). México D.F: Stylo.
- Piernas y Hurtado, J. (1877). *Vocabulario de la economía: exposición de la nomenclatura y de los principales conceptos de esa ciencia*. Barcelona: Manuales Gallach.
- Fritz, S. (1939). *La Actual Revisión Crítica de la sociología*. Revista Mexicana de Sociología, Volumen 1, 19 a 43.
- García, S. (2009). *La exclusión Social del Adulto Mayor en los Servicios de Salud de Guatemala*. (Tesis de Maestría). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Recuperado de: [http://www.repositorio.usac.edu.gt/3955/1/15\\_1487.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/3955/1/15_1487.pdf)
- Habermas, J. (1946). *Exposición y Crítica de la Teoría del Obrar Social y de su Comprensión según Max Weber*. Revista Mexicana de Sociología, Volumen VIII, pág. 59-78.
- Hernández, M. (febrero de 2007). *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud Pública en México. (49). Pp. 23-35
- Huizinga J. (1943). *Homo ludens: El Hombre y la Cultura*. México DF, Fondo de Cultura Económica.
- Estado de Sinaloa (2014). *Investigación de la Percepción de los Beneficiarios, Operadores de los Sectores Salud, Educación y Prospera, sobre PROSPERA Programa de Inclusión Social, sus Servicios y Beneficios*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/102049/25\\_Informe\\_PC\\_2014\\_Sinaloa.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/102049/25_Informe_PC_2014_Sinaloa.pdf)
- Lacambra, L. (1944). *El Pensamiento Filosófico, Social, Político y Jurídico en Hispanoamérica*. Revista Mexicana de Sociología, Volumen VI, pág. 1 y 2.

- López, J. (2008). *Cuestionario de hábitos de actividad física de Maurice Pieron: estudio de validación para la población mexicana aparentemente activa*. Ciencia en la frontera. (6), pp. 146-153
- Manzanilla, V. (1966). *La Sociedad: Su realidad y Valoración*. En Colección de Estudios de Prospección Social (pp. 241-262). Madrid, España: Instituto de Estudios Sindicales, Sociales y Cooperativos.
- Ramona, A. (2008). *Estudio organizacional para mejorar la calidad de vida del adulto mayor*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Sinaloa. Guamúchil, Sinaloa.
- Ruiz, L. (2003). *El envejecimiento poblacional y la política social del gobierno del Distrito Federal*. Trabajo Social. (8). Pp. 42-49
- Ruiz, L. (2013). *El uso de servicios sociales u de salud entre los mayores: un examen en factores pronósticos*. Trabajo Social. (8). Pp. 84-93
- Ruiz, M. (2011). *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de: [http://medicina-web.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2011\\_Li\\_Ruiz.pdf](http://medicina-web.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2011_Li_Ruiz.pdf)
- Soria Z. (2016). *Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el estado de México*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de economía. México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/64526/envejecimiento%20y%20factores%20asociados%20a%20la%20calidad%20de%20vida%20de%20los%20adultos.pdf?sequence=3>
- Weber (1941). *Historia de la Cultura*. México. Fondo de la Cultura Económica.
- Recasens, L. (2010). *Capítulo X “Modos Colectivos de Conducta, Creencias, Usos, Costumbres, Ritos, Símbolos, Etc.* En: Tratado General de Sociología (pp218-219). México: Porrúa.



# Eje Temático

*Intervención profesional: planes  
de estudio*



# Acercamiento al estado del arte en la producción científica de Trabajo Social en Iberoamérica

Rosa Acela Mayanix Alvarado Guevara  
María Luisa Urrea Zazueta  
Teresita del Niño Jesús Carrillo Montoya  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

## Introducción

Desde el siglo pasado la disciplina del trabajo social se ha constituido en una profesión con una metodología de trabajo muy específica que incluye la práctica e intervención profesional, tanto en lo público como en lo privado. Hoy podría decirse que la dicotomía entre la teoría y praxis en esta disciplina es un asunto acotado, que debe dar paso a formas innovadoras de producir conocimientos y la divulgación de estos.

Los caminos tradicionales para atender la problemática social actual deben aceptar otras metodologías para mejorar la práctica profesional de los trabajadores sociales, así como generar nuevos conocimientos teóricos, que permitan reflexionar críticamente sobre las realidades actuales, así como de los campos de acción en el cual se desarrolla la profesión.

No obstante, trabajo social sigue siendo objeto de frecuentes cuestionamientos por parte de otras ciencias, consideradas *de élite*, que se mantienen escépticas con respecto a su científicidad (Lorente y Luxardo, 2018; Montagud, 2015), asociándolo más con el asistencialismo, o como satisfactor de algunas carencias sociales y al trabajador social como aquella persona de buena fe que interviene en

problemáticas sociales en beneficio de los más vulnerables (García, 1991).

### **Trabajo Social y la visibilidad de sus aportaciones en el ámbito científico**

El trabajo social, como otras de las ciencias sociales, tiene un largo pasado pero una corta historia, se considera una disciplina y profesión joven, pero eso no es suficiente; como refiere Barahona (2016) para demeritar su desarrollo académico y científico. Aunque sus antecedentes se encuentran en la práctica de la caridad y la filantropía, su constante dinamismo y esfuerzos progresivos se han venido enfocando en lograr la transición de profesión y disciplina hacia su reconocimiento como ciencia.

Sobre ello, existe un debate abierto. Unos se inclinan en favor de la científicidad del trabajo social, otros no lo consideran ciencia y están aquellos que señalan que el desarrollo que ha tenido al trabajo social en un estado de transición que lo conduce a ser considerado una ciencia.

Independientemente de las posturas antes mencionadas, parece que hay acuerdo entre los autores con respecto a la poca producción y divulgación del conocimiento científico que no le permite mayor desarrollo, visibilidad y reconocimiento al trabajo social. Así parece confirmarlo, por ejemplo, un estudio bibliométrico realizado en España (Martínez, Díaz, Lima, Herrera, y Herrera-Viedma, 2014) cuyos hallazgos advierten que los trabajadores sociales españoles además de incorporarse tarde a la publicación de trabajos en revistas de alto impacto, su producción es escasa o bien hay una tendencia de estos a divulgar sus estudios en revistas consideradas de poco impacto en el ámbito del trabajo social; en tanto que, las temáticas que abordan se centran en los sectores más vulnerables de la sociedad, en políticas sociales y servicios sociales para paliar los problemas de la sociedad. Asimismo, se encontró que los autores más relevantes pertenecen al área de psicología.

Aunque muchos declaran que hay poca producción en trabajo social, no presentan evidencia clara para aseverarlo y escasamente se encuentran estudios específicos al respecto, evidenciándose un va-

ción en la investigación en este ámbito. En México tampoco se advierten trabajos que refieran al análisis de la cientificidad del trabajo social y el estudio de su producción científica que permitan precisar su estatus y reconocimiento como ciencia. Para corroborar la actividad investigativa y de divulgación de los trabajadores sociales, la investigación que aquí se presenta tiene como propósito, explorar la producción científica en el ámbito de la disciplina del Trabajo Social en Iberoamérica.

### **El aparente distanciamiento entre la producción de conocimiento y la práctica en Trabajo Social**

La disciplina del trabajo social experimenta un doble cuestionamiento. Por un lado, se trata de una disciplina perteneciente al área de las ciencias sociales, identificadas más con lo subjetivo; y por otro, su controversial centralidad en la práctica (o intervención) en detrimento de la producción de conocimiento; lo cual podría explicarse por factores históricos, políticos y disciplinares (Casá, 2014).

En su configuración, el Trabajo Social adoptó posturas positivistas y pragmatistas que la ubicaron como técnica o instrumental (Casá, 2014; Deslauriers y Pérez, 2004; Linardelli y Pessolano, 2019; Vélez, 2003). Por otro lado, la planificación de las políticas sociales estuvo a cargo de científicos y políticos, mientras que la implementación (ejecución) correspondió a los profesionales de la asistencia social; de ahí que, el Trabajo Social estuviera centrado en la práctica de su quehacer, “relegando la reflexión teórica y la construcción de conocimientos” (Linardelli y Pessolano, 2019, p. 24). Hay que mencionar además que, históricamente se ha considerado a esta disciplina como feminizada, pues se le atribuyen características culturalmente femeninas. Este hecho origina una división generizada del conocimiento en la que se confiere mayor valor a un tipo de saberes en detrimento de otros (Lorente, 2004; Montaña, 1998).

Bajo este contexto, el tipo de conocimiento que se produce en el ámbito de la intervención social (o práctica) no es valorado como suficientemente racional. Este hecho, podría resultar impreciso, sobre todo si se retoma que, en trabajo social la investigación es inseparable de la práctica profesional; puesto que se considera como el

manejo, la comprensión y adquisición del propio quehacer (Casá, 2016). Sumado a ello, en palabras de Miranda (2003) “la teoría sin experiencia es un juego intelectual”; de tal forma que “en esta disciplina experiencia y teoría han ido de la mano desde el principio” (p.176). Esto parece encontrar sustento en Vélez (2003), al señalar que la teoría como sistema de categorías, constituye un acercamiento a la realidad a través del pensamiento y se encuentra mediado “por las experiencias y vivencias individuales y colectivas de los sujetos” (p. 17).

En tal sentido, “la práctica como acción racional es ejecutada por sujetos reales y la sistematización de sus acciones puede, en un momento dado, aportar a la producción de conocimiento sobre la realidad en que se actúa” (Vélez, 2003, p.18). Por otro lado, Deslauriers y Pérez (2004) señalan que, si bien se reconoce que los ámbitos de práctica y conocimiento son diferentes, no están reñidos. En realidad no hay perspectivas opuestas entre la teoría, la investigación y la práctica; incluso, esta última (intervención o práctica profesional) se realiza con apego a teorías, métodos y técnicas (Deslauriers y Pérez, 2004). Tal es así que en trabajo social no solo se produce teoría para la profesión, sino que también se construye conocimiento sobre lo social con el propósito de incluirlo a la teoría social (Díaz, 2006; Linardelli y Pessolano, 2019).

Si bien Trabajo Social ha incursionado de una forma relativamente tardía en la producción de conocimiento, este hecho no es suficiente para colocarla en un plano de subalternidad; en tanto que, encuentra en su propio quehacer una fuente valiosa para la construcción de nuevos saberes. Por otra parte, es posible advertir que esta disciplina no solo ha progresado, sino que también ha logrado romper con principios inherentes a su origen. De ello, dan cuenta la apertura de los posgrados (maestrías y doctorados) orientados a la investigación, el ingreso de los profesionales de trabajo social en espacios de ciencia y tecnología, el incremento de los trabajos de investigación, una mayor tendencia hacia la publicación científica, así como las diversas formas de divulgación del conocimiento producido como son los congresos, integración en redes, impartición de talleres, etc., (Casá, 2016; Linardelli y Pessolano, 2018; Montaña, 1998).

## **Producción científica. Una aproximación conceptual**

Para lograr una mejor comprensión de la producción científica, es indispensable hacer referencia a su conceptualización y diversas acepciones. La ciencia, como institución social, requiere de un sistema que comunique y evalúe los conocimientos que produce (Bunge, 2013; Broncano y Pérez, 2009; Orozco y Chavarro, 2010). En ese sentido, algunos autores suelen considerar a la producción científica como la cristalización del conocimiento que se ha generado, y que representa el agregado de diversos documentos depositados en una organización informativa (Piedra y Martínez, 2007).

Sobre lo anterior, Aguado y otros (2008) señalan que en su forma primaria los resultados de la investigación científica son expuestos en informes escritos, los cuales se someten a evaluación por parte de la comunidad considerada experta en el tema. Incluso, estos autores consideran que en años recientes se ha presentado un aumento en la evaluación de la producción científica con apego a indicadores de “citación e impacto” (p.18), factores que influyen en la creación de políticas sobre ciencia y tecnología, “la asignación de recursos, reconocimiento a universidades, científicos y centros de investigación” (p.18). Ejemplo de uno de los indicadores de gran impacto es el número considerable de publicaciones, puesto que inciden de forma tangible en la evaluación de las variables mencionadas (Gallego y Cabrera, 2015).

En concordancia con lo antes mencionado, la producción científica reside en la construcción de conocimiento, el cual surge tanto del análisis teórico de hechos específicos como de su correspondiente solución científica, apartando así la intuición o el sentido común. Esta actividad implica para los científicos cierto grado de responsabilidad, ya que los conocimientos, las competencias y la ética que poseen son determinantes para el desarrollo exitoso de la misma (Malagón , 2012).

En otro sentido, Gibbons y otros (1997) hablan de la producción de un conocimiento científico pertinente, el cual puede lograrse, a través del modo 2 de producción en tanto que el conocimiento surge mediante el acuerdo constante que toma en cuenta los intereses de diferentes sujetos y del entorno de aplicación. De tal forma, el modo

2 valora la oferta, la demanda y el mercado en el entorno de aplicación. Otra característica de dicho modo de producción es su transdisciplinariedad, lo cual permite que la divulgación de la producción científica incida en el avance científico y tecnológico de los investigadores, de las instituciones tanto académicas como del sector privado y de un país (Naranjo, 2011).

Incluso, Lanz (2001) avanza en el aspecto transdisciplinar al relacionarlo con la teoría de la complejidad, en tanto que propone el término *transcomplejo*, considerándolo como expectativa que pretende dar paso a un nuevo modo de producción, difusión y obtención de conocimientos, que se propone romper con el razonamiento inflexible por vía de la correlación de análisis, así como perfeccionar la actividad científica mediante el cambio hacia diferentes puntos de enfoque y la adaptabilidad tanto de las herramientas metodológicas como de las habilidades cognoscentes.

Particularmente en Trabajo Social, la producción científica cobra un sentido trascendente, en tanto que se considera como elemento potencial para lograr un verdadero cambio social. De tal forma que, estima como tarea primordial el desarrollo de investigaciones científicas tendientes a erradicar la practicidad relativista de Trabajo Social y así, construir teoría que impulse el progreso del conocimiento (Parola, citado en Castro, 2014).

Por tanto, vale decir que la producción científica es la forma mediante la cual se da a conocer el conocimiento que resulta de una investigación científica desarrollada en una disciplina específica, que puede pertenecer o no al espacio académico, divulgado y que favorece al avance científico como actividad social, dicho avance se logra a través de los resultados que la propia ciencia ofrece; una forma en la que ésta expresa su existencia es la publicación científica, las cuales se encuentran como repositorios de conocimientos documentales que las comunidades científicas reúnen representan el medio principal para comunicar dichos conocimientos (Pérez, 2013; Piedra y Martínez, 2007).

## Antecedentes de investigación en Trabajo Social, Estado del Arte

En el ámbito científico, es posible considerar que la producción y divulgación del conocimiento han adquirido mayor relevancia en los últimos años. Sin embargo, en la disciplina de Trabajo Social este tema podría considerarse como relativamente nuevo, dado que la revisión de la literatura advierte sobre la escasez de estudios sobre dicha temática, (Tabla 1).

**Tabla 1. Investigaciones en trabajo social en los últimos 12 años**

Autor y año	País	Objetivo de la investigación	Metodología	Instrumentos
Díaz (2006)	Colombia	Analizar la producción de conocimiento sobre trabajo social en unidades académicas de Bogotá entre 1995 a 2003	Cualitativo	Análisis documental
Naranjo (2012)	Venezuela	Repensar otros modos de producción de conocimientos	Cualitativo	Exploración, revisión bibliográfica.
Juan y Morata (2012)	España	Conocer sobre qué publican las revistas de trabajo social y Servicios Sociales; detectar las principales líneas de investigación o prácticas profesionales publicadas en las revistas de trabajo social y Servicios Sociales.	Cuantitativo	Indexación de materias; fuentes de información exploración de la indización de las palabras clave.
García (2012)	España	Reflexionar acerca de los aspectos más relevantes, discutidos e ignorados a nivel internacional y nacional en los procesos de adopción	Cualitativo	Revisión bibliográfica, una investigación documental y un análisis crítico.
Martínez, Díaz, Lima, Herrera y Herrera (2014)	España	Identificar y analizar la producción científica española en el área de Trabajo Social según las bases de datos bibliográficas de referencia internacional propiedad de Thomson Reuter, Web of Science y Journal Citation Reports.	Cuantitativo	Bibliometría, mapas de ciencia, índice h; WoS, <i>Analyze Results</i> y <i>Creation Citation Report</i> , SciMAT
Martínez, Rodríguez, Cobo, Herrera (2017)	España	Analizar la investigación internacional más reciente que se ha desarrollado en el área de trabajo social, de acuerdo con los trabajos publicados en revistas de esta área, según las bases de datos bibliográficas de referencia internacional propiedad de Thomson Reuter, Web of Science y Journal Citation Reports	Cuantitativo	Bibliometría, mapas de ciencia, índice h. <i>Software SciMAT</i> , <i>diagrama estratégico</i> .
Acuña, Ramírez y Jiménez (2018)	Colombia	Identificar los campos de producción de conocimiento, los diferentes enfoques epistemológicos; analizar las tendencias que se presentan en los	Investigación cualitativa	Histórico-hermenéutico

Autor y año	País	Objetivo de la investigación	Metodología	Instrumentos
		campos de conocimiento de las y los trabajadores sociales		Revisión documental. Análisis de contenido de 157 artículos Entrevista semiestructurada

Fuente: Elaboración propia, 2020

Debe decirse, que los trabajos antes descritos han sido resultado de la búsqueda y revisión de buscadores (bases de datos) y revistas científicas reconocidas; asimismo, un número considerable de los estudios que se han recuperado pertenecen a las revistas Cuadernos de Trabajo Social, Prospectiva y Portularia, tal como se aprecia en la Tabla 2.

**Tabla 2. Principales fuentes de artículos relacionados con Trabajo Social**

Buscadores (bases de datos):	Dialnet, Redalyc, Scielo, Ebsco, Google académico
Revistas:	Cuadernos de Trabajo Social, Trabajo Social Hoy, Azarbe, Portularia, Prospectiva (Revista de Trabajo Social e Intervención), Revista Acanits, Revista de trabajo y acción social,

Fuente: Elaboración propia 2020.

Como se ha dicho antes, la búsqueda de información sobre el tema ha hecho posible encontrar que, algunos países como España y Colombia han centrado su interés en el desarrollo de investigaciones tendientes a conocer el estado que guarda la producción científica de trabajo social, así como su evolución, impacto y visibilidad.

**Análisis bibliométrico: estudios sobre la producción científica en Trabajo Social**

En años recientes, el interés de trabajo social por construir nuevo conocimiento y analizar su producción científica ha cobrado mayor importancia. Esto se debe, entre otras cosas, a que el crecimiento y consolidación de dicha disciplina están relacionados con la evaluación del conocimiento científico que produce. En ese sentido, el análisis estadístico o bibliométrico, se ha posicionado como uno de los medios de evaluación clave de la producción científica. En trabajo

social, se han identificado estudios bibliométricos provenientes de España, que muestran interesantes aportaciones.

Juan-Toset y Morata-García de laPu (2012) en su investigación sobre la indexación de materias, identifican las principales líneas de investigación o prácticas profesionales publicadas en las revistas de trabajo social y Servicios Sociales a nivel nacional. Específicamente, se enfoca en conocer la incidencia que la Política Social y Bienestar Social tienen en dichas revistas. Concluyendo que: a) en España, se advierte una hipervisualización de producción vinculada a la práctica profesional de trabajo social; b) los estudios sobre problemas sociales relacionados con la Política Social y Bienestar Social se encuentran relegados; c) destaca la inexistencia de revistas españolas de trabajo social en el *Social Science Citation Index*; y d) el interés de los grupos de investigación se ha centrado en temas relacionados con la población (mujeres, infancia o tercera edad), migraciones o violencia doméstica.

Otra de las aplicaciones que han tenido los estudios bibliométricos en trabajo social, es identificar y analizar la producción científica española según las bases de datos bibliográficas de referencia internacional como *Thomson Reuter*, *Web of Science* y *Journal Citation Reports*. De acuerdo con ello, se observa que en España existe una presencia mínima a nivel internacional de trabajo social, sumado a la escasa producción científica, aunque con un aceptable nivel de impacto. Asimismo, se advierte que los grupos académicos de investigación tienden a publicar en revistas que no constituyen el *core* de las revistas del área de trabajo social. Por otro lado, la mayoría de los autores más relevantes son del área de Psicología más que del área de trabajo social y, finalmente, se identificaron 11 temas de investigación: niños y adolescentes, servicios, comportamiento, abuso infantil, modelo, España, adicciones, participación, servicios sociales, adopción internacional, y violencia doméstica, (Martínez, Díaz, Lima, Herrera y Herrera-Viedma, 2014).

Tal parece que los análisis estadísticos adquieren cada vez mayor relevancia, puesto que han servido como referente para impulsar el desarrollo de nuevas investigaciones del mismo estilo. Ello así parece demostrarlo un estudio bibliométrico también realizado en España, por Martínez, Rodríguez, Cobo y Herrera (2017), el cual tuvo como objetivo analizar la investigación internacional más reciente

que se ha desarrollado en el área de trabajo social, de acuerdo con los trabajos publicados en revistas de esta área entre los años 2010 y 2015, según las bases de datos bibliográficas de referencia internacional propiedad de *Thomson Reuter, Web of Science y Journal Citation Reports*.

Dicho estudio revela que: a) se identificaron 24 temas diferentes; b) hay 13 temas importantes que han centrado la investigación, ocho son temas motores, salud, protección infantil, salud mental, actitudes, violencia doméstica, psicoterapia, acogimiento familiar, y trabajadores sociales, y cinco son temas básicos, familias, educación en trabajo social, práctica del trabajo social, pobreza y adolescentes; c) los temas emergentes podrían ser: disparidades, prevención, vida; d) se consideran como temas en decadencia: reforma, cuidadores, comunicación; e) se identificaron 5 temas periféricos: inmigrantes, abuso de sustancias, discapacidad intelectual, veteranos y ahorros; y f) se detecta un cierto sesgo hacia las investigaciones en trabajo social desarrolladas en los países de lengua inglesa, como son Estados Unidos y el Reino Unido.

### **Análisis documental: estrategia comprensiva en el ámbito científico**

Otra forma de abordar el estudio de la producción científica en trabajo social ha sido el análisis documental o revisión bibliográfica desde un enfoque cualitativo, ya que ello permite analizar y comprender el conocimiento que se genera en la disciplina. Ejemplo de este tipo de análisis, es el realizado por Díaz (2006), en el cual se realiza un análisis de los documentos que abordan el tema de la producción de conocimiento en trabajo social. Este estudio permitió identificar doce monografías, tres investigaciones y veinte artículos. Los resultados del análisis reflejan que solo una de las investigaciones aporta a la generación de conocimiento, puesto construye postulados teóricos sobre problemáticas sociales. Por otro lado, pese a que las monografías no generan conocimiento científico, sí plantean la importancia de definir el objeto de intervención y las líneas de investigación en la disciplina. Si bien, la producción analizada representa un esfuerzo inicial por tomar como objeto de estudio a la

profesión, al momento de la investigación aún se presentaba poca tendencia hacia la investigación sobre la profesión.

Un trabajo más es el de García-Gómez (2012) en España, cuya investigación se enfoca en la reflexión de las características más relevantes, controversiales y desplazadas a nivel internacional y nacional sobre los procesos de adopción. Mediante la revisión bibliográfica, la investigación documental y el análisis crítico de la producción científica que realizan diversas disciplinas (derecho, psicología, medicina, antropología), especialmente la del trabajo social, se advierte que los estudios sobre adopciones son mayormente realizados por grupos de investigación de universidades españolas, enfocándose principalmente en aspectos de tipo psicológico y legal. Asimismo, el abordaje de aspectos culturales y sociales en las adopciones transnacionales es escaso y cuando se encuentra, corresponde casi de forma exclusiva a profesionales del área de la Psicología y; desde el trabajo social, existe una mínima producción científica sobre la temática de las adopciones.

Finalmente, en Colombia, Acuña, Ramírez y Jiménez (2018) se centraron en analizar la producción de conocimiento en trabajo social desde la perspectiva de género. Este estudio incluyó entrevistas semiestructuradas a investigadores colombianos y la revisión documental de artículos científicos con resultados finales o parciales, publicados de 2006-2016 en cuatro revistas colombianas de trabajo social. Los resultados revelan que (a) la producción de conocimiento se gesta al interior de la Academia y en las Instituciones de Educación Superior, (b) las temáticas de interés son las problemáticas y necesidades sociales; mayormente en Ciudadanía, Trabajo Social y Familia, particularmente desde un enfoque comprensivo, (c) ello predomina más en las mujeres que en los hombres; quienes publican más desde un enfoque Crítico-Social, interesados en transformar la realidad.

## **Conclusiones**

En este trabajo, se presentó un acercamiento a la literatura sobre los estudios que abordan el análisis de la producción científica en Tra-

bajo Social. Derivado de ello, es posible advertir que España se posiciona como uno de los países con gran interés por este tema, enfocándose principalmente, en investigaciones de corte bibliométrico, se considera así, dado que la mayoría de los estudios aquí presentados provienen de dicho país. No obstante, es importante reconocer que en Colombia también se identifican trabajos interesantes sobre la producción científica, aunque con un abordaje metodológico de tipo cualitativo. Si bien, los estudios difieren en cuanto a la metodología utilizada, parece encontrar acuerdo en considerar que la introducción del trabajo social en la publicación de investigaciones científicas es relativamente reciente.

Otro punto de acuerdo entre las investigaciones consiste en señalar que las publicaciones en revistas de trabajo social pertenecen a autores del área de la psicología; lo cual refleja que la producción científica en la disciplina sigue siendo escasa, ya sea en el panorama nacional e internacional. Asimismo, identifican un mayor interés por analizar temáticas sobre la profesión y las problemáticas sociales. Este hecho, también parece presentarse en México, ya que la mayoría de las investigaciones abordan dichas temáticas, sumado a que, aún son inexistentes o mínimos los estudios que analizan y evalúan la evolución, visibilidad e impacto de la producción científica en Trabajo Social.

Sin negar lo anterior, es importante resaltar que la profesión no ha permanecido indiferente en cuanto a la producción de nuevo conocimiento científico; por el contrario, en la literatura se advierte, por un lado, el aumento de investigaciones, construcciones teóricas y publicaciones en revistas. Y por otro, se observa cómo ha avanzado el conocimiento en Trabajo Social, particularmente en relación con el tema de la producción científica, entre los años 2006 a 2018. Todo ello, demuestra un constante dinamismo e interés del trabajo social por consolidarse como disciplina científica.

## Referencias

Acuña-Pinilla, W., Ramírez-Patarroyo, M., & Andrea, J.-P. (julio-diciembre de 2019). *La producción de conocimiento en Trabajo Social desde la perspectiva de género*. Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social(28), 41-67.

- Aguado, L. E., Rogel, S. R., Álvarez, V. A., Muñoz, E. J., & López, L. W. (2008). *Producción científica y redes de colaboración en los procesos editoriales: el caso de Cuadernos de Desarrollo Rural en sus 30 años*. Cuadernos de desarrollo rural, 5(61), 11-35.
- Barahona, M. J. (2016). *El Trabajo Social: una disciplina y profesión a la luz de la Historia*. (D. d. UCM, Ed.) Madrid, España.
- Broncano, F., & Pérez, A. (julio-septiembre de 2009). *La ciencia y sus sujetos ¿Quiénes hacen la ciencia en el siglo XXI?* Innovación Educativa, 9(48), 95.
- Bunge, M. (2001). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Editorial Susamericana.
- Casá, E. (2016). *La producción de conocimiento en Trabajo Social: una mirada desde Bourdieu*. Temas y debates, 111-130.
- Casá, E. D. (2014). *La Producción de Conocimiento en Trabajo Social: reflexiones desde el caso argentino*. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, 117-136.
- Deslauriers, J.-P., & Pérez, J. (2004). *El reto del conocimiento en la práctica del Trabajo Social*. Cuadernos de trabajo social, 195-210.
- Díaz, L. (2006). *Producción de conocimiento sobre trabajo social en las unidades académicas de Bogotá en el periodo comprendido entre 1995 a 2003*. Tabula Rasa, 247-259.
- Evangelista, E. (2013). *Desarrollo histórico del Trabajo Social en México*. México: Red de investigaciones y estudios avanzados en Trabajo Social A.C.
- Gallego, H., & Cabrera, J. (2015). *Producción científica*. Scientia et technica, 1-3.
- García, S. (1991). *Especificidad y rol en trabajo social*. Buenos Aires, Argentina: Hvmánitas.
- García-Gómez, M.-J. (2012). *Revisión crítica sobre adopciones: una cuestión pendiente para el Trabajo Social*. Portularia, XII(2), 81-95.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., & Trow, M. (1997). *La nueva producción del conocimiento. La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas*. Barcelona: Pomares-Corredor.

- González, I. (2014). *Las organizaciones trans-complejas: del conocimiento a la toma de decisiones*. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura, 235-246.
- Juan-Toset, E.-M., & Morata-García-de-la-Pu, B. (2012). *Política social y bienestar social en Europa en las revistas de Trabajo Social y servicios sociales*. Portularia, XII(2), 57-68.
- León, B. (1999). *El documental de divulgación científica*. Barcelona, España: Paidós PC.
- Linaridelli, M., & Pessolano, D. (2019). *La producción de conocimiento en Trabajo Social, una lectura desde las epistemologías del sur y feministas*. Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención social, 17-40.
- Lorente, B. (2004). *Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social*. Scripta Ethnologica (26), 39-53.
- Lorente-Molina, B., & Luxardo, N. (2018). *Hacia una ciencia del trabajo social. Epistemologías, subalternidad y feminización*. Cinta de Moebio, 95-109.
- Lui, V. A., & Piombato, M. C. (2016). *O ethos científico e a ciência "pós-acadêmica" na visão de pesquisadores brasileiros*. Revista de Historia Iberoamericana, 28-66. doi:10.3232/RHI.2016.
- Malagón, E. (2012). *Fundamentos del Trabajo Social*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Martínez, M., Díaz, M., Lima, A., Herrera, M., & Herrera-Viedma, E. (2014). *Un análisis bibliométrico de la producción académica española en la categoría de Trabajo Social del Journal Citation Report*. Cuadernos de Trabajo Social, 429-438.
- Martínez, M., Rodríguez, F. L., Cobo, M. J., & Herrera-Viedma, E. (2017). *¿Qué está pasando en el área de Trabajo Social, según el Web of Science?* Cuadernos de Trabajo Social, 125-134.
- Merton, R. (1977). *La sociología de la ciencia: investigaciones teóricas y empíricas*. Madrid: Alianza.
- Miranda, M. (2003). *Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*. Tarragona, España.
- Montagud, X. (2015). *La narración de la experiencia profesional como expresión del conocimiento en Trabajo Social*. Cuadernos de Trabajo Social, 199-209.

- Montaño, C. (1998). *La naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Brasil: Cortez Editora.
- Naranjo, M. (Mayo-Agosto de 2011). *Repensando otros modos de producción de conocimientos*. *Educere*, 79-86.
- Orozco, L. A., & Chavarro, D. A. (Diciembre de 2010). Robert K. Merton (1910-2003). *La ciencia como institución*. *Revista de Estudios Sociales* (37), 143-162.
- Orozco, L., & Chavarro, D. A. (2010). Robert K. Merton (1910-2003). *La ciencia como institución*. *Revista de Estudios Sociales*, 143-162.
- Ortiz, E. (2013). *Epistemología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa: Paradigmas y Objetivos*. *Claseshistoria*, 2-23.
- Pérez, M. (2013). *La producción del conocimiento*. *Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, 21-30.
- Piedra, Y., & Martínez, A. (2007). *Producción científica*. *Ciencias de la información*, 33-38.
- Rodríguez, D. (Agosto de 2016). *Teoría, realidad nacional y praxis. La construcción de conocimientos desde el ámbito universitario*. *Investigación e intervención en Trabajo Social: aproximaciones desde la teoría y el método*, 15-54.
- Vélez, O. L. (2003). *Reconfigurando al trabajo social: perspectivas y tendencias contemporáneas* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Ziman, J. (1985). *Enseñanza y aprendizaje sobre la ciencia y la sociedad*. México: Fondo de cultura económica.
- Ziman, J. (2003). *¿Qué es la ciencia?* Madrid, España: Universidad de Cambridge.



# Variables e indicadores para construir el diagnóstico social: caso Hospital Infantil de México

Alejandra Aguilar Campos  
Ma. del Rosario Silva Arciniega  
*Hospital Infantil de México Federico Gómez - UNAM*

## Introducción

Etimológicamente diagnóstico proviene de gnosis: conocer y dia: a través: por lo que significa conocer a través o conocer por medio de. Diversos autores lo entienden como resultado de una investigación, como una explicación de una situación particular, una descripción de un proceso, un juicio interpretativo, o bien sólo un listado de problemas con un orden de prioridades. (Arteaga Basurto, C, 2001, p. 83)

Mary Richmond, publicó el texto denominado Social Diagnosis (1917), y en él menciona que el Diagnóstico Social trata de llegar a la definición lo más exacta posible de la situación social y la personalidad de un “cliente” concreto. El proceso para su elaboración se inicia con la recopilación de información y la realización de una investigación; continúa con el examen crítico y la comparación de la evidencia, finaliza con su interpretación y la exposición de la dificultad social que presenta el individuo (Richmond, M, 1917, p. 78); así mismo la autora afirma que el trabajador Social debe hacer uso de los cuatro procesos que le permiten establecer un diagnóstico social:

- 1) La primera entrevista completa con un cliente
- 2) Los primeros contactos con su familia más cercana
- 3) La búsqueda de nuevas fuentes de información y de cooperación fuera del núcleo familiar

- 4) La cuidadosa valoración de la relación existente entre cada elemento obtenido del sondeo realizado y su interpretación. (Richmond, M, 1917, p. 159)

Por interpretación se comprende la elaboración, a partir de toda la evidencia disponible de una definición lo más exacta posible de las dificultades sociales a las que se enfrenta el cliente —el acto de interpretación equivale al acto de realización del diagnóstico—. (Richmond, M, 1917, p. 159)

En la actualidad Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social. Su objeto de estudio y de intervención profesional lo constituyen las personas como sujetos sociales en su relación con las necesidades, demandas y satisfactores sociales (ENTS-UNAM, 2009).

El profesional de trabajo social para realizar la intervención requiere del conocimiento de las necesidades y problemas del sujeto, y para ello utiliza como base instrumentos propios que le permiten indagar la situación problema y el contexto social en que se ubican las personas, a partir entre otros de entrevistas focalizadas y cuestionarios tales como el Estudio Socioeconómico que fue definido por Silva y Brain (2015) como el método de indagación valorativa y clasificatoria cuanti-cualitativa de variables ponderadas, cuyo fin es descubrir en un sujeto las características que lo ubican en un nivel categórico estratificado, para contribuir al conocimiento de su entorno familiar, económico y social, y tener la capacidad de aproximar a los integrantes del equipo de salud a la realidad del usuario, para valorar en forma multidisciplinaria las posibilidades de recuperación que el ambiente y la familia ofrecen, e identificar factores contribuyentes o exposicionales de riesgo que participan en el proceso salud-enfermedad, con el objeto de promover una atención médica social, integral y más humana (Silva, Brain, 2015), y de cuya aplicación resulta la elaboración del DXs en el que a su vez, se cimentan las estrategias de intervención.

Los trabajadores sociales integrados a la plantilla de profesionales del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se rigen bajo un manual de procedimientos, así como de una Guía Técnica para la aplicación de instrumentos, es de este documento donde se extrae la

siguiente información: El diagnóstico social es definido como el procedimiento sistemático, flexible y continuo que permite al trabajador social establecer un estudio pormenorizado de la situación problema, para determinar la línea de intervención futura. Es importante mencionar que en el Hospital el diagnóstico social se realiza como un apartado del estudio socioeconómico numerado con el inciso 48, denominado Diagnóstico Social Inicial; y únicamente en los casos en que el paciente se encuentre hospitalizado se amplía la información con la elaboración de familiograma indicado en la misma guía, reportándolo como elemento constitutivo de Informe Social.

La relevancia que reviste el diagnóstico social para los trabajadores sociales radica en el hecho de que en él se registra la síntesis del conocimiento general de las necesidades y problemas en el ámbito social que presenta el paciente, y de ello depende el plan de intervención y seguimiento que se realizará, a la adherencia terapéutica y a los procesos salud - enfermedad, con el objetivo de que el afectado recupere su estado de salud.

En la actualidad, son pocos los estudios que han abordado este tema desde los Institutos Nacionales de Salud, por lo que surgió la necesidad de conocer ¿Con qué variables e indicadores del estudio socioeconómico elaboran los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez el diagnóstico social en su práctica profesional?

## **Abordaje metodológico**

Se realizó un estudio documental, exploratorio y transversal, guiado por la interrogante siguiente ¿Con qué variables e indicadores del estudio socioeconómico, elaboran los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez el diagnóstico social en su práctica profesional? Variable independiente (tabla 1): el Estudio Socioeconómico, Variable dependiente (tabla 2): Diagnóstico Social. El Estudio Socioeconómico fue definido como: Instrumento que tiene por objeto identificar las características socioeconómicas del paciente y su familia para ubicarlo en un nivel de clasificación (Diario Oficial de la Federación, 2013); y el Diagnóstico Social fue definido como: Procedimiento sistemático, flexible y continuo que

permite al Trabajador Social establecer un dictamen pormenorizado de la situación problema, así como determinar la línea de intervención futura.

**Tabla 1. Variable Independiente Estudio Socioeconómico**

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional
Estudio socioeconómico	El estudio socioeconómico, es el instrumento que se elabora al inicio de la atención del paciente, que tiene por objeto identificar sus características para ubicarlo en un nivel de clasificación económica. (Diario Oficial de la Federación, 2013)	Datos personales Estado de salud de la familia Condiciones económicas y de trabajo Vivienda

Fuente: Creación propia, 2020

**Tabla 2. Variable Dependiente Diagnóstico Social**

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías
Diagnóstico social	Procedimiento sistemático, flexible y continuo que permite al Trabajador Social establecer un estudio pormenorizado de la situación problema, así como determinar la línea de intervención futura. De acuerdo con Saleeby (1996) (Guía técnica de instrumentos del Departamento de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2016, pág. 22)	VARIABLES PONDERADAS DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	Ingreso Ocupación Egresos familiares Vivienda Salud
		VARIABLES NO PONDERADAS DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	Datos generales del paciente Estado de Salud Familiar Condiciones económicas y de trabajo Condiciones de la vivienda

Fuente: Creación propia, 2020

## Muestra

Se integró con 104 estudios socioeconómicos localizados en el archivo general del Hospital, realizados por 52 de los 60 trabajadores sociales operativos fue determinada con apoyo del paquete Decision Analyst STATS<sup>MR</sup> 2.0, que ofreció un nivel de confianza del 95% con un máximo de error del 5%. Instrumento Estudio Socioeconómico

mico Institucional Manejo estadístico se realizó con apoyo del software Atlas Ti para la elaboración del análisis cualitativo; el análisis cuantitativo se apoyó en la generación de gráficas de recurrencia y fue realizado con apoyo del software Office Excel.

## **Resultados**

Se analizó el DXs de 104 estudios socioeconómicos elaborados por 52 trabajadores sociales operativos del Hospital Infantil de México Federico Gómez, en donde se detectó la utilización de tres tipos de variables: 1) Ponderadas, 2) No ponderadas y 3) Furtivas<sup>1</sup>

### **Variables ponderadas**

Se llaman así porque la suma de ellas determina el nivel de clasificación que corresponde al paciente que acude a solicitar los servicios de salud de la Institución en comento; en virtud de que el estudio socioeconómico está integrado por un sistema de puntos que tiene un valor máximo de 100, y mínimo de 0, y ellas son: 1) Ingreso (55%), 2) Ocupación (10%), 3) Egresos familiares (10%), 4) Vivienda (20%) y 5) Salud familiar (5%). (Diario Oficial de la Federación, 2013)

---

<sup>1</sup> Las variables Furtivas, fueron un hallazgo para la elaboración de este estudio, ya que se detectaron como elementos ajenos a las variables ponderadas y no ponderadas establecidas como las que se revisarían a través del estudio. Se denominaron Furtivas, porque furtivo, de acuerdo con la (Real Academia Española, Act. 2019), viene del lat. Furtivus y significa que se hace a escondidas. En este sentido estas variables se encontraban ocultas, secretas, disimuladas, tal y como el diccionario de sinónimos (Word-Windows) establece, para aquello que se develó como un elemento relevante para la construcción del DXs, que emergió como resultado del análisis realizado sobre los diagnósticos elaborados por esta muestra de TSS de manera azarosa.



VARIABLES E INDICADORES PARA CONSTRUIR EL DIAGNÓSTICO SOCIAL: CASO HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO. DATOS OBTENIDOS DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 2013. ELABORACIÓN: ALEJANDRA AGUILAR CAMPOS Y MA. DEL ROSARIO SILVA ARCINIEGA

Dentro del Estudio Socioeconómico del Hospital Infantil de México Federico Gómez las Variables Ponderadas se integran con diversos indicadores como se observa a continuación:

- 1) *Ingreso*, integrada con los siguientes indicadores: Ingreso mensual, Número de dependientes económicos, Relación ingreso-número de dependientes económicos
- 2) *Ocupación* del principal proveedor.
- 3) Egresos familiares, integrada con el siguiente indicador: Relación Ingreso-Egreso
- 4) *Vivienda*, integrada con los siguientes indicadores: Derechos de la vivienda, Tipo de vivienda, Número de dormitorios, Número de personas por dormitorio, Material de construcción de la vivienda, Servicios intradomiciliarios, Servicios públicos.
- 5) *Salud Familiar*, integrada con los siguientes indicadores: Tiempo de Atención Médica, Atención en otras instituciones de salud por algún otro problema de salud, Estado de Salud de la Familia, como se observa en la siguiente tabla.

**Tabla 3. Variables ponderadas del estudio socioeconómico**

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frecuencia (f)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ingreso 8.8%, 86 f	Ingreso mensual	53	5.4%
	Número de dependientes económicos	33	3.4%
	Relación ingreso-número de dependientes económicos	0	0%
Ocupación 9.3%, 91 f	Ocupación del principal proveedor	91	9.3%
Egresos familiares 0%	Relación Ingreso-Egreso	0	0%
Vivienda 15.3%, 148 f	Derechos reales de la vivienda	41	4.2%
	Tipo de vivienda	24	2.5%
	Número de dormitorios	10	1.0%
	Número de personas por dormitorio	8	0.8%
	Material de construcción de la vivienda	8	0.8%
	Servicios intradomiciliarios	30	3.1%
	Servicios públicos	27	2.8%
Salud 1.9%, 19 f	Tiempo de atención médica	8	0.8%
	Atención en otras instituciones de salud por algún otro problema de salud	0	0%
	Estado de salud de la familia	11	1.1%
Total		344	35.28

Fuente: Diagnóstico Social: Caso Hospital Infantil de México. Elaboración: Alejandra Aguilar Campos y Ma. del Rosario Silva Arciniega.

La moda de las variables ponderadas se ubicó en Ocupación del Proveedor Principal con el 9.3%, con 91 recurrencias, misma que determina la capacidad económica para acceder a Seguridad Social, vivienda, educación, bienes y servicios, entre otros, lo que implica que en la elaboración de los DXss es relevante la ocupación del proveedor principal, porque de ella depende la situación económica que prevalece en la familia.

## Variables no ponderadas

Son aquellas que se incluyen en el ESE aplicado en el HIMFG y que permiten conocer el contexto psicosocial en el que se desenvuelve el paciente y su familia para identificar las fortalezas y necesidades de la misma, con el objeto de apoyar la adherencia terapéutica y los procesos salud - enfermedad, que favorecen la recuperación de la salud de los pacientes, y no tienen valor para la designación de la clasificación socioeconómica, y éstas son:

- *Datos generales del paciente*, que se integra con los siguientes indicadores: Registro o folio institucional, Nombre del paciente, Fecha de nacimiento-edad del paciente, Institución de referencia, Sexo del paciente, Lugar de Nacimiento, (Delegación, Municipio, Estado), Lugar de atención del parto, Nacionalidad, Registro civil (acta de nacimiento), Ocupación del paciente, Lengua/Idioma, Religión, Escolaridad del paciente, Estado civil del paciente, Nombre de los padres, Escolaridad de los padres, Estado civil de los padres, Domicilio de procedencia, Teléfonos de contacto, Domicilio temporal
- *Estado de Salud Familiar*, integrada con los siguientes indicadores: Diagnóstico médico del paciente, Derechohabencia o beneficiario de servicios médicos, Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia.
- *Condiciones económicas y de trabajo*, integrada con los siguientes indicadores: Nombre y parentesco de quienes aportan al gasto familiar, Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad y Situación económica que incluye: déficit, superávit, equilibrio
- *Condiciones de la vivienda* integrada con los siguientes indicadores: Espacios que dispone la vivienda -sala, cocina, comedor, sanitario, patio-, Número de familias que habitan el predio, Zona de ubicación -urbana, suburbana, rural-.

**Tabla 4. Variables no ponderadas del estudio socioeconómico**

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Datos generales del paciente</i> 16.3%, 160 f	Registro o folio institucional	4	0.4%
	Nombre del paciente	0	0%
	Fecha de nacimiento-edad del paciente	18	1.8%
	Institución de referencia	12	1.2%
	Sexo del paciente	21	2.2%
	Lugar de Nacimiento (Delegación, Municipio, Estado)	0	0%
	Lugar de atención del parto	0	0%
	Nacionalidad	0	0%
	Registro civil (acta de nacimiento)	0	0%
	Ocupación del paciente	0	0%
	Lengua/Idioma	0	0%
	Religión	2	0.2%
	Escolaridad del paciente	5	0.5%
	Estado civil del paciente	0	0%
	Nombre de los padres	0	0%
	Escolaridad de los padres	13	1.3%
	Estado civil de los padres	20	2.1%
	Domicilio de procedencia	51	5.2%
Teléfonos de contacto	6	0.6%	
Domicilio temporal	8	0.8%	
Estado de Salud Familiar 1.1%, 11 f	Diagnóstico médico del paciente	11	1.1%
	Derechohabiente o beneficiario de servicios médicos	0	0%
	Limitaciones físicas o cognitivas del paciente o algún integrante de la familia	0	0%
Condiciones económicas y de trabajo 0%	Nombre y parentesco de quienes aportan al gasto familiar	0	0%
	Lugar donde labora el principal proveedor económico, horario y antigüedad	0	0%
	Situación económica (déficit, superávit, equilibrio)	0	0%
Condiciones de la vivienda 2.8%, 27 f	Espacios que dispone la vivienda (sala, cocina, comedor, sanitario, patio)	0	0%
	Número de familias que habitan el predio	0	0%
	Zona de ubicación (urbana, suburbana, rural)	27	2.8%
<b>Total</b>		<b>198</b>	<b>20.3</b>

Fuente: Diagnóstico Social: Caso Hospital Infantil de México. Elaboración: Alejandra Aguilar Campos y Ma. del Rosario Silva Arciniega.

De entre las variables no ponderadas, la moda se ubicó en Datos Generales específicamente en el indicador Domicilio de procedencia con el 5.2%, 51 recurrencias, revelando con ello el impacto que tiene la cercanía o lejanía con relación a la ubicación de las Instituciones de Salud, ya que la erogación por movilidad puede ser muy fuerte, y para quienes carecen de trabajo o un ingreso remunerador

los costos suelen complicar o impedir la posibilidad de que las personas puedan acceder a los servicios de salud, tal y como se observa en la tabla 2.

### **Variables Furtivas**

Son las que no apareciendo registradas en el cuerpo específico del Estudio Socioeconómico, se obtienen de la entrevista cuando se elabora el ESE, y que por experiencia del TS, se indagan para profundizar en el conocimiento del entorno familiar y sus redes sociales. Estas variables son:

- 1) *Familia*, que incluye los siguientes indicadores: Tipo de familia, Ciclo vital de la familia, Roles, Dinámica familiar, Canales de comunicación, Funcionalidad familiar, Edad de los padres, Violencia en la familia, Adicciones, Planificación familiar, Carencias.
- 2) *Redes de apoyo*, que incluye los siguientes indicadores: Redes de apoyo y Apoyos recibidos.
- 3) *Procesos administrativos institucionales*, que incluye los siguientes indicadores: Trámites administrativos, Solicitud de documentos e inducción hospitalaria, Observaciones del o la trabajadora social, Información del Seguro Popular, Lavado de manos y Donación sanguínea.

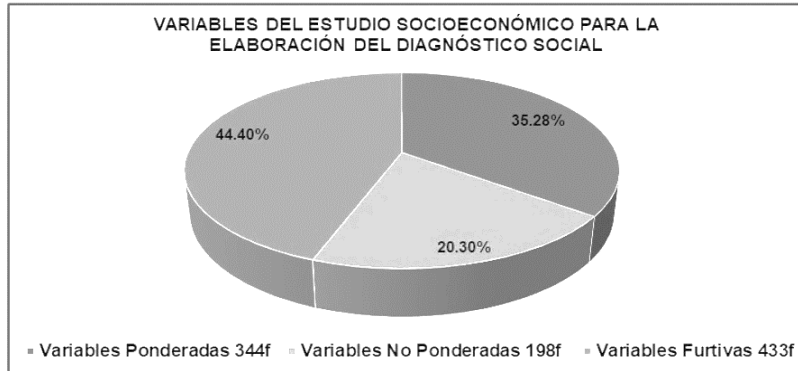
La moda de las Variables Furtivas fue para el indicador Tipo de Familia con un 9.7%, es decir 95 recurrencias; ubicándolo como el que más ocasiones fue nombrado de todos los indicadores contemplados por los TSs del HIMFG, y que paradójicamente no se encuentra en el cuerpo específico del ESE.

**Tabla 5. Variables Furtivas**

<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Familia 27.3%, 267 f	Tipo de Familia	95	9.7%
	Ciclo Vital de la Familia	61	6.3%
	Roles	34	3.5%
	Dinámica Familiar	25	2.6%
	Canales de Comunicación	19	1.9%
	Funcionalidad Familiar	15	1.5%
	Edad de los Padres	9	0.9%
	Violencia en la Familia	3	0.3%
	Adicciones	2	0.2%
	Planificación Familiar	2	0.2%
Carencias	2	0.2%	
Redes 3.2%, 31 f	Redes de Apoyo	25	2.6%
	Apoyos Recibidos	6	0.6%
Procesos administrativos institucionales 13.9%, 135 f	Trámites Administrativos	42	4.3%
	Solicitud de Documentos e Inducción Hospitalaria	31	3.2%
	Observaciones del o la Trabajadora Social	29	3.0%
	Información del Seguro Popular	22	2.3%
	Lavado de Manos	6	0.6%
Donación Sanguínea	5	0.5%	
Total		433	44.4

Fuente: Diagnóstico Social: Caso Hospital Infantil de México. Elaboración: Alejandra Aguilar Campos y Ma. del Rosario Silva Arciniega.

En el HIMFG, la aplicación del Estudio Socioeconómico es el cimiento en que se apoya la elaboración del DXs. Sin embargo, en los datos reportados anteriormente se observa la prevalencia de las Variables Furtivas, lo que revela el uso de la experiencia profesional de los trabajadores sociales analizando información no contenida en el ESE para profundizar en las necesidades y problemas del entorno familiar de los pacientes tal como se muestra en el siguiente gráfico.



Diagnóstico Social: Caso Hospital Infantil de México  
 Elaboración: Alejandra Aguilar Campos y Ma. del Rosario Silva Arciniega.

## Conclusión

Este estudio permitió identificar las variables e indicadores del Estudio Socioeconómico con las que elaboran el diagnóstico social los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez, encontrando tres tipos de variables: Ponderadas, No ponderadas y Furtivas. Las dos primeras contenidas en el cuerpo específico del instrumento, y las últimas obtenidas con base en la experiencia profesional sin que se encuentren manifiestas en el ESE, y que forman parte de otros instrumentos en la Institución, como el Informe Social en donde se amplía información de la familia, así como observaciones del profesional de trabajo social, cabe mencionar que este instrumento en ocasiones se realiza en paralelo con la entrevista del ESE.

Se encontró que en las variables ponderadas la ocupación es la de mayor recurrencia debido a que de ella depende la capacidad económica y acceso a los bienes y servicios de los que puede carecer o disfrutar la familia. En cuanto a las variables no ponderadas destaca el domicilio de procedencia por el impacto que genera la distancia que se recorre para acceder a los servicios de salud, lo que a su vez se relaciona con la erogación económica en gastos de bolsillo repercutiendo en la economía familiar. Y con mayor peso se encuentran las variables furtivas representadas por la familia revelando la importancia del conocimiento del entorno familiar en que se desen-

vuelven los pacientes y que aunado a las variables anteriores generan un amplio conocimiento de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolla un paciente.

El hallazgo de la utilización de las Variables Furtivas, como las más utilizadas en la elaboración del diagnóstico social sustenta la necesidad de reincorporarlas al cuerpo específico del estudio socioeconómico para enriquecerlo, permitiendo igualar la información de la situación socioeconómica del paciente y su familia para ser plasmado en el Diagnóstico Social, sin que ello afecte a lo establecido en el Diario Oficial de la Federación para la asignación de Nivel.

En conclusión, el Diagnóstico Social como construcción básica para la práctica profesional del trabajador social de los Institutos Nacionales de Salud en México, como el Hospital Infantil de México Federico Gómez requiere ser retomado con la especificidad de los procesos metodológicos de la profesión y ser presentado con base en el análisis de necesidades, problemas y recursos socioeconómicos, con el fin de establecer estrategias de intervención que favorezcan la adherencia terapéutica en los procesos salud-enfermedad.

## Referencias

- Diario Oficial de la Federación, D. (27 de 05 de 2013). *ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud*. Obtenido de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013)
- Diáz Herraíz, E. F. (2013). *Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas*. Cuadernos de Trabajo Social, 26-2. Obtenido de [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n)

- ENTS-UNAM, E. N. (2009). *Escuela Nacional de Trabajo Social*.  
Obtenido de <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>
- Guía técnica de instrumentos del Departamento de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez.* (2016).
- Martín Muñoz, M. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. (C. Vasco, Ed.) España: Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca. Obtenido de [https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual\\_de\\_indicadores\\_para\\_el\\_diagnostico\\_social.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual_de_indicadores_para_el_diagnostico_social.pdf)
- Real Academia Española. (Act. 2019). (Edición Tricentenario). Obtenido de <https://dle.rae.es/furtivo>
- Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social*. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000062.pdf>
- Silva Arciniega Maria del Rosario, B. C. (2015). *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico*. México: DGAPA UNAM.
- Word-Windows, D. d. (s.f.).

# **Dimensiones del diagnóstico social: Un abordaje sobre los cuidados y crianza, para la intervención con familias al cuidado de la madre**

María del Carmen Pérez Guillen  
*Colegio de Trabajadores Sociales del Estado de Tabasco*  
Ruth Lomeli Gutiérrez  
Nora Hilda Fuentes León  
Universidad Veracruzana

## **Introducción**

La presente comunicación, tiene como intención, ilustrar el proceso de la intervención profesional en el momento de la construcción del diagnóstico social, con un grupo de mujeres, dedicadas al cuidado y crianza de sus hijos/as, se trata de una experiencia colaborativa con una integrante del Colegio de Trabajadores Sociales del Estado de Tabasco, y académicas de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Veracruzana, quienes a través de la vinculación universitaria, retroalimentan la experiencia docente con las realidades del contexto regional. En su desarrollo, se expone el posicionamiento de las autoras en relación con la familia en lo singular y en lo plural, la importancia de focalizar su quehacer, y, desde luego la insistencia de dimensionar su existencia hacia el interior, de acuerdo con su naturaleza como grupo primario. Otro aspecto de su contenido es la presentación de los resultados logrados a través de la aplicación del cuestionario de relaciones parentales (Parent Child Relationship Inventor y (PeRI; Gerard, 1994), una adaptación al castellano citado

por Roa, L., Capilla, V. (2001), el cual permitió describir las prácticas estimadas por las madres en torno a la disciplina, compromiso, autonomía, distribución de los roles, deseabilidad social, la identificación de las dificultades y predisposiciones, en su conjunto analizadas como aprendizajes construidos socialmente y que en un momento dado pueden afectar un sentir propio de las madres, en relación al cuidado y la crianza de sus hijos/as y con ello contrarrestar resultados positivos.

## **Planteamiento de la investigación**

El Trabajo Social, como disciplina con carácter multidimensional en el campo del conocimiento social, tiene como centro de atención y estudio, el comportamiento humano, y sus múltiples manifestaciones, así como las formas de relacionarse y vincularse. En este sentido los procesos de formación capacitan al profesional para la aplicación de las metodologías de la investigación, con enfoque cuantitativo y cualitativo, así como para la aplicación de técnicas y herramientas que favorezcan a la explicación (en términos de causa efecto) de los comportamientos y/o la comprensión de estos. En el trabajo social y desde el trabajo social, la investigación se reconoce como un proceso inicial y como tal, un proceso que sustenta el hacer cuya intencionalidad es el abordaje de los diversos problemas y necesidades desde una praxis y de los sujetos que hacen posibles estas situaciones.

Lo interesante del Trabajo Social, en el posicionamiento de quienes escriben este texto, es que ofrece dos disyuntivas a veces yuxtapuestas y otras convergentes, por la forma en que posiblemente interpretamos a los diversos autores, entre referirla como disciplina o profesión.

**Tabla 1. Disyuntivas del Trabajo Social**

<b>Componentes</b>	<b>Profesión</b>	<b>Disciplina</b>
Ontológico	Problemas y necesidades dados por las dimensiones de una estructura o derivados de una causa	Percepción de una realidad construida o una realidad dada
Epistemológicos	Principios orientadores para el saber hacer	Principios para reconstruir el saber sobre el hacer
Metodológicos para la investigación social	Con intencionalidad diagnóstica	Con intencionalidad explicar las recurrencias, componentes, y esencia de la familia.
Axiológicos	Orienta la relación con los sujetos en el hacer	Orientan la relación del científico con el objeto-sujeto de conocimiento
Saberes	Certificados	Arbitrados

Fuente: Creación propia, 2020.

Sin duda alguna, lo expuesto da pauta a procesos de reflexión, análisis y discusión profunda, sin embargo, para el caso del tema planteado, se identifica como el contexto y punto de partida, para exponer la utilización consciente e intencionada de la construcción de un diagnóstico social, referido al estudio sobre los cuidados y crianza, una aproximación a la articulación del trabajo social como profesión y como disciplina en el tema de familia.

En este contexto es importante señalar y reconocer, que la investigación orienta al trabajo social, bajo principios epistemológicos, teóricos y metodológicos que contribuyen al análisis de las realidades empíricas, esta condición genera en el profesional la decisión de desarrollar de manera consciente y deliberada un posicionamiento político, ideológico, y hasta ontológico. En palabras de (Dunque, 2018, p. 29)

“El trabajo social asume la investigación como un proceso racional y sistemático de búsqueda y producción de conocimiento acerca de la realidad social, que le permite su comprensión e interpretación; se organiza a demás en torno a problemas de conocimiento, en otras palabras, es una práctica mediante la cual se producen procesos científicos u objetivos cuya finalidad es empujar la frontera del conocimiento con la prospectiva de explicar

y comprender la realidad mediante procedimientos sistemáticos y con pretensiones de validez”.

Si bien, como disciplina el trabajo social tiene la intención construir conocimiento sobre la intervención en realidades particulares, también dentro de este proceso tiene la intencionalidad de investigar para la generación de acciones y actividades en congruencia con la mirada en que se ha estudiado y construido la situación – problema, ya que esto, contribuirá a los procesos de cambio en la vida de las personas estudiadas.

De manera particular y centrando la atención en el tema de la familia en general y en particular de los cuidados y, crianza de los hijos, se puede decir que la temática denota una serie de condiciones y elementos que permitan el desarrollo de su estudio. Por lo que en primer momento es importante aludir al posicionamiento que tienen las autoras respecto a la categoría familia.

- En términos de su naturaleza, la familia representa un grupo social, sustantivo, básico para la sociedad, en el sentido que educa y contribuye al desarrollo de personalidades para su convivencia, organización y reproducción social.
- Es un grupo que ha sido utilizado políticamente para la compra de votos, a través de los programas sociales, cuya naturaleza responde a la atención de las necesidades básicas humanas y no a las necesidades que la familia como grupo responsable de la formación de la personalidad de sus miembros, pudiera representar.
- Se reconoce una dualidad en la familia, en el sentido singular, representa teóricamente una categoría de estudio y empíricamente le damos un sentido plural, ya que cada grupo, con su historia y estructura, representa una manifestación de sus problemas y necesidades de manera concreta, sin embargo, es importante señalar que las prácticas ejercitadas para el cumplimiento de tarea como grupo, representan una condición social sustantiva en ambos casos.
- Pensar en estudiar y desarrollar diagnóstico social para la intervención con familias representa la construcción de un proceso de objetivación de las subjetividades bajo las cuales se

han caracterizado sus prácticas de crianza, y, captar las inter-subjetividades, bajo las cuales estas prácticas se legitiman y comparten.

En un orden conceptual, se reconoce a la familia como:

“El grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socio-económica, que aún sin convivir físicamente, comparten necesidades psico-emocionales y materiales, objetivos e intereses comunes de desarrollo, desde distintos aspectos cuya prioridad y dinámica pertenecen a su libre albedrío: psicológico, social, cultural, biológico, económico y legal”. (Oliva y Villa, 2014, p.17)

El vínculo profesional con este concepto, de entrada, permite articular el posicionamiento de las autoras, con este sentido de exponerla como un grupo de dos o más personas, no dice quiénes, por lo que se podría interpretar que hace alusión a las diversas formas que acogen en la realidad empírica las diversas familias, aclarando nuevamente que lo plural hace alusión a la naturaleza histórica y cultural, bajo las cuales se han construido.

En otra dimensión, el hogar ya no representa ese contexto único, de la coexistencia en lo espiritual, la construcción de hábitos, normas y legitimaciones, sin embargo, los miembros comparten necesidades y se agrega a esta definición, los satisfactores que aportan o afectan en la construcción de la personalidad de sus miembros.

Si bien la familia, ha representado un grupo de estudio prioritario para el Trabajo Social, su importancia como grupo primario en la sociedad, radica en el sentido de ser, la iniciadora en el proceso del desarrollo de la personalidad de los hijos, a través de diversas funciones como, la educación, la socialización, el cuidado, en términos generales, la crianza. Para el equipo de investigadoras, la familia significa un grupo de personas, que comparten o no el espacio hogar y en su conjunto hacen posible la reproducción biológica y social, más allá de la estructura que representa por lo que adopta el significado de Oliva y Villa.

*Objetivos.* En este sentido, sin pretender una contribución a la estigmatización de las familias con un solo progenitor o progenitora, y, aportar desde el hacer con un proceso de intervención que contribuya a fortalecer el trabajo de las mujeres en esta tarea cotidiana, el interés se torna en describir cómo es que las mujeres enfrentan y estiman el ejercicio de la crianza en solitario, así como describir los fundamentos bajo los cuales se construyó el diagnóstico. Se parte del principio de que el Trabajo Social con familias, “promueve y pone en movimiento diferentes capacidades y potencias personales, así como aspectos valiosos del ser humano” (Calvo,2014, p. 20)

Ante esto se puede decir que en el marco de las intencionalidades este diagnóstico ha permitido, analizar y exponer las dificultades y satisfacción que experimentan las madres de hogares monoparentales para cumplir con sus responsabilidades en la crianza y educación de sus hijos e hijas, así como caracterizar las prácticas de crianza y las relaciones de las madres con sus hijos (as) en términos de comunicación, autonomía, disciplina y distribución de roles.

## **Marco teórico**

De acuerdo con los principales resultados de la Encuesta Nacional de los Hogares (2017) en México, del total de los hogares el 88.6%, responden a los hogares familiares, estos hogares aluden, a la relación de al menos de uno de los integrantes con el jefe o jefa del hogar, y un 11.4% representa a los hogares no familiares, lo que indica que ningún miembro tienen un vínculo con el jefe o jefa del hogar. Es importante señalar que, de acuerdo con estos resultados, los hogares representados por un jefe, el 91.4% son hogares familiares, y, 8.6% son no familiares, en el caso de los hogares con jefatura femenina, se puede observar que los hogares familiares figuran con un 81.6% y los no familiares con un 18.4%, de manera particular se puede decir que en el 2017 representaban el 28.9%. Siguiendo los resultados de la misma encuesta resulta que en termino de los hogares biparental, conformado por el jefe(a), cónyuge e hijos, y puede o no haber otros integrantes, en el estado de Tabasco, representa el 54.8%. Bajo este perfil se decidió abordar como unidad de análisis

a mujeres que, en su condición de representante de los hogares, desempeñaban el cuidado de los hijos.

La definición del punto de partida ha sido determinante para este trabajo, por lo que se alude a tener presente que en Trabajo Social se busca conocer para actuar en palabras de Martínez y Agüero:

“La construcción del objeto desde una perspectiva multidimensional tampoco es una tarea sencilla. No es una tarea técnica, sino más bien una difícil labor científica que requiere de mucha imaginación y artesanía, de mucho oficio, y de una amplia formación teórico-metodológica para poder abordar con alguna posibilidad de éxito el duro oficio de abordar la realidad social como objeto del trabajo social”. (Martínez y Agüero, 2008, p. 107)

Particularmente al referirnos a la familia como objeto de intervención, es uno de los retos para el trabajo social. Sobre todo, cuando se ha abordado, evaluando e interviniendo con una mirada contraria o lo social, es decir, como fenómeno y no como una construcción humana, identificando con ello, más los aspectos negativos y “disfuncionales” que los positivos y las formas particulares de existencia.

Por lo que estudiar con miras de intervención a la familia, es necesario identificar que se está bajo la tarea de hablar de una práctica y de la construcción de conocimiento de este quehacer, a través de recrear las teorías, propias, las que han sido parte en la formación profesional enraizadas en las ciencias sociales y las humanidades, así como observar las leyes protectoras para este grupo social con miras a la atención de necesidades concretas del grupo como tal, en este contexto, la mirada teórica se articula a la familia como unidad de análisis, crianza y cuidado, como variables focalizadas.

Estudios como el realizado como Triana, Ávila y Malagón (2010), denominado Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyaca, a partir de un autodiagnóstico, realizado a través de mesas de trabajo y talleres, orientados por las categorías propuestas por la Organización Panamericana de la Salud, revela que los patrones de crianza y el cuidado son parte esencial de los procesos de socialización. Sin duda alguna, esta tarea ha recaído con mayor significación a las madres en particular y en general a las mujeres, sobre todo

con la incorporación cada vez más recurrente de las madres al mercado laboral, lo que ha permitido observar en la construcción de redes de apoyo, solidarias o pagadas, la presencia de las mujeres en este tipo de actividades, sin embargo, la familia no ha dejado de ser el grupo responsables directo del cuidado y la crianza, los autores mencionan:

“La crianza consiste en prácticas que están ancladas en patrones y creencias culturales. Puesto que los términos más sencillos, los dadores de cuidados tienen una serie de prácticas/actividades que están disponibles para ellos. Estas han sido derivadas de patrones culturales, de ideas de los que debería hacerse, y constituyen las prácticas aceptadas o normas. Éstas, a su vez, están basadas en creencias acerca de por qué una práctica es mejor que otra”. (Triana, Ávila y Malagón, 2010, p. 937)

De acuerdo con estos autores, la crianza y el cuidado están determinados fuertemente más por un marco cultural, representado por las creencias, las experiencias de los cuidadores, así como la asignación hecha a las mujeres que como la progenitora y por “naturaleza” es la indicada para el cuidado y crianza, en un contexto donde la racionalidad lógica domina y es determinante, sobre el requerimiento del desarrollo de capacidades para el desarrollo de esta tarea.

En términos de cuidado cabe mencionar las aportaciones Jerullo, quien se ha dedicado al estudio de esta categoría, y quien en su investigación: La crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos de pobreza urbana persistente, expone que tiene un carácter incipiente. En su revisión son recuperables las diversas formas en la que hace alusión a esta categoría refiriendo:

“Resulta dificultoso expresar, a partir de la bibliografía revisada, una noción delimitada o restringida de cuidado. En tanto los distintos autores y autoras combinan el concepto de cuidado con otros conceptos -por ejemplo: prácticas de cuidado, relaciones de cuidado, régimen de cuidado, trabajo de cuidado, responsabilidad de cuidado, provisión de cuidado, organización social del cuidado, arreglos de provisión del cuidado, ética del cuidado, etc. Si bien las distintas concepciones presentan sentidos y énfasis distintos, en la mayoría de las oportunidades son usadas a manera de sinónimos”. (Jerullo, 2015, p. 637)

Estas revisiones dan cuenta, de las dimensiones en que esta variable, cuidado representa para los estudiosos de la familia una serie de acciones continuas que llegan hacer interiorizadas, como modelos propios de los cuidadores, el cuidado como elemento que genera el desarrollo de relaciones con otras personas, lo cual resulta una percepción de quienes escriben una capacidad gestora para la construcción de redes de apoyo importantes, en lo general en situaciones cuando los dos progenitores se encuentran en el campo laboral y en particular cuando se trata de un solo progenitor al cuidado de los niños.

En otra dimensión, se puede identificar lo relacionado al sistema de normas y formas en que se lleva a cabo el cuidado, lo que en lo general permiten estas aportaciones, es comprender que el cuidado de los niños y niñas no es una práctica sencilla, requiere de reconocer, que detrás de esta acción, hay una serie de aspectos que de manera consciente tendrían que estar en las mentes de todo cuidador, como son principios axiológicos centrados en la responsabilidad, además de la muy conocida manutención.

Sin duda alguna cuando se habla de intervención con las familias la crianza y cuidado, son dos dimensiones articuladas y sustantivas que conllevan de manera focalizada como variables de estudio, por un lado, de acuerdo con Varela, Chinchilla, Murad (2015), “La crianza es un aspecto en la realidad, permite comprender las realidades socioculturales diversas, las representaciones simbólicas, las creencias, los patrones, los hábitos, las pautas, las normas y los sistemas o prácticas de crianza”. (p.97), y, por otro lado, porque aún se piensa que “las mujeres son las que tienen los conocimientos y habilidades para cuidar y que el rol principal de los hombres es mantener económicamente a sus familias” (Herrera, Aguayo, Goldsmith 2018, p.8)

## **Abordaje metodológico**

La naturaleza de este diagnóstico es completamente cuantitativa, y por la temporalidad en la recogida de datos resulta transversal. La población de estudio está integrada por un grupo de jefas de familias, que representan la autoridad, el cuidado, la toma de decisiones

en el ámbito de la unidad doméstica, y, que acuden al servicio médico del Centro de Salud de la Colonia El Espejo 1 de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, logrando la participación de un total de 32 madres de familias que crían hijos e hijas solas y que mostraron conformidad de ser informantes.

El instrumento utilizado ha sido una adaptación española del Cuestionario de Crianza Parental PCRI; (Gerard, 1994), “El instrumento mide las actitudes de los padres hacia la crianza de los hijos. El PCRI-M consta de 78 ítems distribuidos en 8 escalas: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución del rol, y deseabilidad social” (Roa y Del Barrio, 2001, p.229). Es recomendado para ser suministrado tanto a padres e hijos. Sin embargo, para este proceso solo les aplicó a las madres y se adaptaron algunas palabras, para orientarlo a una mirada propia de las personas estudiadas.

Si bien el cuestionario identifica aspectos específicos de las relaciones padres-hijo, para este caso ha sido útil para la identificación de dificultades, debilidades y prescripciones sociales sobre el cuidado de los hijos/as, en este sentido en su construcción el cuestionario apoya a la identificación de lo que ser causa de problemas y proporciona un marco de la calidad de las relaciones en la familia y es recomendado para ser suministrado tanto a padres e hijos. Para este proceso solo les ha sido aplicado a las madres y se han modificado algunas palabras para adaptarlo a una mirada propia.

El análisis se ha considerado de suma importancia poner atención a las actitudes y valoraciones de las madres sobre la crianza de sus hijos/as y compararla con el valor a la manutención, dado que el ejercicio del cuidado también incluye aspectos emocionales, convivencia, socialización y comunicación y que en términos de habilidades favorecen el desarrollo de las capacidades de los miembros del grupo.

## **Manifestaciones del ejercicio de la crianza y cuidado en familias a cargo de la madre**

El punto de partida para la exposición de los resultados encontrados inicia con aquellas variables que se han identificado como sustantivas para su atención, en este sentido se puede decir que en torno a las ocupaciones de las madres se encuentra que el 56.6% trabaja fuera del hogar y el 44.4%, refiere realizar actividades desde sus hogares, es importante agregar que, en su totalidad, se trata de ocupaciones de carácter informal, por lo que no logran alcanzar seguridad social.

Otro aspecto interesante tiene que ver con la seguridad de vivienda en este grupo de madres, un 93.8% no cuenta con la propiedad. Esta condición sin duda alguna se convierte en un componente adverso, ya que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS):

La vivienda saludable es un espacio de residencia que promueve la salud cumpliendo con las siguientes condiciones fundamentales: Tenencia y ubicación segura, estructura adecuada, espacios suficientes, acceso a los servicios básicos, muebles y utensilios domésticos y bienes de consumo seguros, entorno y uso adecuados de la vivienda. (OPS, 2005)

Si sumamos la falta de propiedad, las condiciones de construcción de las viviendas se pueden decir que el 68.8% habita en casas hechas con ladrillo, el 21.1% están hechas con láminas de zinc, sin embargo, aun cuando hay un porcentaje importante de casas construidas con ladrillo, en la variable espacios de la vivienda, se observa que el 46.9%, se observan de uno a dos espacios. El 46.9% se caracteriza por tener solo una recámara. Sin duda alguna los espacios son aspectos detonadores en las relaciones entre los miembros de una familia y sus formas particulares de subsistencia en general y en particular un caso de salud.

En cuanto a la capacidad de sustento alimentario, se ha encontrado que en las familias estudiadas hay dificultades importantes, ya que el 68.8% refiere comer dos veces al día y el 90.6% afirma que les ha faltado dinero para comprar la comida, el 31.3% identifica

como razón, que el dinero no les alcanza para comprar la comida, un 43.8% recurre a compras en el mercado solo una vez.

En términos de la satisfacción que presentan las madres en cuanto variables relacionadas a la atención de necesidades básicas, como la educación, salud, vestimenta, vivienda y alimentación, se ha identificado que la mayor satisfacción representada por un 51.03% de las madres, se encuentra en la educación formal básica, en un segundo orden, aun cuando a la atención a la salud implica tener acceso a la educación para la salud, a los servicios de básicos que incluye el servicio médico y tener miembros libre de enfermedades el 35.95%, se encuentra satisfecha. Con respecto a la vivienda en términos del número de comportamientos, el material de construcción, el sentido de protección que da a sus miembros, el 21.9% refiere sentirse satisfecha. En cuanto a la vestimenta y la forma de obtenerla, solo el 17.2% refiere estar satisfecha. En relación con la alimentación referida a los productos y número de productos que logran adquirir solo el 12.55% refiere estar satisfecha. Como puede observarse en términos de la manutención, la generalidad de las madres, se encuentran insatisfechas de manera significativa.

En términos de las variables que determinan las condiciones en que las mujeres hacen posible la crianza y cuidado de sus hijos/as, se ha encontrado en la escala de apoyo en el ejercicio de la crianza que el 71.9% de estas madres, se sienten solas en la crianza de sus hijo/a, sin embargo, es importante mencionar que pese a esta situación un 81.3% disfruta mucho de todos los aspectos de la vida. Otro indicador identificado es que el 53.2% está en desacuerdo y totalmente en desacuerdo de llevar una vida estresada, y un 68.8% refiere estar satisfecha con la vida que lleva en la actualidad.

Entre las dificultades se encuentran la preocupación por el dinero, para 90.6%, así como alguna vez preguntarse, si ha tomado las decisiones correctas de cómo sacar adelante a su hijo/a. Otro aspecto relevante es que el 68.9% algunas veces se siente agobiada por sus responsabilidades de madre. En cuanto a la disciplina, en este aspecto el 59.4% de las madres, admiten en tener problemas para imponer disciplina a su hijo/a. El 65.6% amenaza al hijo/a con castigarlo, pero no lo hace. El 46.9% de las madres, manifiestan que su hijo/a, es difícil de educar. Otro síntoma de la falta de capacidad de las madres para el ejercicio de la disciplina es lo relacionado a poder

decir “no” a su hijo/a, en un 65.7%. Llama la atención que el 96.9% coinciden en señalar que sus hijo/a, saben que cosas pueden enfadarlas.

Los resultados derivados del ejercicio de la disciplina aluden a una dificultad que presentan las madres, sin duda alguna, está relacionada con las creencias en torno al significado que ha construido respecto a este concepto, de acuerdo con (Siegel y Payne, 2015, p.14) “la palabra disciplina procede directamente del latín disciplina, que se utilizaba en el siglo XI con referencia a enseñar, aprender y dar instrucciones”, por lo que en su origen se alude a un significado cuyas implicaciones inciden en orientar sobre las conductas positivas, por lo que, en este sentido, las madres podrían incidir en enseñanzas que fortalezcan las habilidades sociales y con ello también su personalidad, sin embargo, se observa en términos generales, prácticas como bien se ilustra en la tabla 2.

**Tabla 2. Prácticas en torno a la disciplina**

<b>Dificultades</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Acciones contrarias</b>	<b>Expectativas</b>
Para imponer disciplina al hijo/a. Hijo/a pierde el control muchas veces. Perder la paciencia	Conseguir algo del hijo/a Educar que la mayoría de otros niños/as. Decir "no" al hijo/a. Amenazo con castigarle, pero nunca hacerlo.	Ceder en algunas cosas para evitar una rabieta Conocer que su hijo/a identifica cosas pueden enfadarla. Personas referir que su hijo/a está muy mimado	Poder poner límites Que el hijo/a no interrumpa cuando hablo con otros

Fuente: creación propia, 2020.

Considerando las respuestas de muy de acuerdo y de acuerdo, se puede observar que el 50.96%, tiene problemas para imponer disciplina a su hijo/a, un 40.7%, refiere que el hijo/a pierde el control muchas veces, y un 56.3%, a menudo pierde la paciencia con su hijo/a. En términos de las dificultades el 53.2%, le cuesta conseguir algo de su hijo/a, el 46.9%, refiere que su hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños/as, el 65.7% algunas veces le cuesta decir no a su hijo/a.

Se ha podido identificar que entre las acciones contrarias al cuidado y crianza que el 59.4%, estima ceder en algunas cosas con su hijo/a para evitar una rabieta, el 96.9% refiere que su hijo/a sabe que

cosas pueden enfadar, el 50.1% señala que algunas personas le dicen que su hijo/a está muy mimado. Entre los aspectos que desearían las madres en torno a su relación con sus hijos/as, están presente que el 71.9%, desearía poder poner límites a su hijo/a, el 68.8% le gustaría que su hijo/a no interrumpiera cuando habla con otros.

Respecto a la comunicación es posible identificar aquellas situaciones que hacen alusión a la relación entre el hijo/a y la madre, como el hecho de que su hijo/a generalmente le diga cuando está molesto estimado por un 90.7%, que el hijo/a le cuente sobre sus amigos un 84.4%, manifiesta que su hijo/a puede estar seguro que ella lo escucha en un 90.6%, y el 90.6%, refiere que cuando su hijo/a tiene generalmente un problema se lo comenta.

Entre las variables que dan cuenta entre las formas en que se comunica las madres refieren en un 96.9%, que, si tienen que decir no a su hijo/a, le explican por qué, el 81.2% de las madres consideran que es mejor razonar con los niños que decirles lo que deben de hacer. En cuanto a la expresión del sentir, las madres refieren en un 90.7%, saber por la expresión del rostro de su hijo puede decir cómo se siente, así como referir 84.4% sentirse normalmente bien como madre. Entre las creencias el 68.7% manifiesta el poder hablar con su hijo/a su mismo nivel.

En la variable satisfacción de las madres en el cumplimiento del cuidado y la crianza se puede observar que el 96.9%, considera que ser madre es una de las cosas más importantes de mi vida, un 87.6% que sus hijos/as le proporcionan grandes satisfacciones, las madres consideran estar tan satisfecha de sus hijos/as como otros padres en un 87.5%. Entre las variables que contrarrestan estas estimaciones de la satisfacción, se identifica que un 56.2% considera que sus sentimientos acerca de la maternidad cambian de día en día y con un 56.3%, a menudo se pregunta qué ventaja tiene criar hijos/os, en un 50.1% se pregunta, si hizo bien en tener hijos, es importante señalar que a pesar de los porcentajes positivos en torno a la satisfacción el 34.4% manifiesta que el ser madre no le satisface tanto como pensaba. Pese a estas condiciones el 84.4% refiere estar en desacuerdo y desacuerdo total a la afirmación “me arrepiento de haber tenido hijos/as”.

En la variable compromiso en el cuidado y la crianza, las madres se han podido identificar, algunas dificultades, ejercicio de acciones

contrarias al compromiso y la selección de situaciones que tienen que ver con las construcciones sociales sobre esta actitud o posiblemente desde otra perspectiva, con las convicciones axiológicas, en torno a ser padre y madre.

Entre las dificultades se encuentra que un 65.2%, no sabe cómo hablar con su hijo/a para que la comprenda, en un 96.4% el pensar algunas veces cómo sobrevivir si le pasa algo a su hijo/a. Pudiera decirse que una acción contraria de las madres al compromiso en referir un 96.9%, que quiere a su hijo/a como es, considerando que hay respuestas muy significativas, respecto a que las personas le dicen que su hijo/a es mimado, que su hijo/a solo habla con ella cuando algo, o el hecho creer que hay un distanciamiento entre el hijo/a y ella.

Entre lo podría exponerse como las construcción social del compromiso de ser padre o madre se observan los siguientes valores identificados como relevantes: un 93.8% estima que es responsabilidad de las madres proteger a sus hijos/as del peligro, un 93.8% cree que conocer bien a mi hijo/a, un 93.8% refiere que la maternidad es una cosa natural en ella, 81.2% se siente muy cerca de mi hijo/a, el 75% estima que se preocupa por los deportes y por otras actividades de su hijo/a, y por último el 62.5%, está en desacuerdo y totalmente en desacuerdo en la afirmación “empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a.

Se pudiera decir que el desarrollo de la autonomía representa un de los retos más significativos de la sociedad en general, y en particular para las familias, muchos de los aprendizajes de la familia sobre su actuar, han sido integrados por el contexto cultural, social, económico e históricos, por su naturaleza social, ha estado sujeta como grupo a todas estas afirmaciones de lo que debe ser y no de lo que decida ser, al respecto:

“La familia es la primera instancia de orden social que conforma las relaciones de poder, el poder se normaliza, se naturaliza y el control se define de manera sutil o directa por medio de castigos, miedos, culpas, responsabilidades, llegando a interiorizarse, “naturalizarse” como conductas adecuadas a la situación social. Este tipo de poder/autoridad no acepta ni permite críticas, comentarios, dudas. Se impone y reproduce de manera directa y absoluta”. (Chávez, 2017, p. 187)

En este contexto, ilustrado por Chávez, es comprensible que en las prácticas de cuidado y crianza de las madres estudiadas, conlleven a identificar este sentido de protección en sus hijos/as, como por ejemplo, el 81.2% de las madres coincide que los hijos/as, deben ser protegidos de aquellas cosas que los hagan infelices, un 68.8% está, muy de acuerdo y acuerdo con que los padres y madres deberían dar a sus hijos/as todo lo que ellos/as no tuvieron, 68.8% consideran que los padres y madres deberían cuidar que clase de amigos tienen sus hijos.

Otro aspecto relevante encontrado, es las propias limitaciones que las madres anteponen en el desarrollo de la personalidad autónoma de su hijo/a, el 65.7% de las madres estima que los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas y el 75% le cuesta mucho dar independencia a mi hijo. La escala de distribución de roles particularmente para este estudio ha resultado de suma importancia dado que interesa identificar a la vez aquellas actitudes asumidas por las madres jefas de familia en la reproducción de las formas de actuar de acuerdo con la condición de género.

Se puede valorar que al considerar la suma de las opciones muy de acuerdo y de acuerdo: las madres reconocen la capacidad de poder emprender una carrera y desarrollar el rol materno con un 96.9%, el 87.5%, semeja la importancia que las madres dan al tener una carrera como ser buena madre. Sin embargo, con un 87.5% considera que para el niño/a es mejor que una madre se dedique de tiempo completo, el 81.3% estima que la mayor responsabilidad del padre o madre sea la seguridad económica, el 59.4% refiere que las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos/as, y el 53.1% mencionan que las madres solo deben trabajar en caso de necesidad.

En su conjunto los problemas, dificultades y pensamientos de las madres en términos de su actuar, respecto a la crianza y cuidado de sus hijos, siguiendo con las contribuciones realizadas por Chávez (2018) y los resultados logrados, sin duda alguna la familia en términos generales “Actúa como intermediaria entre el individuo y la sociedad, es la institución donde se aprenden los papeles y se establecen los vínculos sociales para la reproducción y para la convivencia de hombres y mujeres desde su identidad de género”. (p. 191)

Sobre todo, en estas disyuntivas donde las madres en estudio muestran acciones positivas y negativas en relación con los roles de género, la lucha entre lo naturalizado respecto al deber ser, socialmente impuesto vs los derechos que detonan la igual de oportunidades.

Los resultados de las escala de deseabilidad social, muestran que el 53.1% está en desacuerdo y en total desacuerdo que su hijo/a nunca tenga celos, así como en un 84.4% nunca preocuparse por su hijo/a, un 53.2%, estima en desacuerdo y en total desacuerdo a la afirmación “nunca me he sentido molesta por lo que mi hijo/a dice o hace, un 56.3%, reconoce estar de acuerdo y muy de acuerdo que su hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer, sin embargo el resto de las madres menor al 50% reconoce que los hijos aplaza lo que tiene que hacer.

## **Resultados**

Los datos obtenidos, permiten dar cuenta que, en el grupo estudiado hay dificultades y debilidades que pueden ser atendidas desde el trabajo social, a través de un proceso de capacitación y educación social a las madres, de entrada, es importante mencionar que aun cuando se observa un porcentaje significativo de madres insatisfechas con los recursos que puede dar a sus hijos/as en términos de educación, salud, vestimenta y alimentación, en términos de la crianza, se ha podido identificar que las madres disfrutaban mucho de todos los aspectos de la vida y refieren estar satisfecha con la vida que lleva en la actualidad.

Sin embargo, entre las dificultades identificadas, se encuentran la preocupación por el dinero, respecto a la crianza y el cuidado se han encontrado problemas para imponer disciplina a su hijo/a, le cuesta trabajo decir no a su hijo/a y le cuesta conseguir algo, sin duda alguna llama la atención el hecho de que las madres tengan que ceder en alguna cosa con su hijo/a para evitar una rabieta, y referir que su hijo/a, sabe que cosas pueden enfadar. Sin duda alguna esta situación demanda fortalecer las habilidades para la construcción de reglas y el ejercicio de la autoridad en las madres, sobre todo cuando son las madres que expresan que les gustaría poder poner límites a su hijo/a.

Un aspecto importante que permite articular las prácticas de la comunicación madre-hijo/a con la disciplina tiene que ver con las contradicciones en las estimaciones de las madres, cuando refieren que si tienen que decir no a su hijo/a, les explican el por qué, sin embargo como se ha escrito en el párrafo de arriba, las madres mencionan que tienen que ceder para evitar rabietas, también aluden a que es mejor razonar con los niños que decirles lo que tienen que hacer, sin embargo no logran cosas que pudieran esperar de sus hijos.

Las manifestaciones estimadas por las madres en relación al compromiso en la crianza denotan una dicotomía entre el deber ser y el ser, que irrumpe el desarrollo de la autonomía en el hijo/a, por un lado, considerando que es una responsabilidad de las madres proteger del peligro cargando con esto, las circunstancias del contexto violento en el que actualmente se vive y por otro lado, la creencia que este cuidado está ligado a la naturaleza de género, situación que hace posible que las madres estiman que el tiempo dedicado sea una variable importante en este rubro, aun cuando logre utilizar este tiempo a enseñar habilidades sociales, en el entendido de los resultados mostrados y por la actitud protectora en su significado legitimado de lo que significa ser buena madre.

Lo anterior también es posible de identificar en la distribución de roles de género, la lucha entre las madres, entre el trabajo como un derecho humano y el papel de cuidadora directa de los hijos/as. Por un lado, reconocen que una mujer puede trabajar y ser buena madre y decir que para una niña/o no hay mejor situación que su madre se dedique a su cuidado de tiempo completo. Por último, en términos de la deseabilidad social el hecho de naturalizar su situación y contexto, manifestando aceptación de lo que vive, lo que limita la oportunidad de ejercitar sus cuidados con un sentido de orientación positivo para el desarrollo de la personalidad de sus hijos/as.

A partir de lo identificado, se puede decir, que las madres cuentan con predisposiciones positivas, que pueden ser un recurso importante para impulsar una mejora sus prácticas, medios y relaciones en la crianza y cuidado de sus hijos/as. En este sentido, el posicionamiento profesional se centra en las madres, como el recurso más esencial para la construcción de cambio, en palabras de Sandoval:

“El objeto pensado no significa que primero es y luego es pensado, sino que es objeto porque es pensado y el acto pensarlo es

el acto de objetivarlo. El sujeto también es producto del pensamiento. El sujeto pensante no es primero sujeto y luego pensante, sino que es sujeto porque piensa”. (Sandoval, 2012, p.26)

Con lo anterior se parte del supuesto, que en la medida en que las madres a partir de su experiencia, sean situadas en un contexto de reflexión sobre estas dificultades y debilidades presentadas por su persona en un plano consciente, y, reconociendo sus capacidades como persona autónoma podrá construir un escenario, que bajo sus circunstancias, históricas y particulares conlleve a fomentar ,con sus hijos prácticas positivas, es decir, trascender que significado de que la crianza y cuidado, es una condición de género, o de creencias, o modelos impuestos a una crianza y cuidado producto del desarrollo de habilidades sociales procedentes de una intervención profesional.

## **Conclusiones**

En términos de la profesión, es importante señalar, que si bien como se ha expuesto la crianza está fuertemente influenciada por los conocimientos adquiridos, por la experiencia de las madres y por el cumulo de creencias que emanan de un contexto socio-cultural, para los trabajadores sociales es importante develar en el estudio de familias, los principios bajo los padres en general y las madres en particular, orientan su hacer de padres y madres en el cuidado de sus hijos/as, ante el comportamiento de sus hijos/as e identificar cómo esto genera un proceso relacional que apoye o debilita sus prácticas de cuidado y crianza.

El Cuestionario de Crianza Parental PCRI; (Gerard, 1994), presentado por Roa y Del Barrio (2001), es un instrumento útil para la identificación de dificultades y debilidades en el cuidado y crianza de los hijos/as, y permite identificar las rutas la atención de estas dificultades y debilidades, tanto para un trabajo con grupo, como en la atención de casos particulares.

Si bien como dice el saber popular, no se nace siendo padre o madre, o por lo que han demostrado los modelos empíricos asumidos por los cuidadores y su relación con las construcciones sociales

en torno a lo que es cuidar y criar a los hijos, desde el trabajo social se reconoce y se hace necesario que los y las cuidadoras sean capacitados y formados para el cumplimiento de esta tarea.

En términos de contribución a la disciplina, se puede decir que el hacer consciente el posicionamiento bajo el cual se percibe y comprende a la familia, así como la identificación teórica conceptual, favorece a sustentar el diagnóstico social, así como integrarlo como una herramienta para tomar decisiones que inducen a la solución de dificultades y debilidades específicas en la familia, identificada como unidad de análisis y en pertinencia con su naturaleza como grupo, definiendo el qué, el desde dónde, con qué, el cómo, la intencionalidad y posicionamiento profesional, tanto en la identificación de las dificultades y debilidades, como en la construcción de la respuesta.

## Referencias

- Calvo, L. (2014) *Familia, resiliencia y red social. Un Abordaje experiencial en el trabajo social con familias*. Editorial Espacio.
- Chávez, J. (2018) *Las familias: instituciones reproductoras de la identidad de género. Grupos sociales emergentes y familias en el ámbito de la intervención social*. (pp. 185-200). México. Universidad de Colima
- Duque P. (2018) *Categorías centrales en la formación en investigación e intervención en trabajo social*. En Florián., M. Reflexiones sobre la comprensión de la investigación y la intervención social en la formación en Trabajo Social. (p. 15-40). Bogotá, Colombia. Universidad la Salle
- Herrera, F., Aguayo F., Goldsmith J (2018) *Proveer, cuidar y criar: evidencias, discursos y experiencias sobre paternidad en América Latina*. Polis, Revista Latinoamericana, p. 5-20. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n50/0718-6568-polis-17-50-00005.pdf>
- Irullo, M. (s/f) *La crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos de pobreza urbana persistente*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13 (2), 671-683. <https://biblat.unam.mx/hevila/Revistalatinamericanadecienciasocialesninezjuventud/2015/vol13/no2/8.pdf>

- INEGI (2017) *Encuesta Nacional de los hogares, resultados principales*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)
- Martínez, S., Agüero, J. (2008) *La dimensión político-ideológica del trabajo social Claves para un Trabajo Social Emancipador*, Buenos Aires, Argentina. Editorial Dunken.
- Oliva, E., Villa, V. (2014) *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. Justicia Juris, Vol. 10. (1) 11-20  
Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- OPS, Perú, *Vivienda saludable: reto del milenio en los asentamientos humanos de américa latina y el caribe*. Recuperado de: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=615:vivienda-saludable-reto-milenio-asentamientos-humanos-america-latina-caribe&Itemid=719#:~:text=La%20OPS%20FOMS%20define%20como,grupo%20de%20individuos%20identificados%20como](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=615:vivienda-saludable-reto-milenio-asentamientos-humanos-america-latina-caribe&Itemid=719#:~:text=La%20OPS%20FOMS%20define%20como,grupo%20de%20individuos%20identificados%20como)
- Roa L y Del Barrio V (2001) *Adaptación del cuestionario de crianza parental, (PCRI-M) a población española*, Revista Latinoamericana de Psicología 2001 VOLUMEN 33 (3) 329-341. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80533307.pdf>
- Siegel, D., Payne, T., (2015) *Disciplina sin lágrimas: Una guía imprescindible para orientar y alimentar el desarrollo mental de tu hijo*. Barcelona. Programas educativos.
- Triana, A., Ávila, L., Malagón, A. (julio-diciembre,2010) *Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyaca*, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. (8), núm. 2, (2010), 933-945, Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud, Manizales, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77315155012.pdf>
- Varela, S., Chinchilla T, Murad V. (2015) *Prácticas de crianza en niños y niñas menores de seis años en Colombia Zona Próxima*, núm. 22, enero-junio, (2015), 193-215 en <https://www.redalyc.org/pdf/853/85339658014.pdf>



# **Intervención con Jóvenes en Conflicto con la Ley y su Impacto en la Masculinidad, Expresión de Emociones y Toma de Decisiones desde el Trabajo Social**

Ronaldo Hernández Tristán  
Verónica Arayancy Obregón Casas  
Laura Karina Castro Saucedo  
*Universidad Autónoma de Coahuila*

## **Introducción**

Los hombres no tienen hora para llegar tarde y la mujer ya para las 10 de la noche ya la andan cacheteando. Fue uno de los comentarios expuestos durante las sesiones de intervención en el Modelo Role que forma parte del Programa Libertad y Conciencia.

Sin embargo, la identidad de género también se va “construyendo, deconstruyendo y reconstruyendo y dependiendo de las experiencias de vida” (Raguz, 1995, p.34). Desde la perspectiva de Trabajo Social, se plantea que las relaciones de género son dinámicas y susceptibles de transformarse a través de la interacción humana; lo que un grupo social permite, promueve y espera de los hombres, siempre estará relacionado en espejo con lo que también permite, promueve y espera de las mujeres. Así, la categoría género, permite abordar esta dinámica de interdependencia y posibilita comprender si en un grupo social determinado, estas relaciones son de complementariedad, subordinación o equidad (Muñoz y Pizzolty 2006).

## **Planteamiento de la investigación**

“y pues te aguitabas y no sé cómo que es algo de hombres y que te escojan hasta al último en el fut se siente gacho y por ejemplo en la secundaria era para manosear a las rucas y en la secundaria se ve mucho eso y de echo era más maldoso y había un chavo que parecía que era maricón y la cotorreaba muy raro y nosotros lo golpeábamos”

Como se puede observar en el argumento anterior la toma de decisiones está fuertemente influenciada con los estereotipos de género, los cuales son expectativas, ideas o representaciones sobre lo que significa e implica ser hombre o mujer.

A partir de lo anterior se planteó a la masculinidad como otro factor importante que se relaciona con la expresión de las emociones ya que gracias a sus orígenes tradicionalistas donde se identifica al “hombre” como una figura imponente y fuerte, que no demuestra sus emociones o sentimientos y en algunas ocasiones no le es permitido expresarse con la libertad que todos los seres humanos poseemos.

A partir de la información anterior el objetivo de esta investigación es evaluar un modelo de intervención con jóvenes que han cometido faltas administrativas a la ley de la ciudad de Monterrey Nuevo León, En primer instanciase se busca desde un enfoque cuantitativo-cualitativo por medio del análisis de 18 sesiones grupales, conocer los principales hallazgos en diversas categorías de análisis emergente de la intervención con jóvenes. Para finalizar con un análisis desde la perspectiva del Trabajo Social y cómo influyen en la intervención con adolescentes las dimensiones de masculinidad, expresión de las emociones y toma de decisiones.

## **Marco teórico**

Toda sociedad está instituida por grupos diferenciados; la identidad de una colectividad y su espacio social se consolidan como un “nosotros” homogéneo frente a “otros” distintos, hacia los cuales se plantean distanciamientos sociales y simbólicos cargados afectiva y

valorativamente. (CONAPRED, 2017 citado por Castro & Moreno, 2020).

La OMS define adolescencia como el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años; durante esta etapa el adolescente se transforma en un individuo maduro en sus dimensiones física, sexual, psicológica y social y establece su propia identidad (United Nations Children's Fund (2011) citado por Manrique de Lara, Figueroa, Carrasco, & Cisneros (2018).

Castro y Moreno (2020), en su artículo Jóvenes mexicanos: Violencias estructurales y criminalización expone que el enfoque de juventud o sociocultural, integrado a partir de una mirada interdisciplinaria en la que confluyen la sociología, la antropología, la psicología social, los estudios culturales, etcétera, pone el énfasis en la presencia y participación social de los sujetos juveniles, mejor observados en plural que en la singularidad de enfoques psicobiológicos. Desde esta perspectiva, los jóvenes son más que entes en proceso de crecimiento; son esencialmente actores y agentes activos en la creación e intervención de la realidad.

En este mismo sentido el aporte de Mendoza (2016), en su artículo La ciudadanía intercultural de los jóvenes en México expone que para el caso de los jóvenes se trata de pensar a las culturas juveniles en sus formas de organización y de expresión a través de las prácticas insertas en la cotidianidad, no como comunidades cerradas sino como un crisol de pluralidad cultural, como lenguajes para comprender las diferentes formas que tienen los jóvenes de definir sus pertenencias y configurar sus identidades en las que cobran sentido sus diversas formas de entender el mundo, de relacionarse y de estar en él.

El modelo ROLE de intervención con jóvenes que han cometido faltas administrativas a la ley de la ciudad de Monterrey Nuevo León, está diseñado para trabajar componentes emocionales de impulsividad, justificación de la violencia, consumo de drogas, y amistades delictivas, que a su vez forma parte del Programa Libertad y Conciencia; el mismo de intervención educativa y terapéutica con Jóvenes surge del interés desde el sistema de justicia cívica para la reeducación y reinserción de jóvenes con faltas administrativas por avanzar hacia una intervención más eficaz durante la ejecución de las medidas judiciales. De entre los diferentes temas que abordan

ambos modelos se pretende identificar la masculinidad, las emociones y la toma de decisiones como factores determinantes de la relación joven-sociedad.

La masculinidad en los procesos adolescentes determina en muchas de las ocasiones la relación que el joven tendrá al integrarse a una sociedad Castro, García, Acevedo, & Garza (2018) en su investigación sobre Masculinidad juvenil, elementos socioculturales y disposición a la delincuencia de jóvenes mexicanos retoman a diferentes autores donde se define la construcción de la masculinidad como un proceso ligado en el que se conjuntan el poder, el dolor, y el gozo como expresiones de socialización, exigencia social y estereotipos dominantes sobre los hombres quienes recrean su subjetividad acorde con estas representaciones hegemónicas de lo que implica ser hombre, es un proceso que consiste en situar las acciones, pensamientos y decisiones de los hombres de acuerdo al modelo que la sociedad establece como correspondiente al género masculino (Ponce, 2004; Rogers, Delay & Lynn, 2017; Wong, Steinfeldt, Speight, & Hickman, 2010).

En dicha investigación Castro et al (2018), encuentran en resultados trasladan a una hipótesis que, la masculinidad igualitaria juvenil impacta como una variable relacionada con la disposición a la delincuencia juvenil, es decir, los estereotipos de género, los componentes de la cultura patriarcal y los procesos de construcción social de la masculinidad, desde la posición de los hombres en la sociedad están influyendo en la determinación de actitudes a favor de la delincuencia juvenil representadas en la percepción de la misma como organizada, de donde se obtiene poder, respeto, y oportunidades laborales.

En este sentido, es importante reconocer el vínculo generado entre la masculinidad y la juventud, donde se relacionan factores relevantes como el poder o el respeto y tener en cuenta que posiblemente la relación masculinidad-joven podría estar ligada a la expresión de las emociones.

Davidson, Jackson & Kalin (2000), retomado por Salguero & Panduro (2001), mencionan que las emociones se describen como situaciones agradables o desagradables, como tensión o liberación, como excitación o relajación. Siendo un poco más particulares se

han descrito como alegría o tristeza, aprobación o disgusto, cólera o miedo, sorpresa o anticipación.

En esta misma línea Solomon (1976), citado por Melamed (2016) en las teorías de las emociones y su relación con la cognición, dice que una emoción es realizar un juicio normativo acerca de la situación presente, pero el objeto de una emoción no puede ser simplemente un hecho: el objeto emocional únicamente puede ser caracterizado de modo completo como objeto de mi ira. Esto quiere decir que un evento o la mera percepción de un evento no es suficiente para producir una emoción: ésta involucra necesariamente una evaluación personal de la significación del incidente.

Es decir, que las emociones responden a las situaciones que se presentan constantemente, llevando al análisis y la valoración de lo que se siente, darle significado y nombre proveniente de los incidentes o las situaciones cotidianas.

Como mencionan Michelini, Acun, & Godoya (2016) Según la hipótesis del marcador somático (HMS), la experiencia emocional implica una reacción subjetiva y somática que puede presentarse en forma de cambios vegetativos, musculares, neuroendocrinos o neurofisiológicos, ante acontecimientos, positivos o negativos, que resultan del proceso de toma de decisiones. Es decir que existe una relación entre las emociones y las decisiones que se pretenden tomar.

En ese sentido, Michelini et al (2016) comentan que, en consecuencia, entre la adolescencia y la juventud, los individuos presentan una predisposición a la toma de riesgos ya que no cuentan con los controles suficientes ante pautas conductuales sesgadas por su experiencia emocional.

En consecuencia Castro & Moreno (2020), exponen que, una sociedad que supone en sus jóvenes futuro y no presente les niega espacios de participación donde se aquilaten los saberes construidos en las relaciones horizontales, les impone incapacidad para actuar y convertirse en agentes de cambio.

## Abordaje metodológico

*Método.* El estudio fue de tipo cualitativo considerando sus características de flexibilidad, y análisis de elementos subjetivos, al establecer relaciones entre la masculinidad juvenil, la expresión de emociones y la toma de decisiones de jóvenes que son categorías. El método cualitativo busca comprender el ambiente natural y cotidiano del fenómeno estudiado y donde se desenvuelven los sujetos de estudio. También considera los significados y valoraciones que las personas hacen, es decir, como Taylor & Bogdan (1987) señalan, el método cualitativo plantea comprender lo que la gente piensa y dice. El marco interpretativo utilizado fue la teoría fundamentada desde la perspectiva de Kathy Charmaz (2000), quien presenta la tendencia de la Teoría Fundamentada Constructivista, en ella retoma las ideas originales de la propuesta Glaser-Strauss e incorpora las explicaciones relativas a los sentimientos de las personas, a medida que experimentan un fenómeno o proceso, junto a las creencias y valores del investigador (Lucas y Fernández, 2016).

*Participantes.* En el estudio fueron hombres y mujeres jóvenes canalizados por diferentes juzgados cívicos que recibían atención grupal desde una metodología cognitivo-conductual en la asociación civil SUPERA, A.C. Se analizaron las narrativas de 8 grupos de trabajo conformados por un promedio de 10 miembros por grupo. Las edades de los(as) jóvenes oscilaban entre los 15 y 21 años y todos contaban con alguna medida judicial anterior.

*Procedimiento.* Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron las narrativas de los grupos de reflexión, utilizando técnicas de observación no participante, además de análisis de contenido de los documentos elaborados durante las 18 sesiones grupales. Es importante señalar que la mitad de las sesiones se realizaron de manera virtual ante la crisis mundial provocada por el COVID-19 por lo que la técnica de observación no participante se implementó desde la modalidad en línea ingresando como observadores

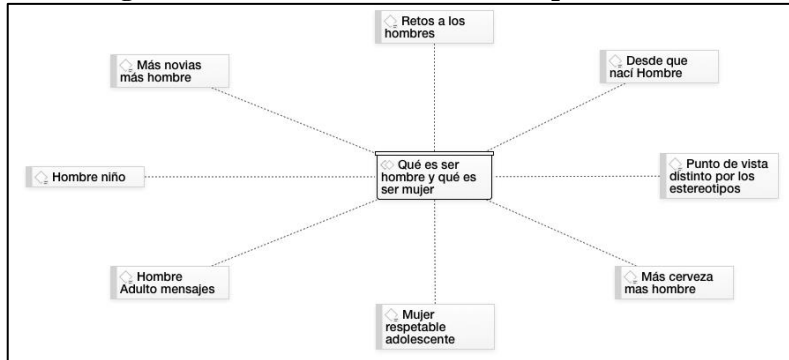
pasivos a las sesiones por la plataforma de Zoom. Para el análisis de los datos se utilizó el software Atlas. Ti versión 7 y se elaboraron por medio de este un total de 60 códigos iniciales, 30 códigos focalizados, 15 códigos axiales y finalmente 3 categorías teóricas.

## **Resultados**

El Modelo Libertad y Conciencia en conjunto con el Modelo ROLE permite que los jóvenes participantes reflexionen sobre sus emociones, sentimientos y conductas basados en sus experiencias de vida, por ello se presentan las sesiones de trabajo ligadas a las subcategorías desde una perspectiva cualitativa que nos permite analizar a fondo las conexiones que los jóvenes tienen en las sesiones, conociendo sus sentimientos, su entorno, sus expectativas, fomentando una mayor especulación en sus planes futuros.

El estudio realizado plasma el análisis de tres categorías teóricas principales: Masculinidad, Expresión de Emociones y Toma de Decisiones de jóvenes en conflicto con la ley, las cuales se dividen en subcategorías focalizadas en las tres categorías teóricas principales; masculinidad (pensamientos aleatorios experimentales y qué es ser hombre y qué es ser mujer); expresión de emociones (sentimientos y sensaciones experimentadas, riesgos, expresando el miedo, reconocimiento del enojo y reconocimiento de la felicidad); y toma de decisiones (analizando las situaciones cotidianas y de riesgo, estableciendo elementos de mi identidad actual, explorando alternativas sin drogas y fortalezas y debilidades reconocidas).

**Figura 1. Pensamientos aleatorios experimentales**



Fuente: Elaboración propia, 2020.

La red semántica pensamientos aleatorios experimentales, presenta los códigos que conforman la opinión de los jóvenes sobre diferentes situaciones relacionadas con sus experiencias de vida, en este caso la masculinidad, el entorno o el contexto en que se encuentran es un detonante importante para estas corrientes, como fue mencionado por uno de los participantes donde plantea una situación de violencia familiar y que finalmente se enfoca en el pensamiento de venganza.

Las siguientes citas muestran la interpretación de la red semántica antes mencionada:

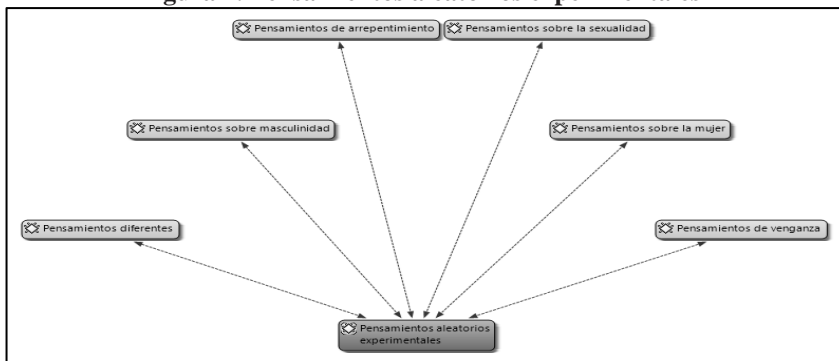
“Y me decía que eres hombre y pégate un tiro y que no fuera chismoso y que los hombre no son chismosos y que no le tuviera miedo a nadie y pues hacia algo y me traban carro y también como de chiquio fui bien pandillero y así como dice ella era como competencias y veía que se cruzaban y me daba mucho miedo y brincábamos bardas y con lo que la cotorreaba se llamaban los crazy y los canales son la mota”

Dentro de las sesiones se trabaja con la identidad masculina y femenina, desde la construcción social del ser hombre y del ser mujer y los mensajes sociales recibidos, los jóvenes lograron reconocer desde sus discursos y experiencias las diferentes caracterizaciones, funciones y roles desde los que construyeron el ser hombre o mujeres, es importante señalar que la mayoría de los grupos tienen población masculina por lo que es evidente la mayor participación en

torno a la identidad masculina. Dentro de las reflexiones reconocen la masculinidad desde los retos que se les imponen a los hombres, desde el nacimiento mismo y su caracterización como hombres, los participantes refieren las siguientes situaciones:

- Retos de los hombres “Aventarse a la alberca con ropa, ver quien se apaga más cigarros en la mano, voltear el cigarro y soplarle para que salga el humo por el filtro, a mi si me sale, no yo no. hago eso” “poniéndose un pericazo, a ver quién se liga primero a la morrita más guapa y así, quien se la hecha, tumbarle el feis”.
- Desde que nació hombre “Creo que desde que nació, siempre me dijeron que pues yo era hombre y que el hombre hacia estas cosa, y siempre me sentó así como uno, este pues que un hombre jugar con carritos, que le gustaba el futbol que se vestía de azul, que a los hombre le deben gustar las mujeres que es el que debe llevar el sustento a la casa cuando es mayor” “ papá no tengo, mi mama me decía que cuando sea mayor el hombre es el que le da sustento al hogar, que a un hombre le deben dar, un hombre es el que debe trabajar más”.
- Más cerveza más hombre “como diciendo que ya ha estado con varias que ha tenido muchas novias ver quien juega más chido beer pong”.

**Figura 2. Pensamientos aleatorios experimentales**



Fuente: Elaboración propia, 2020.

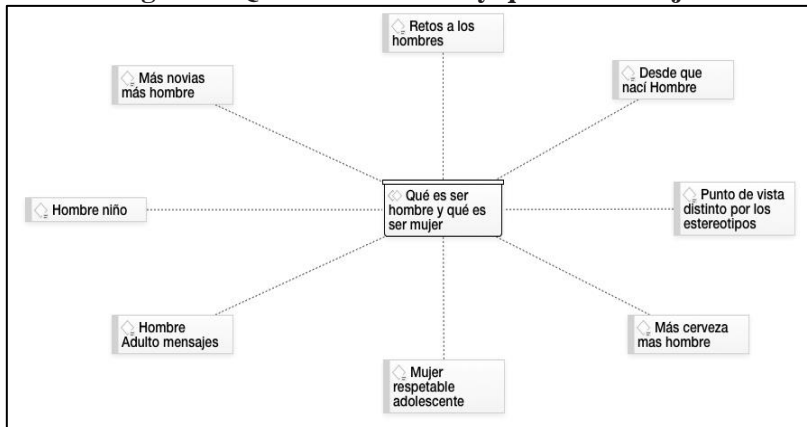
La red semántica pensamientos aleatorios experimentales, presenta los códigos que conforman la opinión de los jóvenes sobre diferentes situaciones relacionadas con sus experiencias de vida, en este caso la masculinidad, el entorno o el contexto en que se encuentran es un detonante importante para estas corrientes, como fue mencionado por uno de los participantes donde plantea una situación de violencia familiar y que finalmente se enfoca en el pensamiento de venganza.

Las siguientes citas muestran la interpretación de la red semántica antes mencionada:

“Y me decía que eres hombre y pégate un tiro y que no fuera chismoso y que los hombre no son chismosos y que no le tuviera miedo a nadie y pues hacia algo y me traban carro y también como de chiquio fui bien pandillero y así como dice ella era como competencias y veía que se cruzaban y me daba mucho miedo y brincábamos bardas y con lo que la cotorreaba se llamaban los crazy y los canales son la mota”

Dentro de las sesiones se trabaja con la identidad masculina y femenina, desde la construcción social del ser hombre y del ser mujer y los mensajes sociales recibidos, los jóvenes lograron reconocer desde sus discursos y experiencias las diferentes caracterizaciones, funciones y roles desde los que construyeron el ser hombre o mujeres, es importante señalar que la mayoría de los grupos tienen población masculina por lo que es evidente la mayor participación en torno a la identidad masculina. Dentro de las reflexiones reconocen la masculinidad desde los retos que se les imponen a los hombres, desde el nacimiento mismo y su caracterización como hombres, los participantes refieren las siguientes situaciones:

**Figura 3. Qué es ser hombre y que es ser Mujer**



Fuente: Elaboración propia, 2020.

Retos de los hombres “Aventarse a la alberca con ropa, ver quien se apaga más cigarros en la mano, voltear el cigarro y soplarle para que salga el humo por el filtro, a mi si me sale, no yo no. hago eso” “poniéndose un pericazo, a ver quién se liga primero a la morrita más guapa y así, quien se la hecha, tumbarle el feis”

Desde que nací hombre “Creo que desde que nací, siempre me dijeron que pues yo era hombre y que el hombre hacia estas cosa, y siempre me sentó así como uno, este pues que un hombre jugar con carritos, que le gustaba el futbol que se vestía de azul, que a los hombre le deben gustar las mujeres que es el que debe llevar el sustento a la casa cuando es mayor” “papá no tengo, mi mama me decía que cuando sea mayor el hombre es el que le da sustento al hogar, que a un hombre le deben dar, un hombre es el que debe trabajar más”

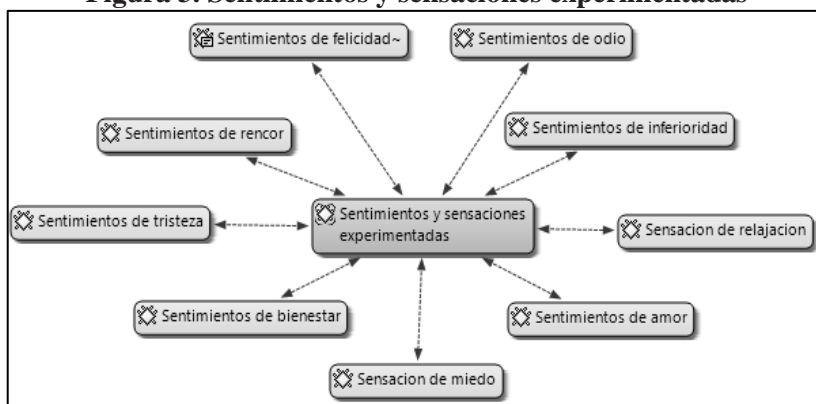
Más cerveza más hombre “como diciendo que ya ha estado con varias que ha tenido muchas novias ver quien juega más chido beer pong”

Mensaje social del ser mujer “Empezar a salir con chicos, relacionarse con ellos” “arreglarse, maquillarse, no tomar ni fumar, y pues darse a respetar con los hombres, empezaría a tener mala reputación, cuando ellos y cuando en eso pasa se sienten la gran cosa” “la mujer depende pues ósea de que si fuera anduviste con muchos hombres y los están de que se te mala de una manera, pues eso es lo que piensa

la sociedad no sé cómo decirlo sin decir groserías, se ven como unos estúpidos haciendo eso que ganan con eso se ven como pocos hombres” “se espera que sea fiel, que atienda a su pareja, que sea buena madre”

Hombre adulto “siempre traer dinero a la casa, ser responsables, trabajar, demostrándole el amor, comprensión ternura y no faltarle al respeto, llevarse chido con la familia, hacer la carnita asada y debe saber prender el carbón, que hacen los hombres para demostrar que son hombres en la relación de pareja”

**Figura 3. Sentimientos y sensaciones experimentadas**



Fuente: Elaboración propia, 2020.

En esta red semántica de sentimientos y sensaciones experimentadas se dan a conocer los códigos relacionados entre sí, en los cuales se relatan momentos que han marcado a los chicos y en su momento produjeron esta variedad diversa de sentimientos; los chicos mencionan:

“Lo mejor él se siente más que uno ande atrás de él y se fue un rato la luz y le dije eh dígame apa cuando se suba pa’ arriba y al último me subo yo solo, pero de como quiera tengo el pendiente afuera de que si no estuviera ahí a lo mejor se hubiera sentido mal de que me siento menos”

“Me dicen el lobo y me siento triste y agitado porque si me meto en una bronca me pueden dar entre varios”



mi jefe esta allá afuera, anda allá en la calle y pos le marque va, estaba allá en la vuelta y ya había pasado todo ese pedo, nombre le estuve marcando y la otra fue el día en que se fue la luz y chingado va, y pos me agüite y dije chingado va mi jefe venía con la lamparia y me agüite va y dije chingado va, no se vaya a caer de las escaleras y como tiene un vecino ahí que le lleva comida dijo chin fui y lo perseguí y he pa venía con la luz así, tenía miedo”

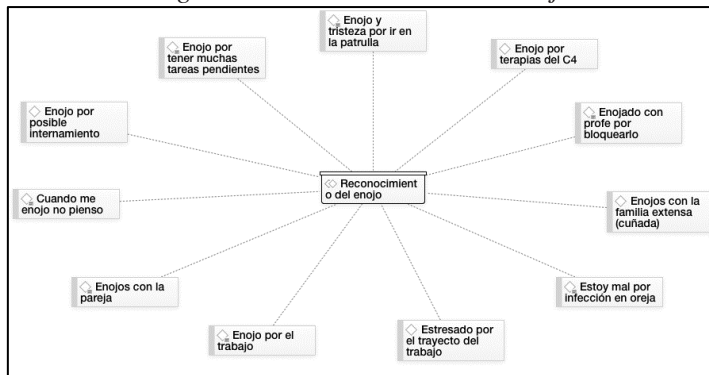
## **Reconocimiento del enojo**

Los jóvenes describen un momento de mucho enojo con un ser querido con alguien de la familia o con cualquier situación o problema. A través del Mapa de la ira deben reconocer que ese enojo comenzó a elevarse, y probablemente llegaron a tener una conducta violenta.

“Cuando en mi casa le marcaron a la patrulla y me llevaron, a pues yo estaba en mi casa bien a gusto y luego llego mi tía y me empieza a decir que drogadicto, y pues es que ella no sé, está loca, está mala de la cabeza. Me empezó a decir cosas, creo que no había arreglado mi cuarto, pero ella se exalta de más no es para que te lo dije y ya te deja en paz y pues ya tú lo haces ella quiere verte que lo estás haciendo yo no había ordenado mi cuarto, y me decía pinche inútil, me empezó a provocar y en eso me empuja y en eso yo le meto un golpe, y no se pone a llorar así de exagerada ni fue un golpe así o sea yo nunca le había pegado, ella se hace la víctima cuando le hacen algo, ella siempre nos hacen algo , a mí me había regalo un celular y me lo quito y se adueñó de él, y duro con el cómo 43 años o no sé cuánto y pues ese día cuando le empezó a marcar a la patrulla, yo pensé o sea tu eres la que me estas provocando y tú te hace las víctima y me salí y según yo me escondí, luego regreso me escondí, y si me subí a la patrulla y luego cuando salí de tránsito y pues va y me pone una demanda por que teme por su vida hizo todo un show para el final quitarme la demanda, a ella le empezaron a citar por la demanda, ose a sacas que lo hace nada más por haberme fastidiado, o que dé pero como también le iban a estar a ella pues no quiso y me la quito,”

"la estoy viendo, pero ella está en otro cuarto y yo en otro cuarto, pero la alcanzo a ver si algo me molesta de ella que haría yo, pues no sé, gritarle, fastidiarme, gritarme de la nada"

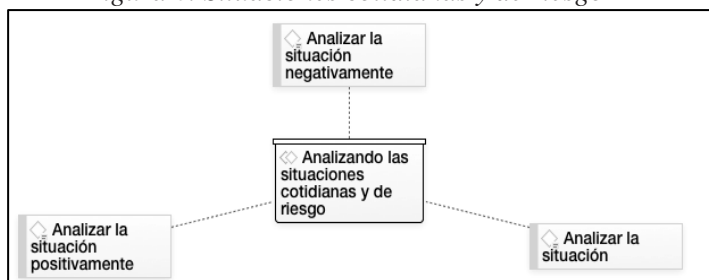
Figura 5. Reconocimiento del enojo



Fuente: Elaboración propia, 2020.

### Analizando las situaciones cotidianas y de riesgo

Figura 6. Situaciones cotidianas y de riesgo



Fuente: Elaboración propia, 2020.

Durante las sesiones grupales y de tratamiento se logran establecer análisis de situaciones cotidianas confrontando los análisis desde un posicionamiento negativo y revisando a la par el análisis desde un posicionamiento positivo, esta revisión se realiza desde los procesos de pensamiento y procesos cognitivos propios de desempeño de los jóvenes los llevan a tomar decisiones en las diferentes circunstancias que experimentan en su diario vivir. Un ejemplo sucede con el consumo de drogas, la constante confrontación que mantienen en sus

procesos de rehabilitación. Uno de los jóvenes participantes lo señala claramente en su discurso:

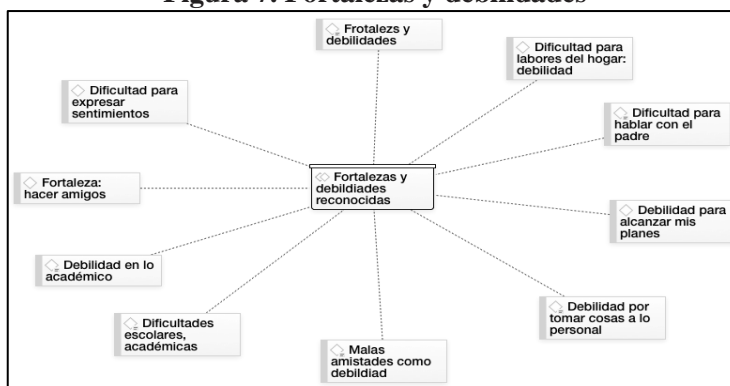
“Porque pues solo hay una de dos, la tiro, porque hace tiempo no la consumo de todas formas o la haces como si nada (la consumo), pero si lo hago que podría pasar?, pues me voy a poner bien loco, pero pues para eso tengo que pensar en que voy a hacer por ejemplo si voy a ir a trabajar pues no me voy a poner a fumar, pero también tengo que analizar la situación”

## Fortalezas y debilidades reconocidas

Durante las sesiones los jóvenes reflexionan sobre sus fortalezas y sobre sus debilidades con la intención de reconocerlas para poder fomentarlas o mejorarlas, en este sentido, los jóvenes señalan debilidades de personalidad como tomar las cosas como muy personales, alcanzar sus planeas, malas amistades, en lo académico; dentro de sus fortalezas pueden reconocer que tiene habilidades sociales para hacer amigos, y también como uno de los participantes lo señala con relación a su personalidad:

“Soy directo, me gusta aprender y considero que puedo hacer cosas que yo me proponga” “A veces me dejo llevar por lo que digan las demás personas, pues también soy de repente se me va el avión y no me acuerdo de momentos que hay pasado y me cuesta demostrar lo que siento o lo que pienso”.

Figura 7. Fortalezas y debilidades



Fuente: Elaboración propia, 2020.

## Discusión y conclusiones

Este estudio permitió implementar un diseño cualitativo por medio del cual se elaboró una serie de redes semánticas para analizar la relación significativa entre masculinidad y los pensamientos aleatorios experimentales, así como la correlación entre la expresión de las emociones con sentimientos y sensaciones experimentadas.

En este sentido, es importante reconocer el vínculo generado entre la masculinidad y la juventud, donde se relacionan factores relevantes como el poder o el respeto y tener en cuenta que posiblemente la relación masculinidad-joven podría estar ligada a la expresión de las emociones.

En la misma línea el aporte de Mendoza (2016), expone que para el caso de los jóvenes se trata de pensar a las culturas juveniles en sus formas de organización y de expresión, así como los lenguajes para comprender las diferentes formas que tienen los jóvenes de definir sus pertenencias y configurar sus identidades en las que cobran sentido sus diversas formas de entender el mundo, de relacionarse y de estar en él.

En ese sentido podemos visualizar lo mencionado por el autor en el siguiente argumento:

“Porque pues solo hay una de dos, la tiro, porque hace tiempo no la consumo de todas formas o la haces como si nada (la consumo), pero si lo hago que podría pasar?, pues me voy a poner bien loco, pero pues para eso tengo que pensar en que voy a hacer por ejemplo si voy a ir a trabajar pues no me voy a poner a fumar, pero también tengo que analizar la situación”

Desde la mirada de Trabajo Social se trata de visualizar en posibles caminos de abordaje recuperando el pensar y sentir, las atribuciones de sentido y la identidad de quienes reclaman de nuestra actuación, reconociendo un potencial poco explorado que puede aportar herramientas significativas para los procesos de intervención que realmente pretendan favorecer un cambio, y no más de lo mismo. Para ello resulta necesario comenzar a reflexionar sobre las intervenciones de los profesionales de Trabajo Social desde los factores emocionales sin dejar de lado los factores sociales que mantienen una influencia significativa en la toma de decisiones continua en la

vida cotidiana de los usuarios con los que se realiza la intervención (Mayorga, 2014)

Para finalizar, la intervención con jóvenes, como se muestra en los resultados obtenidos en esta investigación representa conocer con mayor claridad el día a día y a las situaciones que se enfrentan constantemente. Las categorías aquí presentadas, son fenómenos sociales que actualmente repercuten en la vida de los jóvenes de una o de otra forma, la importancia de la intervención del trabajo social en ese ámbito figura en la implementación de estrategias, programas, proyectos sociales, políticas públicas y modelos de intervención que beneficien a la integridad, las emociones, la percepción de los aspectos sociales como la masculinidad y la toma de decisiones y más allá atender otras cuestiones como el autoestima, la justificación de la violencia, la delincuencia y drogadicción por mencionar algunos.

## Referencias

Castro, P. M., & Moreno, H. H. (2020). *Jóvenes mexicanos: Violencias estructurales y criminalización*. Revista de Estudios Sociales 73, 44-57

Castro, S. L., García, C. C., Acevedo, A. J., & Garza, S. R. (2018). *Masculinidad Juvenil, Elementos Socioculturales y Disposición a la Delincuencia de Jóvenes Mexicanos*. Acta e Investigación Psicol. 8(3), 76-86

Manrique de Lara, S. D., Figueroa, S., Carrasco, M. M., & Cisneros, M. L. (2018). *Conflicto interparental desde la perspectiva de los hijos y conductas sexuales de riesgo en adolescentes en una Institución Educativa de las Moras*, Huánuco. Investigación Valdizana, 12(3), 137-146.

Mayorga, A. V. (2014). *Masculinidad y Trabajo Social*. Rumbos, 9(9), 37-44.

Melamed, A. (2016). *Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: Un análisis desde la filosofía de la mente*. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, 49, 13-38.

Mendoza, E. H. (2016). *La ciudadanía intercultural de los jóvenes en México*. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, 43, 67-94.

Michelini, Y., Acun, I., & Godoya, J. C. (2016). *Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol con jóvenes universitarios*. Suma Psicológica, 23, 42-50.

Salguero, G. M., & Panduro, C. A. (2001). *Emociones y genes*. Investigación en Salud, 3(99), 35-40.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid: Paidós.



# **Discapacidad y trabajo social: un recuento conceptual para una intervención incluyente**

Jesica Andrea Rivas Nahuat  
*Universidad Autónoma de Yucatán*

## **Introducción**

En el mundo existen aproximadamente mil millones de personas con discapacidad, y en algún momento de nuestra vida hemos interactuado con esta población, sin embargo, a pesar de ello, las políticas sociales hacia la inclusión, han sido limitadas y rezagadas a planos menores en cuanto al orden de necesidades sociales, otorgadas por el Estado.

No obstante que en pleno siglo XXI se habla de la inclusión y del respeto a la diversidad, entre otros discursos, culturalmente, como sociedad no estamos preparados para afrontar el reto que conlleva el respetar los derechos humanos de las personas con discapacidad, y mucho menos hacerlos efectivos. En este sentido, se considera que el cumplimiento de las normas y leyes que garantizan el respeto de estos derechos humanos, no se están cumpliendo en gran parte del mundo (Flores, 2010).

Las personas sin discapacidad aún no hemos sido sensibles de las condiciones de vulnerabilidad a las que se enfrentan las personas con discapacidad, es decir, la complicada acción de lograr una verdadera inclusión social. Y desde el trabajo social, ha sido un reto construir acercamientos efectivos que procuren el desarrollo pleno en igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, esto porque la gran mayoría desconocemos las formas de interacción incluyente que existe y nos quedamos en pleno ámbito burocrático fungiendo como un profesionalista pasivo y excluyente en los procesos metodológicos durante la intervención.

Es por ello que resulta importante realizar un análisis sobre los acontecimientos sociales que en la historia de las sociedades que han ido tomando forma, para concebir a las personas con discapacidad como individuos con derechos como cualquier persona dentro de las estructuras sociales.

### **Discapacidad: una aproximación histórica**

En este capítulo no se pretende realizar una investigación arqueológica de la salud- enfermedad, ni de antropología física para determinar la discapacidad. Se intenta llevar a cabo una aproximación de cómo la discapacidad fue percibida. Para este fin, se tomó en cuenta, únicamente como ejemplo, recuentos a través de la historia, sin acentuarse específicamente en alguna época, de esta forma, se consideran los sucesos más relevantes.

Di Nasso (2010) menciona que el hombre primitivo buscaba consolidar su desarrollo eliminando todo aquello que no entorpeciera su cotidianidad y de esta manera pudiera obtener los elementos necesarios para subsistir. Por tal razón las personas con discapacidad eran abandonadas o desaparecidas para lograr desplazarse de forma rápida y/o dominar territorios con mejores tierras para trabajar.

Algunas evidencias han demostrado que las personas con discapacidad recibieron algún tipo de tratamientos para procurar su curación, por ejemplo, algunas de ellas fueron sometidas a trepanaciones (que consistía en hacer un hoyo en la cabeza para liberar al cuerpo del “mal”), y otras a amputaciones sin la utilización de anestesia (Valencia, 2014).

En el Egipto faraónico existen ejemplos de tratamientos e instrumentos empleados en estas sociedades. En dicha civilización se han hallado evidencias de lo que supone serían herramientas utilizadas como órtesis y prótesis que coadyuvaban el desplazamiento de las personas (Fernández, 2008).

La eugenesia fue utilizada para someter a muchos infantes que tenían alguna deformación, sobre todo en Grecia y la sociedad romana dando lugar a actitudes infanticidas desde esas épocas (Soto, 2010). En Esparta y Atenas también se realizaban prácticas usuales de eugenesia debido a recomendaciones de Platón y Aristóteles

quienes inferían que se debería eliminar aquellas personas que tuvieran alguna deficiencia (Aguado, 1995). Platón hizo una descripción con respecto a las personas sordas: indicaba que ellas se comunicaban mediante la utilización gestual. Mientras tanto, Aristóteles estudiaba los casos de la sordera.

Galeno e Hipócrates comenzaron a analizar la epilepsia para encontrar alguna cura (consideraban que se trataba de un problema físico). En Roma se desarrollaron la terapia física e hidroterapia para las personas que adquirían alguna discapacidad física. Sin embargo, dichos métodos eran exclusivamente para las élites ricas y que tenían poder (Joly, 2007).

Otros lugares como Asia y África, también usaban el infanticidio, en la India abandonaban a niños y niñas en el monte o los arrojaban a un río sagrado llamado Ganges. En Malasia las personas con discapacidad eran consideradas como seres sabios; en África Oriental los utilizaban para espantar demonios. Mientras en China comenzaban a utilizar la cinoterapia (terapia con animales generalmente, perros, caballos y delfines) y masajes (igual que en Roma) como un tipo de terapia para personas con limitaciones físicas (Valencia, 2014).

El pueblo Hebrero consideraba que las personas con discapacidad eran concebidas con la “marca del pecado” (Valencia, 2014), parece ser que los hebreos procuraban que las personas con discapacidad se mantuvieran fuera de los vínculos religiosos, por considerar que esa condición no merecía tener parte con Dios. De esta manera, en las escrituras bíblicas se hace referencia a las concepciones que se les otorgaba a las personas con alguna discapacidad:

Dile a Aarón que, ahora y en el futuro, a ninguno de sus descendientes con algún defecto físico se le permitirá presentar la ofrenda de pan de su Dios. A decir verdad, nadie que tenga un defecto físico podrá presentarse a hacerlo: sea ciego, cojo, con la nariz o las orejas deformes, con las piernas o los brazos quebrados, jorobado, enano, con nubes en los ojos, sarnosos o con erupciones en la piel, o con los testículos dañados. Ningún descendiente del sacerdote Aarón que tenga algún defecto físico presentará al señor las ofrendas que se queman; tiene un defecto y por lo tanto, no podrá presentar las ofrendas de pan de su Dios (Levítico 21: 17-23)

Por otro lado, la Revolución Industrial también fue un devenir para las personas con discapacidad que si bien, han tenido tratos inhumanos a través de los tiempos antiguos, en esta época de la modernidad siguen víctimas de tratos semejantes y quizá infames ante las nuevas circunstancias sociales que se avecinan en el avance de las sociedades.

De esta manera Engels (1845) hace referencia:

En los comienzos de la era industrial, los accidentes eran relativamente mucho más numerosos que actualmente porque las máquinas eran deficientes, más pequeñas, más amontonadas las unas contra las otras y casi siempre sin revestimiento de protección... el número de accidentes es todavía suficientemente importante como para que se formulen las más serias objeciones a un estado de cosas que permite tantas mutilaciones y lesiones, provocadas en beneficio de una sola clase, y que lanza a muchos obreros industriales a la miseria y el hambre luego de un accidente sufrido en el trabajo y por culpa de la burguesía. ¡He aquí, pues una buena lista de enfermedades, debidas únicamente a la odiosa codicia de la burguesía! Mujeres incapacitadas para la procreación, niños lisiados, hombres debilitados, miembros aplastados, generaciones enteras estropeadas; condenadas a la debilidad y la tisis, y todo ello, ¡únicamente para llenar la bolsa de la burguesía! (p. 242)

Las medidas capitalistas que se fueron generando durante la época industrial radicaban en hacer que los recursos disponibles (humanos o materiales) conservaran al máximo su rentabilidad. Asimismo, estos autores indican que esta población continuaba siendo víctima de exclusiones de varios ámbitos de la vida. Fueron recluidas en “instituciones especializadas” para su tratamiento, porque en las perspectivas de la época, fueron señalados como un tipo de “problema”: eran improductivas e innecesarias (Ferrante y Ferrera, 2009).

De igual manera, este feroz capitalismo en su búsqueda por beneficiar a unos cuantos, desestimó el deterioro de la dignidad humana de otros. Lo que resultó en un mayor número de personas con discapacidad, ya que comprometía a su estado funcional ante las afectaciones y exigencias propias de la sociedad industrial. Tal vicisitud dio como resultado un gentío de personas con discapacidad

Poco a poco las sociedades se fueron conformando por medio de las capacidades y habilidades de cada individuo, de esta manera

Saint- Simon (como se citó en Bell, 2006) muestra tres divisiones de trabajo en las sociedades industriales: en primer lugar, tenemos a aquellos con capacidad motora quienes formarían la clase obrera, debido a la mano laboral que recaía en hombres fuertes, cuyas habilidades los convertía en dirigentes de producción y administradores de la sociedad. El segundo tipo eran los racionales, es decir aquellas personas que poseían la capacidad de ser científicos y cuyos proyectos serían llevar a cabo descubrimientos de nuevos conocimientos que guiarían a la humanidad. El tercer y último grupo eran los que poseían habilidades sensoriales, éstos formarían el grupo de los artistas y líderes religiosos.

Si reflexionamos esta segmentación de capacidades, se puede deducir que las personas que carecían de alguna de estas habilidades (haciendo referencia a las personas con discapacidad) no serían consideradas como fuente de producción, al contrario serían considerados como marginales, debido a que no tendrían oportunidad de ser ocupados en algún modo de producción capitalista, según la ideología marxista. Es desde entonces que se puede concluir hipotéticamente que las sociedades no fueron estructuradas pensando en las personas con alguna discapacidad.

Ante estas situaciones se asume que las problemáticas que enfrentan las personas con discapacidad no son inherentes de los individuos sino al sistema e instituciones que discriminan a esta población (Castillo y Orea, 2001). De esta manera, se puede deducir que este sector de la población se encuentra excluida.

Uno de los episodios resaltables en la historia es la II Guerra Mundial, ya que en ella se vivieron sucesos lamentables como lo fue el “Holocausto”, en donde millones de personas, principalmente judíos, fueron reclusos en campos de concentración, los cuales se caracterizaron por tener condiciones deplorables y donde gran parte de este genocidio tuvo lugar. En este sentido Románach (2013) refiere una serie de situaciones a las que se vieron enfrentadas las personas con alguna discapacidad durante esta época que se reviste de crueldad ante infames sucesos.

La ideología nazi consideraba a las personas con discapacidad como un signo de degeneración y las divisaba como “vida que no merece la pena ser vivida”. Debemos recordar que Hitler siempre puso énfasis en “mejorar la raza humana”, por tal razón las personas

con alguna discapacidad fueron los principales en ser sometidos a tan llamada “solución final”<sup>2</sup> a fin de conseguir el objetivo de lograr una raza superior.

Asimismo, los esfuerzos nazis para lograr tal fin, se concretizaron en la esterilización obligatoria para que la población con discapacidad no se reprodujera, ésta fue convertida en una ley alemana en 1933. Aproximadamente unas 400.000 personas con discapacidad fueron sometidas al método de esterilización, de manera coercitiva. Posteriormente, se da a conocer un programa llamado Aktion T-4 que consistía en el envenenamiento por monóxido de carbono en “duchas” o como autores han mencionado las famosas cámaras de gases, donde miles de personas murieron de manera atroz.

Asimismo, Romañach (2013) señala que las personas con discapacidad fueron una población que al igual que los judíos, se encontraban en constantes persecuciones por las fuerzas nazis. Sin embargo, los registros de estas situaciones han sido nomias en las investigaciones pertinentes al tema de la discapacidad “incluso hay un solo puñado de académicos que han empezado a dirigir su atención a esta tarea (p.6)”.

Conocer estos hechos históricos es relevante debido a que a partir de ellos se puede dar cuenta de las condiciones a las que se enfrenta actualmente la población con alguna discapacidad, hablemos de discriminación o de exclusión, aún quedan cenizas dispersas de la ideología hitleriana que se reproducen en los sectores actuales. Discernir que el holocausto resultó un devenir de influencias nefastas y burdas provenientes de una ideología de carácter desalmado que figura como una manera de cumplir los ideales de unos cuantos comprometiendo la dignidad de seres humanos, es un acontecimiento brutal en la historia.

---

<sup>2</sup>Eufemismo o nombre en clave que designa el intento sistemático y deliberado por parte de los nazis de exterminar físicamente a todos los judíos de Europa, y este plan fue concebido en un momento objeto aún de controversias entre los especialistas en el tema pero necesariamente anterior a su puesta en marcha, esto implica delimitar cronológicamente la resistencia a esta política al período que abarca (como fecha más temprana posible) desde mediados/fines de junio de 1941, es decir después de la invasión de la Unión Soviética, momento en el que se empieza a implementar el exterminio sistemático hasta la rendición incondicional de Alemania el 8 de mayo de 1945.

Por otro lado, en el panorama mexicano se puede mencionar a las ruinas de Monte Albán, la Venta en Tabasco y el Museo de Alejandro Rangel Hidalgo en Nogueras, Colima, donde se exhiben una serie de piezas de diversas dimensiones donde se dejan ver cómo les otorgaban un lugar preferencial de lo sagrado a las personas con diferencias en el cuerpo o actitud (forma de comportamiento que seguramente hace referencia a las personas con alguna discapacidad cognitiva). Eran conferidos a un lazo especial con lo relacionado a cuestiones de la divinidad y con base en ello los adoraban, respetaban, temían o admiraban. Ese significado atribuido connotaba un estatus en la vida (Zarden, 2010),

Desde una perspectiva particular, el misticismo, la cosmovisión y el entramado cultural y social en tiempos prehispánicos son algunos de los factores causales de esta manera particular de tratar a las personas con discapacidad. La cosmovisión puede considerarse como un elemento cohesivo, en donde muchas de las creencias místicas y religiosas, así como de la percepción de la realidad y del medio se articulan.

Continuando con las culturas mexicanas, García y Martínez (2014) realizan una compilación acerca de la discapacidad en el México antiguo en la cual mencionan que la discapacidad podía darse de manera genética o por alguna causa externa (accidente y/o enfermedad). Hacen referencia a los significados y los tratamientos que utilizaban con las personas que poseían alguna discapacidad, a continuación un breve resumen:

- *Sordera*: en la antigua cultura nahua la oreja era considerada, junto con el ojo, aspectos que conferían inteligencia. Se desconoce si las personas podían diferenciar entre la sordera congénita y algunos tipos de sordera momentánea como, infecciones, escollos de cerumen o edad avanzada. Se cree que la sordera momentánea era aliviada por medio de remedios hechos con raíces, tallos, hojas o frutos, como el guayabo, toloache, cuajilote, entre otros.
- *Ceguera*: siguiendo con la cultura nahua, le adjudicaban varios significados al ojo. En el código Mendocino, la noche se representaba con la pintura de ojos, que podría estar

relacionado con las constelaciones y a la vez con la obscuridad. Asimismo, el ojo refería sensatez (como el oído) la luz de la razón, la claridad de entendimiento, facultad de razonar y la sagacidad. Por tanto, la falta de visión, era metáfora de necedad o escaso entendimiento. La pérdida de un ojo (o el ojo arrancado) se vislumbra en algunos códices como sinónimo de muerte, mientras el ojo cubierto (que está en su lugar pero no tiene vista) con una mano es símbolo de inquietud.

- *Heridas discapacitantes*: durante algunas riñas que se propiciaban en los pueblos antiguos figuraban amputaciones en los miembros exteriores. Utilizaban frases como “el que solo tiene una mano o al que le falta una mano” para llamar a alguien que tuvo una amputación por alguna razón bélica. Estas situaciones se atendían de manera inmediata debido a la gravedad, y para ello utilizaban diversas especies de agave. Los aztecas tenían la habilidad de curar y tratar heridas de golpes u ocasionados por objetos cortantes.
- *Movimientos impedidos o parálisis*: los nahuas, utilizaban el término *uacaliuilztli* que significa encogimiento o contracción de los nervios y con ello referían una limitación motriz total o parcial. Para nombrar a las personas paráliticas utilizaban *cocotozauhquique* equivale a “tullido”. Aquellas personas que no podían desplazarse quedando en función de arrastrarse, eran denominados *uilantli* (el que se arrastra o anda en cuatro patas).

En la cultura náhuatl, y probablemente en otras culturas prehispánicas, el reconocimiento hacia las personas con discapacidad era importante, además de saber tratar los padecimientos mediante la herbolaria, las actitudes de aprecio, solidaridad, respeto y reverencia eran inculcados por los padres quienes exhortaban a sus descendientes, tener respeto por los “enfermos, discapacitados o inválidos, pero sobre todo que nadie fuera víctima de desprecio o burla” (García y Martínez, 2014, p. 167).

De igual manera, en la cultura maya se sabe que existía dentro de sus costumbres el respeto hacia los ancianos y principalmente eran

bondadosos con aquellas personas que tenían una discapacidad: especialmente con los enanos y con las personas que tenían alguna deformidad (Di Nasso, 2010).

Representaciones cerámicas, escultóricas y pinturas murales señalan individuos que sufrieron de acondroplasia (trastorno en el crecimiento de los huesos que provoca enanismo y/o acortamiento en las extremidades), muestran personas jorobadas, invidentes o con problemas oculares en general. De igual manera, en las crónicas históricas se mencionan algunos estados de limitaciones físicas que dañaban la piel, boca, oídos, ojos u otras. También se habla de individuos cojos, mancos, enanos corcovados, entre otros, a raíz de estos datos, es obvio que los grupos prehispánicos en México padecieron de muchas limitantes tales como anomalías en el desarrollo, traumatismo y problemas osteoarticulares (Jaén y Murillo, 2005).

A lo largo de este breve recuento, se ha observado que las personas con discapacidad han sido sometidas a tratos injustos que comprometen su dignidad como seres humanos y a sus propios derechos.

Han sido objetos de rechazo y muerte por considerárseles expresión del mal, este rechazo con el tiempo ha cambiado por sobreprotección, convirtiéndose en objetos de caridad, más tarde en objetos de asistencia, para irse transformando poco a poco en objetos de estudio psico-médico-pedagógico, al ser considerados como sujeto-problema. (Hernández, 1999, p. 4)

No obstante, han surgido de manera paliativa, algunas instituciones que han creado estrategias para disolver ciertas formas de discriminación y exclusión que se generan en los diversos grupos vulnerables. Tal es el caso de la Organización de las Naciones Unidas, que en sus tratados internacionales pretende evitar acontecimientos que denigren al ser humano y coadyuven el cumplimiento de los derechos humanos. Pero este tema se profundiza en el siguiente capítulo.

Sin embargo, en nuestros días muchas actitudes hacia las personas con discapacidad vienen dadas por políticas paternalistas, asociadas a la exacerbación de la imagen y no al contenido (García y Martínez, 2014), esto es, que muchas de las propuestas del Estado para con las personas con discapacidad suelen ser más denigrantes, que coadyuvantes a su inclusión.

Continuando con García y Martínez, la discriminación ha sido un hecho histórico, un proceso largo que ha sido aceptado en nuestro país hasta el siglo XXI, cuando se reconoce la discriminación racial y por discapacidad. También, refieren que la discriminación es una conducta fundada, sistemática y socialmente desarrollada contra algún individuo o grupo de individuos, que durante la historia de la humanidad han sido aquejados de un sin número de desventajas inmerecidas debido a que mediante la práctica se ha “naturalizado”.

Sin embargo, pese a este breve recuento, en la actualidad se puede observar la reproducción de actitudes de exclusión que resultan discapacitantes, como las políticas y normas que no tienen en cuenta a las personas con discapacidad, esto es porque las políticas públicas no siempre tiene en cuenta las necesidades de esta población, por tanto la prestación de servicios es insuficiente y de mala calidad, algunos servidores públicos no tienen la sensibilidad a brindar atención adecuada esta población y muchas de ellas no cuentan con ninguna seguridad social. Por añadidura, la falta de accesibilidad, incluyendo las adecuaciones en lugares públicos, transporte, escuelas, información y la falta de participación, porque en ocasiones son excluidas en la toma de decisiones en diversos ámbitos de su vida (Munuera, 2012).

De esta manera se puede observar que el paso del tiempo, y la lucha por la inclusión social para las personas con discapacidad, no han sido detonantes para que esta población goce una vida íntegra sin factores de exclusión, ni discriminación.

### **Modelos de la discapacidad.**

En este apartado se analizan de manera breve los modelos que han ido generando la atención de las personas con discapacidad desde diferentes contextos, yendo de la mano con la historia que viene detrás de algunas actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia esta población.

### **Modelo de prescindencia**

Engloba a la discapacidad como resultado de aspectos religiosos, como castigos divinos. Siguiendo a Trujillo y Pérez (2007) existen

sub- modelos dentro de este; en primera está la eugenesia donde las personas que nacían con alguna discapacidad no tenían el derecho de vivir, debido a que eran considerados como el resultado de castigos divinos y por ende condenaban a la familia, lo cual era mal visto. El segundo sub- modelo tiene que ver con la marginación, un rasgo que lo caracteriza, es la exclusión, debido a la gama de situaciones a las que las personas con discapacidad se vieron enfrentadas como la de ser vistos como seres que no podrían valerse por sí mismos en ninguna circunstancia, sin participación alguna, su existencia fue su- peditada al desconocimiento de un ser humano.

### **Modelo médico**

A este modelo ya no se le atribuyen las causas divinas, es considerado como aquel cuyas causas son meramente individuales y que la persona que posee alguna discapacidad se encuentra sujeto a una rehabilitación que determina su funcionalidad con respecto a la capacidad de recuperación que pueda obtener durante el proceso.

En este sentido, son las instituciones clínicas las que se encargan de realizar un tratamiento que converja en la integración social de la persona con discapacidad, propiciando métodos que coadyuven a la mejora de la salud, “orientadas a la compensación y adaptación de la persona con discapacidad” (Seoane, 2011, p. 146).

Asimismo, este modelo viene dado, como menciona Hernández (2015), por actitudes paternalistas y caritativas que constituyen a la persona con discapacidad como un ser con menos valor que las demás personas (se utiliza el término de minusvalía).

### **Modelo social**

Siguiendo con Seoane (2011), este modelo refiere a que la discapacidad viene dada por la interacción de esta población con el entorno social, es decir, con las estructuras sociales que no han sido diseñadas con accesibilidad para las personas con discapacidad. Este modelo rechaza que la situación en la que se encuentran las personas con discapacidad provenga de castigos divinos o que la simple atención médica para su reincorporación, sea el mejor camino. En ese sentido:

(...) la discapacidad es una construcción social, y la respuesta debe provenir de intervenciones en el entorno que remuevan las diversas barreras que conducían a la exclusión o marginación de las personas con discapacidad y hagan posible su integración y su participación en la vida social (pág. 147).

Este modelo busca dar respuesta a la carencia de medios articulados que proporcionen a las personas con discapacidad alguna forma de normatividad jurídica que acompañe a una verdadera inclusión social, que como se ha mencionado en líneas anteriores ha sido condenada a una condición de discriminación y exclusión por parte de la sociedad.

Cabe señalar que la propuesta del modelo viene acompañada de una serie de movimientos que se fueron dando aproximadamente en la década de 1970. De esta manera siguiendo con el recuento de Moscoso (2011), Ed Roberts fue un estudiante tetraplégico que sostuvo un juicio legal contra la universidad de Berkeley California, que exigía la accesibilidad del establecimiento para que el joven pudiera incorporarse. Ocho años después el lugar adaptado en el que residía Ed en la universidad se convirtió en un lugar de reunión donde asistían personas con alguna discapacidad severa, se llamaban *The Rolling Quads*, el cual años más tarde se convirtió en el movimiento Independent Living (Vida Independiente).

Actualmente dicho movimiento enumera más de cuarenta y seis capítulos internacionales y tiene activistas en muchas partes del mundo. Asimismo, se rigen por el lema “Nada de nosotros sin nosotros”, que refiere al desarrollo de las personas con discapacidad con respecto a sus proyectos de vida en igualdad de condiciones que todos los seres humanos.

De esta manera, el modelo social se encuentra totalmente relacionado con la consideración de que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos. Esto es en gran medida la consecuencia de una lucha, de quienes reclamaban que se les dejase de considerar como objeto de políticas asistenciales y/o paternalistas, para pasar a ser sujetos de derecho. (Palacios, 2008).

## **Derechos humanos de las personas con discapacidad**

El tema de los derechos humanos de las personas con discapacidad está dirigido al verdadero cumplimiento con respecto a la accesibilidad e inclusión de estas personas en los diferentes ámbitos de la sociedad, este manifiesto se ve dado por el hecho de que muchas instituciones encargadas en la protección y promoción de los derechos humanos comienzan a tener un gran interés por estas situaciones relativas a las personas con discapacidad (Trujillo y Pérez, 2007).

El Protocolo de Actuación para quienes Imparten Justicia en casos que involucren Derechos de Personas con Discapacidad<sup>3</sup>, indica que en México, las personas con discapacidad son titulares de todos los derechos humanos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) como en los tratados internacionales de los que el país forma parte. En este sentido, todas las autoridades están constreñidas a “promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad, atendiendo a los principios de universalidad (para todas las personas), interdependencia (vinculación entre los derechos humanos), indivisibilidad (no pueden separarse o fragmentarse unos de otros) y progresividad (gradual progreso para lograr su pleno cumplimiento) (p.48)”.

Los instrumentos normativos referentes a la discapacidad, en el ámbito internacional, son diversos, algunos son los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 2, párrafo 1)
- Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos (artículo 2, párrafo 1)

---

<sup>3</sup> Este documento tiene como finalidad sugerir las directrices o lineamientos a seguir, por parte de las y los juzgadores, en aquellos casos que involucren a personas con discapacidad. Teniendo como objetivo principal promover el respeto de los derechos que les han sido reconocidos tanto en la CPEUM como en los tratados internacionales de los que México es parte, en el entendido de que su exigibilidad y justiciabilidad es fundamental para reconocer y aplicar en el orden jurídico interno el modelo social y de derechos humanos sobre la discapacidad, tal como lo dispone la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (p. 9)

- Pactos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 2, párrafo 2)

Asimismo, se encuentra la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 1, párrafo 1) y su Protocolo Adicional sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 3),

Pese a que son tratados con carácter diferente, uno general y otro regional, son utilizados en la aplicación de justicia en materia de discapacidad, esto porque cada uno de ellos prohíbe la discriminación en materia de ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Asimismo, existen también algunos comités creados por los tratados internacionales que se encargan de emitir observaciones en materia de discapacidad, las cuales sirven de guía para los Estados en la regulación de aspectos concretos de la vida de las personas con discapacidad. Los comités son:

- La observación general núm. 5 sobre Personas con Discapacidad del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,
- La observación general núm. 9 sobre los Derechos de los Niños con Discapacidad del Comité sobre los Derechos del Niño
- La observación general núm. 1 igual reconocimiento como persona ante la ley y la observación general núm. 2 accesibilidad del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Por otra parte, el marco jurídico, específico, sobre los derechos de las personas con discapacidad es amplio, se tiene, entonces, la siguiente legislación en materia de discapacidad:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley para la Integración de Personas con Discapacidad del estado de Yucatán. Publicada en el Diario Oficial del Estado el 15 de mayo de 1996.

- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Entró en vigor en México el 14 de septiembre de 2001.
- Ley Federal Para Prevenir y Eliminar La Discriminación. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003.
- Ley General de las Personas con Discapacidad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2005.
- Reglamento para el reconocimiento de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el municipio de Mérida. Publicado en el Diario Oficial del Estado el 21 de septiembre de 2005.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Entró en vigor en México el 3 de mayo de 2008.

De manera general los derechos que se sostienen son:

- Derecho a la igualdad y a la no discriminación.
- Derecho a igual reconocimiento como persona ante la ley
- Derecho a la accesibilidad.
- Derecho a la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- Derecho de acceso a la justicia.
- Implicaciones con el derecho de acceso a la justicia.

Tomando algunas de estas legislaciones, como ejemplo, en materia de educación sexual y/ sexualidad, tenemos que, específicamente en la ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Título Segundo de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Capítulo I que corresponde a Salud y Asistencia Social se menciona claramente que la Secretaría de Salud debe promover el derecho de las personas con discapacidad para que puedan tener un nivel satisfactorio de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación.

Asimismo, a nivel internacional se ha creado la Convención<sup>4</sup> de los derechos de las personas con discapacidad, que fue firmado en la ciudad de Nueva York en el 2006 y que en nuestro país y a nivel internacional entró en vigor en el año 2008. El propósito de tal documento es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (p.4). Asimismo, tal documento menciona que es importante que cada Estado Parte del Tratado, deba poner énfasis en la reproducción del mismo y el cumplimiento de lo estipulado para dar respuesta a las necesidades que las personas con discapacidad demanden.

El artículo 9 de tal convención, engloba todas las formas de accesibilidad que se deben de instalar en los diversos contextos sociales (urbanos y rurales) y que deben de asegurar la independencia y participación plena de las personas con discapacidad. Por ende, los Estados Partes deben coadyuvar con las medidas pertinentes para asegurar el acceso de esta población al entorno físico, transporte, información, comunicación, incluyendo los sistemas y tecnologías, así como instalaciones abiertas al público o de uso público. “Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso (p.8-9).

De igual manera, en el artículo 2 (p.5), se exhorta que todo tipo de comunicación debe abarcar las diversas modalidades:

La “comunicación” incluirá los lenguajes (tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal), la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macro tipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

---

<sup>4</sup>Tratado internacional aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre del 2006.

Parece ser que el estado no ha caído en cuenta de esta necesidad latente con respecto a las personas con discapacidad. Y es que claramente lo indican los artículos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, se debe facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, medios alternativos de comunicación que sean accesibles ante las interacciones sociales de las personas con discapacidad con su entorno social<sup>5</sup>; las personas con discapacidad tienen el derecho a decidir libre y responsablemente, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos<sup>6</sup>.

En el país no hay muchas personas que hablen la lengua de señas, factor primordial que conlleva a la exclusión de esta población. Por lo tanto, las personas con discapacidad auditiva no pueden tener una comunicación efectiva con los contextos de su vida diaria además no existen suficientes especialistas para atender a esta población. Por ende se convierte en un grupo vulnerable al enfrentar riesgos que propician problemas sociales y de salud (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abusos). (UNICEF, 2011).

En octubre del 2014, la ONU emitió 58 recomendaciones al Estado Mexicano en materia de discapacidad. En el documento se plasma desde “el respeto integral de los derechos de personas con discapacidad hasta el diseño de un plan nacional de accesibilidad, destacando la recomendación por la que el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU, insta al Estado mexicano a desarrollar programas de toma de conciencia sobre las personas con discapacidad como titulares de derechos”<sup>7</sup>.

Sin duda alguna la situación por la que atraviesa esta población es desconcertante, porque inevitablemente se encuentran fuera del alcance de estas formas de derecho que han sido creadas para mitigar su estado de vulnerabilidad ante las situaciones que aquejan su bienestar. Asimismo, se puede dar cuenta en la literatura revisada

---

<sup>5</sup>Artículo 21. Libertad de expresión y de opinión acceso a la información (p.13)

<sup>6</sup>Artículo 23. Respeto al hogar y la familia (p.14)

<sup>7</sup>Emite ONU 58 recomendaciones a México sobre derechos a personas con discapacidad

<http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=446683&idFC=2014>

que, pese a la connotación oficial de esta población como persona con discapacidad, personalizando la situación en la que se encuentran, aún se refieren a ellos como personas discapacitadas, sujetos de especial protección, entre otros.

## **Trabajo social ante la discapacidad**

El trabajo social es una disciplina de las ciencias sociales que interviene en la realidad social a través de métodos científicos que propicia opciones resolutorias para los problemas sociales.

El reconocimiento del otro es un elemento primordial para los trabajadores sociales, y es desde esta perspectiva donde se debe apostar para dar lugar a las poblaciones que se encuentran invisibilizadas por la sociedad. Tal es el caso de las personas con alguna discapacidad.

Ante las situaciones de desventaja y de rompimiento de lazos sociales es desde donde el lente del trabajo social debe estar enfocado contribuyendo en la resolución de los problemas sociales que aquejan a nuestra sociedad, promoviendo y generando participación para que los mismos sujetos sean los agentes de cambio. Sin embargo, existen pocos trabajadores sociales comprometidos con la sociedad.

Es importante, comprender cuáles son los discursos de las personas con discapacidad y optar por influir en la medida de lo posible, en “la dimensión política que ineludiblemente condiciona el imaginario social en torno a la discapacidad y determina sus condiciones de vida aún en situación de desigualdad y exclusión social (Muyor, 2011, p.20).

Siguiendo a Muyor debemos de dejar de ser tecnócratas en el rol del “que sabe” y que va a brindar el “remedio” a los problemas. En su lugar, tenemos que comprender las necesidades que enfrentan las personas con discapacidad para realizar análisis críticos e interpretarlos con el fin de encontrar alternativas idóneas que propicien los cambios verdaderos a través de la interacción con esta población vulnerable, es decir, que sean los actores los que transformen su realidad en algo positivo y beneficioso.

Es indispensable que el marco jurídico en pro de las personas con discapacidad sea de conocimiento de la población en general, esto es, porque en la sociedad aún se reproducen los estigmas sobre que

las personas con discapacidad son personas sin derecho, sin participación, porque no tienen la facultad para ejercer una ciudadanía como cualquiera. “Y es que el tema de la discapacidad no siempre ha hecho parte del discurso de los derechos humanos” (Ospina, 2010, p. 143) sin duda alguna esto se puede notar cuando la reproducción de inequidades y discriminación está en cada esquina, en cada espacio, y no alzamos la voz para defender los derechos humanos de las personas con discapacidad.

En este sentido, el trabajo social tiene el reto de consolidar estrategias que promuevan el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, que las discriminaciones puedan mitigarse y que la sociedad en general reconozca que esta otredad tiene voz, que aún no ha buscado los medios para hacerla escuchar en su totalidad, pero que ahí está con hambre de justicia ante una sociedad individualista. “Sin políticas públicas y mecanismos de garantía que conviertan a los derechos humanos en una realidad, las normas constitucionales no pasarán de ser una buena idea” (Carbonell, 2011 como se citó en Zúñiga, 2014, p. 140).

## **Retos de Trabajo social en la discapacidad**

Richmond (1922) señalaba que la discapacidad, tenía que ver con el déficit del entorno y por lo cual la realización de un diagnóstico debería dar lugar a las capacidades de los individuos y de esta manera ser los propios actores de su cambio. Es decir, que lo que ella miraba era esta concepción de adecuar el entorno social para la interacción plena de las personas que tenían alguna discapacidad, y además reitera que como trabajadores sociales somos los que cooperamos ante estas resoluciones venideras de un buen diagnóstico, no sólo del individuo, sino del contexto.

Siguiendo a Richmond (1922) es importante señalar que en su libro *¿What is social case work?* Presenta el caso de Helen Keller quien poseía una discapacidad múltiple, siendo una persona con discapacidad auditiva y visual, y con la cual demuestra una intervención profesional a través de un método. En su libro dedica un apartado importante del proceso en el cual Helen logra valerse por sí misma a través del apoyo de una institutriz que proporciona educación de carácter social utilizando la cotidianidad como una manera

de intérprete “la Srta. Sullivan supo transformar, una existencia desesperada en una carrera singularmente dichosa” (p. 19).

En este sentido, la idea de Richmond es procurar una metodología de intervención que esté basada en reconocer que todas las personas representan casos particulares, que requieren atención apremiante para consolidar un buen trabajo de caso, reiterando la importancia de las redes sociales como papel fundamental para la resolución de las problemáticas existentes.

De esta manera, algunos de los retos propuestos y en los que debemos incidir los trabajadores sociales con respecto a las personas con discapacidad auditiva son:

- 1) Procurar la inclusión de las personas sordas en el ámbito social, facilitando la comunicación, realizar las adecuaciones pertinentes para el uso de información necesaria como medios más visuales y que la Lengua de señas mexicanas y el Braille puedan introducirse en los diferentes ámbitos sociales como escuelas, centros de salud, centros comerciales, entre otros.
- 2) Promover la inclusión de personas con discapacidad en programas de Educación Sexual e incluso sustentar futuros proyectos que puedan brindar respuesta a la necesidad que la población demande, con atención integral ante las cuestiones pertinentes como la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, la ruptura de algunos tabúes y la realización plena y satisfactoria de la sexualidad, en esta población.
- 3) Orientar a la familia y a las instituciones y/o asociaciones que trabajan con esta población, para abordar diversas temáticas.

Asimismo, el trabajo social debe tomar en cuenta su intervención con esta población como un área de oportunidad y un campo de trabajo que incorpore la educación y sensibilización de la sociedad en general ante las diversas situaciones que enfrentan las personas con discapacidad, como fundamentos integrales del ser humano.

Es por ello que el trabajo social tiene el reto de consolidar nuevas estrategias que procuren el reconocimiento de las personas con discapacidad como seres con derechos y también con obligaciones, que

merecen ser incluidos en los diversos ámbitos de la sociedad, particularmente en la concepción de seres sin derechos.

Finalmente es importante trabajar, como menciona Muyor (2011), sobre las bases de una intervención más activa e incluyente que impacte en las estructuras sociales que limitan la participación de las personas con discapacidad y generan procesos de exclusión. Asimismo, es necesario fomentar la reflexión sobre la forma de intervenir con las personas con discapacidad desde y con la propia población y de esta manera incluir la perspectiva de los derechos como el punto de partida y de llegada de la intervención social.

## Referencias

- Aguada, D., A. (1995) *Historia de las deficiencias*, Madrid, Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE, pp. 40- 41.
- Bell, D. (2006). *El advenimiento de la sociedad post-industrial: un intento de prognosis social*. Alianza: Madrid.
- Castillo, D., y Orea S. (2001). La integración social y laboral de las personas con alguna discapacidad. *Discapacidad*.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2007). Recuperado de: <http://sid.usal.es/10244/3-4-1>
- Di Nasso, P. (2010). “*Mirada histórica de la discapacidad*”. Recuperado de: [http://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di\\_nasso/Druet](http://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di_nasso/Druet),
- Dirección General de Comunicación y Vinculación Social de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. México, 2014, Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren derechos de personas con discapacidad.
- Engels, F. (2001). *La situación de la clase obrera en Inglaterra, edición original de 1845*. Recuperado de: <http://www.marxis-moeducar.cl/me-01a.htm>,
- Fernández, I. J, L. (2008). Historia, discapacidad y valía. En *La imagen social de las personas con discapacidad. Estudios en homenaje a José Luis Barriga Bravo*. Ediciones cinco: España.

- Ferreira, M. y Ferrante, C. (2009). *El cuerpo: objeto y sujeto de las ciencias humanas Y sociales*. Recuperado de: [http://www.mfe-reira.es/Documentos\\_nuevo/Cuerpo%20Ferrante%20Ferreira%202009.pdf](http://www.mfe-reira.es/Documentos_nuevo/Cuerpo%20Ferrante%20Ferreira%202009.pdf)
- Flores, L. (2010). Las personas discapacitadas como grupo vulnerable a la luz de la Constitución mexicana. IUS. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C.*, 4 (26), 113-125.
- García, L., D, M. y Martínez, de la P., A. (2014). Las imágenes de la discapacidad en el México antiguo y en la actualidad. En *Diseño para la discapacidad*. Universidad Autónoma Metropolitana: México. Pp. 162- 172.
- Hernández, G., E. (1999). *Hacia el Mejoramiento de Imagen de la Persona con Discapacidad*. XIV Seminario Iberoamericano sobre Discapacidad y Comunicación. Santo Domingo, Rep. Dom.
- Hernández, R., M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. “*Sistematización de la experiencia de la Práctica de Consultorio Jurídico Virtual*, 6(2), pp. 46-59
- Jaén, E., M.T.y Murillo, R., S. (2005) Las enfermedades en la cosmovisión prehispánicas. *Estudios de Antropología biológica*, 7,871-896.
- Joly., E. (2007). *La discapacidad: una construcción social al servicio de la economía*. Recuperado de: <http://www.rumbos.org.ar/discapacidad-una-construccion-social-al-servicio-de-la-economia-clase-facderuba>
- Moscoso, P., M. (2011): “La discapacidad como diversidad funcional: los límites del paradigma etnocultural como modelo de justicia social”, *DREIA Dilemata: Revista internacional de éticas Aplicadas*, 7(3): 77-92.
- Munuera, G., M. (2012). Trabajo Social en la defensa de los derechos sociales de las personas con discapacidad. *Trabajo Social*, 14, 93-104.
- Muyor, R., J. (2011). *La (con) ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111301>

- Ospina, Mario. (2010). *Discapacidad y sociedad democrática*. *Revista Derecho del Estado*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337630234007>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: CINCA
- Richmond, M. E. (1982). *Caso Social Individual*. Buenos Aires, Hvmantitas (Publicado originalmente en 1922).
- Romañach, C., J. (2013) *Los crímenes olvidados*. Recuperado de: [http://www.minusval2000.com/pdf/los\\_crímenes\\_olvidados.pdf](http://www.minusval2000.com/pdf/los_crímenes_olvidados.pdf)
- Seoane, J. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora*, 30(1), 143-161.
- Soto, M., A. (2010). *La discapacidad y sus significados: notas sobre la (in)justicia*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n35/n35a11.pdf>
- Trujillo, J., E., y Pérez, C., L. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Grupo editorial Cinca, S. A.
- Valencia, L.A. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad. De la opresión a la lucha por sus derechos*. Recuperado de: <http://www.rebellion.org/docs/192745.pdf>
- Szasz, I. y Lerner, S. 2002. Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. El Colegio de México: México
- Zardel, J. B, E. (2010) *La discapacidad como una figura de discriminación en la modernidad. De la historia a las prácticas vigentes*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: [http://www.ses.unam.mx/integran-tes/uploadfile/mrueda/Zardel2010\\_Tesis.pdf](http://www.ses.unam.mx/integran-tes/uploadfile/mrueda/Zardel2010_Tesis.pdf)
- Zúñiga, M. E. (2014) Las personas con discapacidad. *Revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social*. 7(5).

# **Eje Temático**

## **Trabajo social ante situaciones emergentes: COVID 19**



# **Percepción social del COVID-19: una exploración al inicio de la pandemia en Coahuilenses y otros mexicanos**

Laura Fabiola Núñez Udave  
Laura Karina Castro Saucedo  
Francisco Alejandro Moyeda Martínez  
*Universidad Autónoma de Coahuila*

## **Introducción**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la enciclopedia británica, las 5 pandemias que más muertes han causado son: la peste negra (años 1347-1352) con 200 millones de muertes, la viruela (año 1520) con 56 millones de muertes, la gripe española (años 1918-1919) con 40-50 millones de muertes, la plaga de Justiniano (años 541-542) con 30-50 millones de muertes, y el VIH/SIDA (desde el año 1981- a la actualidad) con 25-35 millones de muertes (Infobae, 2020).

Hasta hace poco, el Ébola ocupaba el lugar 17 entre las pandemias que más muertes han causado (11.300), pero ya ha sido superado en número de muertos por el COVID-19 que a 10 de abril ha causado más de 100.000 muertes 2, a sabiendas de que aún falta por venir el pico de mortalidad en gran parte de Latinoamérica (BBC, 2020).

A manera de contextualizar al COVID-19, se puede explicar que esta epidemia, tiene el epicentro en China continental, específicamente en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (Ramos, 2020), al finalizar el año 2019 un síndrome respiratorio de causa desconocida provocó un brote que alertó a los habitantes de Wuhan. Las

autoridades sanitarias chinas llevaron a cabo una investigación exhaustiva que para el 7 de enero de 2020 les permitió caracterizar un nuevo coronavirus al cual posteriormente la OMS nombró oficialmente como COVID-19 (Peña y Rincón, 2020).

El nombre de COVID-19, se dio por las siglas CO de corona, VI de virus, D de la palabra en ingles de enfermedad (Disease) y 19 por su año de aparición (2019). Se considera que su origen es zoonótico (murciélagos), con transmisión al humano, principalmente por vía respiratoria (Vega, Arvizu, Domínguez, Sierra, y Correa, 2020).

Esta pandemia ha evolucionado de forma rápida, de tal manera que cada día surgen nuevos datos sobre el número de enfermos y casos fatales. Hasta febrero del 2020, se habían notificado 66 580 casos confirmados (la gran mayoría en China), que incluyen 1 716 casos en trabajadores de la salud y 1 524 casos fatales. En el resto del mundo (25 países) se han registrado más de 526 casos, la mayoría detectados en personas que han viajado a China o que han estado en contacto con alguna persona enferma (Ramos, 2020).

En México de acuerdo con información oficial de la Secretaría de Salud (2020) hasta el 22 de septiembre del 2020 se tiene registro de 737,603 casos positivos confirmados, mientras que el registro de defunciones por COVID-19 es de 76,047 personas, y los casos que actualmente están activos en el país son 31,961, es decir los activos son las personas que en este momento aún están contagiados y están en atención médica, en aislamiento o circulando por las calles.

Tomando en cuenta que la enfermedad del COVID-19 se propaga fácilmente entre las personas que tienen contacto cercano, o a través de la tos y los estornudos. La mayoría de los pacientes infectados presentan síntomas leves similares a los de la gripe, pero algunos se enferman gravemente e incluso mueren (Nussbaumer, y otros, 2020), con base en la rápida propagación de este virus se han establecido una serie de estrategias por todas las autoridades del mundo a fin de contrarrestar el aumento de contagios.

En México, al igual que otros países de la región de las Américas, tiene una estrategia de vigilancia de casos afectados por Covid-19 y recientemente la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud (SS) publicó el Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad por 2019-nCoV (actualmente designado como Covid-19), el cual

permitirá entrenar al personal médico, vigilar los casos en puertos marítimos, aeropuertos y sitios terrestres de entrada al país, dar seguimiento a los casos detectados y fortalecer la infraestructura de diagnóstico molecular de la Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública; a la fecha no se han confirmado en el país y en la región de Latinoamérica casos de la nueva patología (Ramos, 2020).

En tal sentido la pandemia de COVID-19 ha llevado a la implementación de medidas extraordinarias de Salud Pública para reducir la propagación del virus dentro de China y a nivel mundial. Implementando rápidas estrategias de contención de grandes extensiones de territorio y aislamiento social severo, pruebas moleculares para mejorar la eficiencia de detección, clínicas de atención primaria especializadas, además de los centros nacionales y locales responsables para el control y la prevención de esta enfermedad (Peña y Rincón, 2020).

Sin embargo, hasta el momento no existe un tratamiento o una vacuna efectiva (un fármaco que impida que las personas contraigan una enfermedad específica) para el COVID-19, por lo que se necesitan otras formas de ralentizar (controlar) su propagación. Una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para controlar la enfermedad es la cuarentena. Esto significa separar a todas las personas sanas por si acaso tienen el virus y pueden propagarlo. Otras recomendaciones similares incluyen el aislamiento (como la cuarentena, pero para los pacientes con síntomas de COVID-19) y el distanciamiento social (donde las personas sin síntomas mantienen una distancia física) (Nussbaumer, y otros, 2020).

Es importante definir y diferenciar cada una de las estrategias que se han seguido para evitar la propagación del virus, los conceptos de cuarentena y confinamiento tienen grandes diferencias y también se deben distinguir de aislamiento y distanciamiento social, con el propósito de contribuir a su correcto uso entre especialistas de las ciencias de la salud (Sánchez y de la Fuente, 2020).

Respecto al concepto de cuarentena, hace referencia a la restricción, voluntaria u obligatoria, del desplazamiento de individuos que han estado expuestos a un potencial contagio y que posiblemente se encuentren infectados. Durante este tiempo, las personas deben per-

manecer en un lugar determinado hasta que pase el periodo de incubación de la enfermedad, para lo cual se debe garantizar asistencia médica, soporte psicológico, refugio y alimentación. El aislamiento se refiere a la separación física de las personas contagiadas de aquellas que están sanas. Esta medida resulta efectiva cuando se ha hecho una detección temprana de la enfermedad y se aísla a la persona infectada en un espacio específico, evitando el contacto con los demás. El distanciamiento social consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas (Sánchez y de la Fuente, 2020).

Esta medida se implementa cuando en una comunidad existen personas infectadas que, al no haber sido identificadas ni aisladas, pueden seguir transmitiendo la enfermedad. Por ello, el distanciamiento social implica el cierre de lugares donde hay mayor concentración de personas como escuelas, centros comerciales, sitios para eventos sociales, oficinas, entre otros. Por su parte, el confinamiento es una intervención que se aplica a nivel comunitario cuando las medidas mencionadas anteriormente han sido insuficientes para contener el contagio de una enfermedad. Consiste en un estado donde se combinan estrategias para reducir las interacciones sociales como el distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas, restricción de horarios de circulación, suspensión del transporte, cierre de fronteras, entre otros aspectos (Sánchez y de la Fuente, 2020).

El panorama sigue siendo crítico para el mundo en términos de recuperar la vida que se tenía antes del COVID-19, por lo tanto, la pandemia sigue representando todo un riesgo para las sociedades, ya que las paralizó en algunos aspectos como los económicos, planes de vida, entre otras actividades que se vieron severamente afectadas ante la pandemia. Sin embargo, por otra parte, la pandemia también ha dinamizado en otros aspectos a las sociedades, en materia de solidaridad, cooperación, compañerismo y otras iniciativas en apoyo a las sociedades.

Sobre lo anterior Prieto (2020), menciona que las pandemias han diezmando dramáticamente la civilización a lo largo de la historia. Ante una situación de este tipo, son muchos los sentimientos que han aflorado: el miedo es uno de ellos, pero también ha aflorado el sentimiento de hermandad, de solidaridad. De estos momentos de

pandemia se rescatan las oportunidades, a pesar de credos, ideología, o tendencias, de vencer los miedos para enfrentar esta pandemia unidos y salir adelante, para seguir trabajando, para ayudar a sanar a los enfermos y así poder preservar la civilización, la sociedad, la comunidad, las familias.

## **Trabajo Social en tiempos de pandemia**

El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (IFS2, 2020).

Los daños que ha traído consigo la pandemia por el COVID-19 son múltiples, algunos de los que se pueden encasillar en este estudio son los sociales y en tal sentido, se puede observar cómo la pandemia ha derrumbado con éxito la economía global, ha interrumpido los eventos sociales tanto individuales, como globales y ha causado la muerte de decenas de miles de personas, dejando a millones infectados y vulnerables. Entre los afectados de manera desproporcionada se encuentran las poblaciones a menudo marginadas y excluidas de la sociedad (es decir, adultos mayores, personas con problemas de desarrollo, incluidos aquellos con sistemas inmunológicos débiles y los pobres).

Con la promulgación del distanciamiento social y el autoaislamiento entre muchos gobiernos de todo el mundo, se han planteado preocupaciones sobre las perspectivas de un aumento de las violaciones de los derechos humanos, especialmente entre los estados que, antes de la pandemia, tenían una propensión a las violaciones graves de los derechos (Sandhu, 2020; Human Rights Watch, 2020).

Los daños sociales que ha traído consigo el COVID-19, llevan a reflexionar sobre los valores profesionales de la profesión que de

acuerdo con Amadasun, Solomon (2020) son los siguientes: servicio, derechos humanos y justicia social, dignidad y valor de las personas, privacidad y confidencialidad, importancia de las relaciones humanas e integridad. Sin embargo, la reflexión que se tiene a partir del ejercicio profesional de la disciplina del Trabajo Social en tiempos de COVID-19, se cita a Amadasun, Solomon (2020) quien menciona que estos valores se han socavado y en algunos casos anulado, se ha vuelto cada vez más notable que si alguna profesión es la más afectada por la pandemia, es la profesión de trabajador social.

El Trabajo Social enfrenta un gran reto ante esta crisis mundial por la pandemia del COVID-19, en varios contextos profesionales, las prácticas de esta profesión se quedaron paradas hasta nuevo aviso, por tanto, los profesionales deben estar en la primera línea no solo de responder a la pandemia, sino también de ampliar las acciones si se quiere que los críticos y los ciudadanos tomen en serio al Trabajo Social. Crudamente, esta profesión está amenazada hoy porque el valor de la justicia social se ve desafiado por el impacto deletéreo de la pandemia en los grupos sin poder. Más aún, el valor de la dignidad humana se hunde frente a la privación económica y de recursos entre muchos ciudadanos que no pueden acceder a la atención médica. El credo de garantizar los principios de los derechos humanos parece tambalearse al borde del defecto en medio de las violaciones flagrantes de los derechos humanos (Amadasun, Solomon, 2020).

En cuanto a la privacidad, mi imaginación es ¿cómo interactuamos y apoyamos a las personas cuyo nuevo estado no es de su propia creación, en cuyo caso, su acceso a los servicios y programas se ha restringido sin lugar a duda? En lo que respecta al servicio, esto refleja una obligación ética de proteger el bienestar general de la sociedad (Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, 2008); sin embargo, la sociedad se encuentra actualmente bajo la amenaza de histeria y denegación del servicio social, especialmente para quienes atraviesan situaciones traumáticas. Claramente, responder a los problemas sociales que emanan de los desafíos sociales y de salud públicos es la razón de ser de la profesión de trabajo social y abordar el COVID-19 en términos de sus graves consecuencias en las con-

diciones sociales en general y en las vidas de las personas y las familias y hogares, grupos y comunidades en específico es un imperativo profesional (Amadasun, Solomon, 2020).

El *objetivo*, fue comparar la percepción social del COVID-19 que tuvieron los coahuilenses en contraste con personas de otras ciudades de México, al inicio de la pandemia por el COVID-19 en la República Mexicana.

## **Abordaje metodológico**

La investigación fue de tipo cuantitativa, realizada bajo un diseño no experimental de tipo transversal con un alcance descriptivo, a través de análisis de frecuencias y porcentajes para los datos socio-demográficos, así como de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, para dos muestras independientes, considerando un nivel de significancia de  $p \leq 050$ , para ello se tomó como variable agrupadora la entidad federativa de los participantes con la cual se identificaron dos grupos 1) Coahuila y 2) Resto de estados de la República y se contrastaron con las calificaciones de las 7 subescalas de instrumento: 1.- Preocupación y pensamiento catastrófico, 2) Malestar emocional, 3) Creencias y sanación social, 4) Compras innecesarias, 5) Competencias emocionales y 6) Medidas de precaución y estrategias políticas y 7) Competencias emocionales (Castro y de León, 2017). Para el procesamiento de los datos se utilizó el software computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.

*Participantes.* Se trabajó con una muestra de 2219 personas, elegidas a través de un muestreo no probabilístico por bola de nieve, contando con participantes de las 32 entidades federativas de la República Mexicana, de los cuales 1077 (48.5%) fueron de participantes de Coahuila y 1142 (51.5%) fueron participantes del resto del país, con respecto a las enfermedades que se consideran de riesgo para contraer el COVID-19, 67 (3%) mencionaron padecer de diabetes, 119 (5.4%) están diagnosticados con hipertensión, 189 (8.5%) tienen alguna enfermedad respiratoria y 89 (4%) comentaron padecer otras enfermedades autoinmunes como el lupus, artritis reumatoide, entre otras.

*Procedimiento.* Para la aplicación del instrumento se apoyó de las redes sociales como Facebook, WhatsApp y correo electrónico, para ello se elaboró el instrumento de Percepción social sobre el COVID-19 en los formularios de Google y se compartió el enlace de la encuesta durante tres días, dicho instrumento estuvo en la red libre para responderla y compartirla en las diversas redes sociales. Con base en esto, y para garantizar la obtención de respuestas de adultos, se determinó que la muestra debía cumplir con una variable de inclusión que consistió en la edad, ya que lo único que se les pidió a los participantes para responder el cuestionario, fue que tuvieran más de 18 años.

## Resultados

*Datos sociodemográficos.* En la tabla 1 se muestran las frecuencias y porcentajes de las edades de los participantes, como se puede apreciar en el caso de los coahuilenses la edad que más frecuencias tuvo fue el rango de entre los 18 a los 23 años, mientras que en el grupo del resto de los estados de México se observa que fue el rango de los 35 a los 39 años.

<b>Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de edad de los participantes</b>				
	<b>Coahuila</b>		<b>Resto de estados</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
18 a 23 años	601	55.80%	130	11.40%
24 a 29 años	193	17.90%	195	17.10%
30 a 34 años	93	8.60%	213	18.70%
35 a 39 años	63	5.80%	306	26.80%
40 a 44 años	43	4.00%	182	15.90%
45 a 49 años	30	2.80%	77	6.70%
50 a 54 años	27	2.50%	12	1.10%
55 a 59 años	11	1.00%	13	1.10%
60 a 65 años	10	0.90%	11	1.00%
66 años y más	6	0.60%	3	0.30%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de percepción social sobre el COVID-19

En cuanto a los datos correspondientes al sexo de los participantes, se pueden observar en la tabla 2 la cual muestran que en ambos grupos de personas predominaron las mujeres, en el caso de Coahuila se tuvo una participación de 810, mientras que en el resto de los estados fueron 1008 mujeres. Se puede observar que en ambos casos la población femenina rebasa el 50% de los participantes.

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	267	24.80%	134	11.70%
Mujer	810	75.20%	1008	88.30%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

Con respecto a la escolaridad de los participantes, en la tabla 3 se encontró que en ambos grupos la mayoría de los participantes cuentan con estudios profesionales como licenciaturas e ingenierías, en el caso de Coahuila el 64.50% cuenta con una carrera profesional, en los estados del resto del país se puede ver que el 60.90% también. Por otra parte, con estudios de posgrado como maestrías y doctorados se puede observar que son más los participantes de otros estados. Sin embargo, Coahuila también reporta profesionistas con un posgrado.

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Primaria	4	0.40%	2	0.20%
Secundaria	57	5.30%	22	1.90%
Preparatoria	168	15.60%	99	8.70%
Profesional (Licenciatura o ingeniería)	695	64.50%	695	60.90%
Maestría	59	5.50%	244	21.40%
Doctorado	12	1.10%	32	2.80%
No tengo	3	0.30%	4	0.40%
Carrera técnica	75	7.00%	41	3.60%
Otros	4	0.40%	3	0.30%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

## Medidas de prevención ante la pandemia por el COVID-19

Con respecto a las medidas de prevención que están tomando los participantes, en la tabla 4 se puede la frecuencia en la que diariamente utilizan gel antibacterial, en su mayoría se puede observar que tanto en Coahuila como en el resto de los estados el uso es de muchas veces al día.

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	101	9.40%	100	8.80%
Pocas veces	202	18.80%	196	17.20%
Algunas veces	363	33.70%	296	25.90%
Muchas veces	411	38.20%	550	48.20%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

Sobre los datos correspondientes al lavado de manos diario, se les preguntó sobre la frecuencia con la que se lavaban las manos como medida de prevención ante la presencia de la pandemia por el COVID-19, sobre esto la tabla 5 muestra que tanto los coahuilenses como los habitantes de otros estados de la República Mexicana se lavan las manos muchas veces, a fin de evitar posibles contagios del COVID-19, perteneciente a la familia de los coronavirus.

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	0	0.00%	1	0.10%
Pocas veces	22	2.00%	5	0.40%
Algunas veces	220	20.40%	158	13.80%
Muchas veces	835	77.50%	978	85.60%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

Como parte de las medidas de prevención que establecen las autoridades internacionales, nacionales y locales, está la de evitar la asistencia a lugares concurridos, en el caso de este estudio, la tabla 6

muestra que tanto los participantes de Coahuila como los del resto de los demás estados, evitan estar en lugares aglomerados muchas veces durante el día.

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	116	10.80%	90	7.90%
Pocas veces	139	12.90%	101	8.80%
Algunas veces	193	17.90%	145	12.70%
Muchas veces	629	58.40%	806	70.60%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

La tabla 7 muestra las frecuencias de los habitantes que están de acuerdo con las estrategias de prevención que implementa el presidente de la República Mexicana el Lic. Andrés Manuel López Obrador (AMLO), en donde se puede apreciar que en ambos grupos de personas predominan las personas que están totalmente en contra de las medidas de prevención que orquesta el presidente AMLO.

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Totalmente en desacuerdo	479	44.50%	573	50.20%
En desacuerdo	268	24.90%	285	25.00%
De acuerdo	220	20.40%	182	15.90%
Totalmente de acuerdo	110	10.20%	102	8.90%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

Para saber que tan de acuerdo estaban con las medidas de prevención que operativizaban los gobernantes de sus propios estados, en la tabla 8 se muestran los resultados de la aprobación que estos grupos de personas tienen hacia las estrategias de sus gobernantes, a diferencia de lo que opinan sobre las estrategias del dirigente nacional, en esta variable la mayoría de los participantes de ambos grupos muestran estar totalmente de acuerdo con las medidas que sus gobernantes implementan en cada estado. En el caso de Coahuila, la

mayoría de los coahuilenses muestran que están totalmente de acuerdo con las estrategias que el Ing. Miguel Ángel Riquelme está implementando en su estado, de igual forma lo hacen la mayoría de los demás participantes con sus gobernantes.

**Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de Medidas de prevención del COVID-19 de sus Gobernantes**

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Totalmente en desacuerdo	40	3.70%	114	10.00%
En desacuerdo	154	14.30%	209	18.30%
De acuerdo	527	48.90%	402	35.20%
Totalmente de acuerdo	356	33.10%	417	36.50%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

Ante la pregunta referida a qué tan de acuerdo estaban en que las personas debían seguir vivir su vida con normalidad, es decir seguir saliendo con normalidad, saludar con contacto físico a las personas, entre otras acciones que generalmente se hacían antes del COVID-19, en la tabla 9 se muestra qué tan de acuerdo están las personas con esta afirmación, en ambos grupos de muestras se puede observar que predominan las personas que están totalmente en desacuerdo en que las personas sigan teniendo su rutina igual que antes. Esto resulta importante, porque están conscientes de que esto es una medida para poder evitar más contagios de COVID-19.

**Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de Vivir con normalidad a pesar del COVID-19**

	Coahuila		Resto de estados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Totalmente en desacuerdo	700	65.00%	833	72.90%
En desacuerdo	230	21.40%	200	17.50%
De acuerdo	95	8.80%	78	6.80%
Totalmente de acuerdo	52	4.80%	31	2.70%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

La tabla 10 muestra un análisis comparativo entre las muestras de Coahuila y las del resto del país, con relación a la frecuencia que

tienen de seguir asistiendo a los lugares que iban antes de la pandemia por el COVID-19, se puede observar que 839 personas de Coahuila dejaron de frecuentar esos lugares que anteriormente solían asistir, de igual forma 936 participantes del resto de los estados también mencionaron que ya no hacían esta actividad.

<b>Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de Dejar de frecuentar los mismos lugares a los que iba antes del COVID-19</b>				
	<b>Coahuila</b>		<b>Resto de estados</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ya no los frecuento	839	77.90%	936	82.00%
Los frecuento poco	186	17.30%	168	14.70%
Los frecuento un poco más que antes	36	3.30%	21	1.80%
Los frecuento igual que antes	16	1.50%	17	1.50%

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

## **Comparativos U de Mann Whitney**

Para contrastar las características de los participantes con relación las subescalas del instrumento *Percepción social del COVID-19* se realizó un análisis comparativo, a través de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, se utilizó como variable agrupadora el estado de procedencia de los participantes, resultando de esto dos grandes grupos 1) habitantes de Coahuila y 2) habitantes del resto de los estados de México y se contrastaron con el resto de las subescalas del instrumento. Se trabajó con el nivel de significancia estadística de  $p \leq .050$ .

Para trabajar con los comparativos previamente se calcularon las calificaciones de los apartados del instrumento, con base en esto se realizaron los los análisis no paramétricos y de los resultados se identificaron diferencias significativas en tres de los 7 apartados. En la tabla 11 se muestra que la subescala de preocupación y pensamiento catastrófico mostró diferencias significativas cargadas hacia los participantes del resto del país, a diferencia de los coahuilenses, en esta subescala se encontraron variables como qué tanto interés le están dando en su vida a la pandemia por el COVID-19, así como el pensar constantemente en los contagios y muertes que habría en Mé-

xico a causa de esta pandemia, la preocupación que sentían por contraer el virus ellos mismos o sus allegados y la impotencia de que las personas no se quedaran en casa ante esta pandemia.

Otra subescala que mostró diferencias significativas fue la de creencias y sanación social, en este apartado se puede observar que las diferencias están cargadas hacia el grupo de participantes coahuilenses, a diferencia de los participantes del resto del país, lo que indica que en Coahuila creen que todo puede ayudar a que la pandemia se termine. Por ejemplo, las imágenes religiosas, la medicina alternativa, los remedios caseros, los métodos esotéricos, los amuletos y Dios.

La subescala de competencias emocionales mostró diferencias significativas cargadas hacia los participantes del resto del país a diferencia de los coahuilenses, es decir tienen más control de sus emociones con relación a que saben tranquilizarse cuando están muy tristes o muy enojados, expresan adecuadamente sus emociones cuando están en desacuerdo, son capaces de mostrar la calma aunque estén enojados, saben identificar con claridad sus emociones, disfrutan de su vida cotidiana, asumen la consecuencias de sus actos y procuran hacer las cosas que les gusta.

**Tabla 11 Análisis comparativo entre Coahuila y los demás Estados de México sobre las subescalas de Preocupación y pensamiento catastrófico, creencias y sanación social y competencias emocionales ante la Pandemia por el COVID-19**

	Coahuila / demás estados Mx	N	RP	SR	UMW	p
Preocupación y pensamiento catastrófico	Coahuila	1077	1055.56	1136834	556331	.000
	Resto de estados	1139	1158.56	1319602		
	Total	2216				
Creencias y sanación social	Coahuila	1073	1243.88	1334687.5	465806.5	.000
	Resto de estados	1141	979.24	1117317.5		
	Total	2214				
Competencias emocionales	Coahuila	1062	1039.36	1103801.5	539348.5	.000
	Resto de estados	1123	1143.73	1284403.5		
	Total	2185				

Fuente: Creación propia, resultados del instrumento de Percepción social sobre el COVID-19

## Conclusiones y recomendaciones

A partir de los resultados de la investigación se identifica en el total de los participantes la presencia de Preocupación y Pensamiento catastrófico, Malestar emocional y algunas Medidas de afrontamiento a través de las competencias emocionales. Con base en lo identificado se debe poner atención urgentemente en la Salud mental de las personas, ya que esto es un factor importante que está muy presente en los estragos de la pandemia y hasta el momento son pocas las estrategias que se han realizado para atender este malestar que puede ser el origen de otros problemas de salud y sociales.

De igual manera se recomienda que como parte de las modalidades de adaptación a la nueva normalidad, se debe reestablecer o recontactar redes de apoyo (vía no presencial) a fin de poder compartir con otras personas el día a día.

Se recomienda capitalizar todas las situaciones de malestar, y ser creativos para buscar actividades, que ayuden a resolver o a afrontar los problemas, malestares y emociones negativas que deja la pandemia, es importante seguir con las recomendaciones que emiten las autoridades de la salud, ya que la pandemia aún no termina y no hay certeza de cuándo finalice o cómo vaya evolucionando.

Como trabajadora social se debe promover e invitar a los colegas de la disciplina a tener un papel más activo en la profesión, urge una renovación del quehacer profesional del Trabajo Social, en el que se investigue y propongan estrategias que ayuden a propiciar el bienestar social.

Como señala Amadasun, Solomon (2020) los profesionales del Trabajo Social deben estar en la primera línea no solo de responder a la pandemia, sino también de ampliar nuestra acción si queremos que los críticos y los ciudadanos nos tomen en serio, se considera que ante estos movimientos sociales, ambientales, políticos, económicos y todos los cambios vertiginosos que se han podido observar en poco tiempo, todos debemos adaptarnos y renovarnos a las nuevas modalidades, en tal sentido el Trabajo Social debe renovarse para seguir vigente y que siga respondiendo a las exigencias propias de la disciplina.

## Referencias

- BBC (2020). *Coronavirus: el mapa que muestra el número de infectados y muertos en el mundo por el covid-19*. BBC NEWS. 9 de abril de 2020. Fecha de consulta: 10 de abril de 2020. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51705060>
- Infobae (2020). *De la peste negra al coronavirus: cuáles fueron las pandemias más letales de la historia*. Infobae. 18 de marzo de 2020. Fecha de consulta: 10 de abril de 2020. Recuperado de: <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/18/de-la-peste-negra-al-coronavirus-cuales-fueron-las-pandemias-mas-letales-de-la-historia/>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2020). *Definición global del trabajo social*, Recuperado de: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Human Rights Watch (HRW). (2020). *Governments should respect rights in COVID-19 surveillance*. Recuperado de: <http://www.hrw.org/news/2020/04/02/governments-should-respect-rights-covid-19-surveillance>.
- Nussbaumer, S. B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., . . . Gartlehner, G. (2020). *Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, s/f.
- Peña, L. B., & Rincón, O. B. (2020). *Generalidades de la Pandemia por COVID-19 y su asociación genética con el virus del SARS*. Salud UIS, 52(2), 83-86.
- Prieto O, O. R. (2020). *Más allá de las pandemias*. Rev Colomb Cir, 35, 141-142.
- Ramos, C. (2020). *Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus*. Salud Pública de México, 62(2), 225-227.
- Sánchez, V. A., & de la Fuente, F. V. (2020). *COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo?*. Elsevier, España, 93(1), 73-74.

Sandhu, A.C. (2020). *Here are all the human rights violations amid the COVID-19 outbreak.* Recuperado de: <http://www.thebrag.com/human-rights-violations-amid-covid-19-amp>



# Familia y trabajo social ante la pandemia del COVID-19

María Guadalupe Pardo Benítez  
Xolyanetzin Montero Pardo  
Víctor Santos Higuera Castro  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

## Introducción

La pandemia del COVID-19, genera crisis en todos los países donde se está desarrollando, situaciones que conducen a un cambio de paradigma, que significa construir una nueva forma de repensar la vida en familia y por ende en sociedad. Esta surge en un contexto donde ha predominado en los últimos 30 años una visión individualista creada a partir del modelo neoliberal, en detrimento de lo social, lo familiar y lo colectivo.

El cambio de paradigma radica en repensar las formas actuales de ver la sociedad y relacionarnos entre nosotros, es tiempo de orientarnos hacia el interés común, la solidaridad, la ayuda mutua, la cooperación y la colaboración, lo que está en juego, no es el individuo, ni las clases sociales, ni ciertos sectores de la población, ni etnia alguna, se encuentra en riesgo la especie humana y quienes podemos preservarla somos nosotros.

La pandemia del COVID 19 permitió transitar hacia lo colectivo, hacia lo comunitario que necesita trabajarse con mayor intensidad para resarcir el tejido social, ante los hechos se requiere incidir en la reorganización familiar enfatizando que la familia es un equipo desde el cual se puede fortalecer la salud.

Una herramienta fundamental para el desarrollo de trabajos de investigación que apoyen en la creación de nuevos paradigmas desde Trabajo Social ante las nuevas situaciones, pueden ser los estudios etnográficos a través de la técnica de observación y las entrevistas que son parte de la formación de este profesionista.

## **Pandemia COVID-19**

Los hechos demuestran que en México las familias no están preparadas para una pandemia, como ocurre en el caso de terremotos o huracanes que al paso del tiempo se han construido ciertos protocolos que permiten prevenir a la población en caso de estos desastres naturales, es decir, hay experiencia y conocimientos acumulados al respecto.

Por lo tanto, ante la pandemia COVID-19 faltó estar preparados en las familias, en torno al conocimiento y experiencia en torno a estos fenómenos, saber las acciones y conductas que se requieren para la preparación, sensibilización y concientización de sus integrantes.

Ante los hechos, se requiere cambiar la manera de pensar con la misma rapidez en que llegó “la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19) que se ha extendido a 180 países, ocasionando más de medio millón de casos confirmados y más de 40.000 muertes” (Nicolás O’Brien, et. Al. 2020). Ante esto, se requiere mostrar disponibilidad para salvaguardar lo más preciado que tiene el ser humano; que es la VIDA propia y la VIDA de los demás y solo con compromiso social se puede lograr.

La situación conduce a generar cambios en el mundo de la vida y hacerlo es por el bienestar de las familias y de la sociedad, de lo contrario, los resultados serán desastrosos para todos, en lo social, familiar, económico y cultural.

En este contexto se requiere la colaboración de todos, aportar su granito de arena en las familias, para a su vez, proteger a la sociedad con un comportamiento adecuado a la pandemia, con gratitud, por estar con vida y hacer esto con humildad, conscientes de que, por el momento, no hay otra salida.

Ante esta situación las familias se encuentran vulnerables, aportando lo mejor que tienen para salir adelante, pero, se requieren acciones y estrategias que contribuyan a crear formas efectivas de cuidado personal, familiar y social, son tiempos difíciles y se requiere ser solidarios, recuperar la humanización.

Es comprensible que la situación produce crisis familiar, social, cultural y económica, lo que hace imprescindible comprender su

significado y realizar prácticas adecuadas para la prevención, contención y mitigación de la pandemia en nuestro país, acordes con las consideraciones que se transmiten por parte de los científicos, médicos y técnicos, que son los expertos en estos temas de salud pública.

Si bien es cierto, la situación ha generado temor, miedo e incertidumbre y produce un proceso de duelo por la pérdida de la estabilidad social, económica y de salud que teníamos, hay pérdidas y eso nos conduce a la negación a no creer la información que nos transmiten los expertos, preferimos poner atención a los mensajes que se transmiten por las redes sociales y que generan confusión, esto se observa en el comportamiento social de una parte de la sociedad que sigue desarrollando las actividades como siempre lo han hecho, a pesar de que existe el riesgo de contagio y podemos tener problemas de salud y contagiar a los demás.

La dinámica social ya cambió y una fuerte herramienta que puede ayudar en este momento de pandemia que se está viviendo; es la unidad de todos, porque la solución somos todos, para hacerlo, se requiere pensar de manera comunitaria y familiar, pensar como grupo, dejar de lado la actitud individualista, creada por el modelo neoliberal. Para lograrlo se requiere comprender que vale la pena el esfuerzo, porque se está protegiendo con estos cambios a la ESPECIE HUMANA, es un momento histórico en la vida de la humanidad y le toca a esta generación enfrentar el reto de apoyar o bien, claudicar y dejar que la pandemia COVID 19 tome su cauce y produzca más destrucción en el ámbito social, económico, familiar y psicológico, solo actuando en consecuencia de manera responsable se lograrán resultados favorables, tal como valientemente lo hicieron los indígenas en la época de la colonia y aquí están presentes las actuales generaciones enfrentando esta nueva situación a más de 500 años de esa historia.

Es imprescindible **QUEDARSE EN CASA**, trabajar en la reorganización familiar, enfatizando que la familia es un equipo, debe haber sensibilización para ser solidarios, para trabajar en la protección de unos y otros, comprender que de las acciones que se desarrollen dependerá la salud familiar, la concientización de la importancia que tiene seguir las indicaciones de los expertos del equipo de salud, establecer canales de comunicación que nos permita expresar nuestros

sentimientos y emociones, cuidar nuestros recursos familiares y reasignar tareas a cada uno de los integrantes.

Trabajar en nuestras familias en la comprensión de que la pandemia COVID-19 es una situación temporal y que el tiempo que este-mos en casa puede servir para la reconstrucción de la vida familiar, que mejor lugar puede haber para la protección de los seres humanos que su propio hogar, pero, al parecer muchas personas no lo ven, ni lo sienten, ni lo viven así, porque quizá lo que ha pasado, es que se acostumbraron a intensificar la vida laboral y social, en detrimento de la vida familiar, es necesario volver al principio del origen que se encuentra en la familia y permanecer con los seres queridos, hasta que los riesgos de la pandemia haya desaparecido.

Una cuestión importante de señalar es que las familias busquen apoyo profesional con los Trabajadores Sociales o Psicólogos, como orientación familiar o intervención en crisis que pueden atender por teléfono o de manera virtual o bien, hacerlo en algunas instituciones gubernamentales de su localidad y en caso de requerir ayuda para satisfacer sus necesidades de alimentación y medicina apoyarse en las redes sociales, familiares, comunitarias e institucionales disponibles.

## **Trabajo Social y Psicología**

Es importante considerar ante la complejidad de una pandemia como la del COVID 19 la posibilidad del trabajo multidisciplinario con visión psicosocial, por los siguientes considerandos: la pandemia COVID 19 genera en la población, miedo, angustia, temor, ansiedad, desorganización, conflictos en las relaciones familiares y requiere orientación para resolver sus necesidades de salud.

Ante los hechos actuales desde Trabajo Social se puede seguir haciendo investigación de este fenómeno u otros a través de diversas herramientas entre, en este trabajo se propone la metodología de los estudios etnográficos en los términos que se explican a continuación.

## Estudios etnográficos

Trabajo Social es una disciplina que ha tenido históricamente como ámbito de su intervención *la comunidad* ya sea de carácter urbano (que puede ser el barrio o la colonia) o rural, donde ha implementado una diversidad de acciones que la han dotado de experiencia y conocimiento para desarrollar estrategias que contribuyen al bienestar de las familias, para ello aplica la metodología de trabajo comunitario que ha tenido diversas connotaciones, pero lo esencial han sido las etapas que sigue este proceso que inicia con la investigación exploratoria de la comunidad para situar sus aspectos más relevantes.

Para ello, se hace la descripción de las condiciones que tiene la comunidad, que se realiza a través de los recorridos del equipo de Trabajo Social por su territorio, se registra la información en la libreta de notas o diario de campo u otros recursos como tomar videos, fotografías, etc. Solo que ese momento de aplicación de la metodología, no es reconocido como estudio etnográfico, pero cumple con sus características, se recoge información a través de la observación o bien con la aplicación de algunas entrevistas, para situar los aspectos más relevantes de la comunidad donde se destacan aspectos como: infraestructura (canchas deportivas, escuelas, parques y jardines, etc.), servicios (farmacias, tienda, consultorios, dispensario médico, etc.) tipo de calles, características de las viviendas, etc.

En razón, de lo anterior se afirma que “los estudios etnográficos pueden aportar una nueva metodología en la cual enmarcar los estudios que se realizan dentro de la disciplina del trabajo social”. (Pardo, Torres y González, p. 209, 2019)

Reconocer que la etapa de investigación de la metodología de Trabajo Social para el trabajo comunitario puede integrar los estudios etnográficos, es enriquecer sus formas de intervención profesional que redundan en obtener información sistemática de la comunidad que contribuya a elaborar el diagnóstico comunitario y definir mejor su estrategia de intervención profesional, “ya que esta metodología contribuye a complementar la manera en la que se recopila información en comunidades desarrolladas dentro de un contexto

urbano. La etnografía como método de investigación es característica del campo de la antropología” (p.209) una de sus herramientas es la narrativa que permite dar cuenta de los hechos a través de observaciones o entrevistas por parte de los sujetos que realizan la investigación y a partir de las vivencias que las personas narran de su vida, la de su familia y la comunidad.

En Trabajo Social se pueden utilizar los estudios etnográficos como metodología para la investigación cualitativa porque el trabajo que realiza en la comunidad a través de diversos grupos de jóvenes, señoras, familias, niños, adultos mayores, adolescentes, etc. le permite observar las dinámicas que se construyen a partir de las relaciones que establecen que puede ir registrando y eso contribuye a la comprensión de la problemática social donde incide este profesionalista.

Si consideramos que la profesión de Trabajo Social desarrolla su intervención y sus procesos investigativos a nivel microsociales, se puede coincidir que los estudios etnográficos representan una metodología para conocer las situaciones que generan los grupos y las comunidades para construir su vida en sociedad (p. 211)

Los estudios etnográficos pueden contribuir en Trabajo Social a desarrollar los procesos investigativos a nivel microsociales más aún en tiempos como los actuales donde no es recomendable la interacción cara a cara, solo es posible a través de medios visuales, en estas situaciones son pertinentes los estudios etnográficos que se pueden realizar a través de la técnica de la observación, por lo menos en un primer momento. En este sentido, Trabajo Social es experto en el uso esta técnica, derivado de su propia naturaleza, la profesión, desde su surgimiento la ha utilizado, con los aportes realizados por Mary Richmond a través de su método de trabajo social de casos, con la finalidad de identificar algunas características y manifestaciones de las personas con las cuales se realiza la intervención.

En este orden de ideas se exponen a continuación la narrativa de algunos hechos en torno a la pandemia COVID-19 con la finalidad de dar cuenta de este proceso que se está viviendo en un lapso de seis meses aproximadamente.

## **Narrativa de hechos**

*Primera etapa: inicio de la pandemia; Cuarentena, control y seguimiento de los casos.* Aparece la pandemia, llegan las primeras noticias del fenómeno que está ocurriendo a nivel mundial y está afectando a toda la humanidad, sin distinción de raza, status social, posición económica, etc. Lo determinante es la salud de cada persona. El personal de salud de México retomando las indicaciones de la OMS decide suspender la vida escolar, social y laboral por un periodo de 40 días, recomendando que el lugar más seguro es mantenerse en casa. Ante este hecho amplios sectores de la población acataron las instrucciones se paralizan las ciudades, empieza un proceso de pausa en todos los ámbitos. Los adultos permanecen con sus hijos en casa porque no deben salir a trabajar, ni los jóvenes y niños no deben asistir a la escuela, ni guardería, en este momento todo se concentra en casa y toma un significado especial la familia; es ante este fenómeno, el lugar más seguro para la protección por 40 días hasta conocer su comportamiento en México y garantizar menos contagios.

Solamente se quedaron laborando aquellas empresas que atendieran cuestiones relacionadas con la atención a la salud y a la alimentación para atender las necesidades de la población en esos ámbitos.

Por parte del Estado se realizan esfuerzos por mantener a la población en sus familias, hace un llamado a los empresarios a pagar los salarios a pesar de que no están trabajando las personas, no despedirlos y esperar. Las empresas e instituciones donde era posible solicitaron que realizaran el trabajo virtual desde casa, lo que representó un doble esfuerzo de los padres y madres por tener que combinar su vida familiar con las obligaciones laborales y además cumplir con las actividades escolares de los hijos al tener clases de manera virtual y el acompañante principal son ellos.

*Segunda etapa: Contagios a nivel comunitario.* Después de la cuarentena un amplio contingente empieza a salir a realizar sus actividades laborales para reactivar la economía que estaba siendo afectada.

tada por las suspensiones laborales y bajo la presión del sector empresarial se aceptan abrir áreas por etapas, dependiendo de su giro, hasta llegar a abrir todo, con excepción de las áreas para actividades sociales, recreativas y deportivas, los espacios escolares y guarderías. Estas acciones multiplicaron los contagios.

*Tercera etapa: La nueva normalidad.* La pandemia a seis meses de distancia continua, una parte de la población realiza sus actividades laborales y regresa a su casa, otra lo hace desde su casa de manera virtual, los eventos sociales y la actividad escolar presencial están suspendidos, se activan de manera virtual desde casa y la familia es la responsable de atenderlos a la par que su situación laboral desde casa.

Se multiplican las compras en línea y las entregas a domicilio, se empieza a hacer común el uso del cubre bocas, guardar la distancia entre persona y persona y lavarse continuamente las manos; son las medidas establecidas por el sector salud.

El sector salud se encuentra saturado en sus servicios, por enfermos de COVID 19 y una parte de las familias recurren a servicios privados que tienen costos elevados, se tienen dos tipos de análisis químicos que se pueden realizar para el diagnóstico médico y determinar si la persona tiene o no COVID-19.

Una gran parte de la población, sigue desarrollando su vida normal (sobre todo algunos jóvenes), sin tomar en cuenta las medidas de protección señaladas y en algunas empresas e instituciones se mantiene el statu quo a pesar de la pandemia COVID-19, solo atienden las medidas establecidas por el sector salud como dar gel desinfectante a la entrada y que los empleados usen cubre bocas (no en todos los casos ocurre) y no están dispuestos a generar cambios en el hábitus que de acuerdo con Bourdieu:

“Es un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta, sin suponer el propósito consciente de ciertos fines, ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas y regulares, sin ser para nada el

producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas, sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (2014, p. 86)

## **Teoría del caos**

Para hacer aproximaciones a la comprensión de este fenómeno se puede considerar la teoría del caos que explica “los procesos de la realidad dependen de un enorme conjunto de circunstancias inciertas, que determinan por ejemplo que cualquier pequeña variación en un punto del planeta, genere en los próximos días o semanas un efecto considerable en el otro extremo de la tierra” (Cazau, 2020). Esta permite situar que a partir de la pandemia de COVID-19 en la humanidad se generó caos social que trae aparejada una serie de manifestaciones y efectos que redundan en una crisis que agudiza problemas de: salud, familiares y económicos en detrimento del desarrollo de la sociedad y que requiere reconfigurar lo social.

### **Análisis:**

- La familia es la que se encarga de crear las condiciones suficientes para sostener a sus integrantes durante el proceso de la pandemia COVID-19, desde atender sus necesidades básicas y los problemas de salud.
- La pandemia del COVID-19 ha generado en la población una serie de problemas de diversa índole en los ámbitos económicos, social, cultural y sobre todo en la salud de los integrantes de la familia, lo que se traduce en problemas como: pérdida de los seres queridos por muerte, lo que genera duelo en las familias, problemas emocionales como: miedos, angustia, ansiedad, tristeza nivel social pérdida del empleo o de empresas derivado de la crisis económica.
- La sociedad y las familias viven en situación de incertidumbre por lo que puede pasar y los altos costos que representan atender a los enfermos en instituciones privadas y la falta de empleos.

- La familia se reorganiza para atender esta nueva situación denominada el regreso a la nueva normalidad y busca afanosamente los medios para salir adelante.
- La pandemia COVID-19 muestra la situación económica de amplios sectores de la población que viven en condiciones de pobreza al respecto:
  - ✓ CONEVAL, de acuerdo con el informe de pobreza en México 2012, toma en cuenta 6 indicadores para determinar el nivel de carencia en el que se encuentra la persona, que son: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.
- El sector salud se encuentra frente a la pandemia con un déficit muy grande de personal médico, infraestructura, medicinas, etc., debido al desabasto que ha sufrido por las políticas económicas mal-encauzadas de pasados gobiernos que deterioraron estos servicios básicos en materia de salud.
- Las familias están reconfiguradas, en muchos casos con estructuras muy débiles y desintegradas, que hacen complicado enfrentar esta problemática por las condiciones insuficientes para resolver las situaciones que se presentan.
- Ante la pandemia del COVID-19 se evidencia la salud deteriorada de la población, por diversos factores como: pobreza, nutrición, carencia de servicios de salud oportuna y de calidad, deficientes hábitos alimenticios que redundan en enfermedades crónico-degenerativas, etc.

## Conclusiones

A partir de la pandemia COVID-19 se demuestra la importancia y reconocimiento de la familia como grupo básico de la sociedad que debe ser fortalecido en sus aspectos más esenciales con la creación de mejores condiciones de vida, para elevar su nivel de bienestar, para ello, se requiere de políticas sociales familiares que coadyuven en este sentido.

Para ello, se requiere hacer esfuerzos a través del Estado Mexicano en los diversos ámbitos para el desarrollo de sus integrantes y sobre todo en los tiempos actuales puedan superar los problemas de salud física y emocional que ocasiona esta enfermedad.

Es urgente mejorar las condiciones de vida para fortalecer a la familia con el objetivo de que pueda cumplir con las funciones que tiene en la sociedad que son: crianza, cuidado y protección de sus integrantes, con recursos que sean suficientes, para superar situaciones difíciles, como en este caso la pandemia de COVID-19.

La pandemia COVID-19 es un fenómeno que permite vislumbrar la necesidad de trascender las acciones de deshumanización que se tienen, al nivel de importar más las cosas materiales, políticas, etc. que la vida humana, la naturaleza, la familia y la sociedad, se requiere reflexionar en qué momento la humanidad perdió el rumbo hacia su desarrollo, enfatizando sus acciones, proyectos y estrategias hacia el crecimiento económico en detrimento de lo humano, lo social y lo natural.

En síntesis, se requiere la reconfiguración de la sociedad en el contexto de la *nueva normalidad* hacia la generación de acciones y estrategias que permitan elevar los niveles de humanización y la creación de políticas que tengan como eje central el fortalecimiento de las familias como núcleo básico de la misma para contrarrestar la pandemia y sus efectos.

## Referencias

- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Argentina. Siglo XXI editores
- Cazau, P. (2020). *La teoría del caos*. México: Omegalfa. Recuperado de: <https://omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/la-teoria-del-caos.pdf>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012). *Informe de pobreza en México*. Recuperado en octubre del 2015 de: [https://www.coneval.org.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20po-breza%20en%20M%C3%A9xico%202012\\_131025.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20po-breza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf)

- O'Brien, N., Barboza-Palomino, M., Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Sandoval-Díaz, J.S., López-López, W., Salas, G. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19). A bibliometric analysis*. Recuperado de <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n03.020.pdf>
- Pardo, B. M. G. (2019). *Los estudios etnográficos como metodología para la investigación cualitativa en trabajo social*. En Pardo, B. M. G. y Cruz, T. M. L (2019) *TRABAJO SOCIAL: Temas para la reflexión, investigación e intervención en la complejidad social*, Guadalajara, Jalisco. Ed. Pandora



# **La importancia de la paz interior. Un reto de los profesionales de la salud en tiempos de COVID-19 para una intervención eficaz**

Martha Leticia Cabello Garza  
*Universidad Autónoma de Nuevo León*  
Marisela Rivera Montoya  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

## **Introducción**

Hoy en día la sociedad mexicana, se ha visto trastocada sobre todo en el ámbito de la salud pública debido a la pandemia del COVID-19. En este proceso de cambio global, las personas, los grupos, familias y comunidades enfrentan dificultades para satisfacer sus necesidades, no solo de salud física, sino un impacto en la salud mental. Bajo esta mirada, es inevitable la exposición del trabajador social a situaciones de estrés y sufrimiento que viven o han vivido los sujetos atendidos, gestándose agotamiento emocional y con el paso del tiempo pueden llegar rupturas de creencias, baja productividad, ausentismo laboral, actitudes de impotencia, malas relaciones entre los profesionales que conforman el equipo de trabajo, así como, manifestaciones somáticas (Gil-Monte y Peiró, 1997), siendo traspolado este sentir emocional a la atención brindada a la población y a su vez, al contexto familiar del trabajador social.

A mediados del mes de septiembre del año en curso, el número de casos positivos que han contraído el SARS-COV-2 en México llegan a más 700 mil, de los cuales han fallecido alrededor de 72 mil desafortunadamente. Se estima que más de 30 mil personas en nuestro país se mantienen con la enfermedad activa y como una fuente de contagio. De estos la mayoría se encuentra en la ciudad de México, seguido por el Estado de México y Nuevo León. Por varios

meses A nivel mundial México ocupó el tercer lugar en contagios solo superado por Estados Unidos y Rusia, tan solo en el mes de julio llegaron a presentarse más de mil defunciones diarias.

El mayor desafío a que se enfrentan los sistemas de salud en el mundo y particularmente en México, es buscar un tratamiento a este virus letal que amenaza la salud y la economía mundial. La actual emergencia de salud tiene grandes desafíos, uno de ellos es el entendimiento de patrones de transmisión, severidad, características clínicas y factores de riesgo que puedan dar luz a nuestra población en general y al personal de salud en varios escenarios.

Aunado a la crisis de salud pública uno de los grandes problemas sociales en nuestro país es la pérdida de libertades económicas, políticas y sociales, producto de la violencia y el crimen organizado, pero principalmente pérdida derechos humanos sobre todo los que tienen que ver con el desarrollo y la dignidad de los seres humanos: alimentación, salud, vivienda, educación y participación social. Este es el contexto, donde los problemas sociales se configuran con mayor complejidad, y donde hoy debemos realizar nuestra intervención como profesionistas de Trabajo social, con grandes retos

El profesional del Trabajo social desempeña ante esta pandemia un muy importante rol en las instituciones de bienestar social donde día a día surgen nuevos escenarios a los que debemos adaptarnos y hacer propuestas creativas de intervención ante los inminentes riesgos, pero sin el deterioro de nuestra salud.

Durante los últimos meses de pandemia, la labor de las y los trabajadores sociales ha tomado relevancia, ya que ante la imposibilidad de las visitas o de tener mayor contacto con los pacientes que tienen Covid-19, ellos fungen como vínculo entre los enfermos y sus familias. Esta vinculación directa con los familiares de los enfermos, garantizando sus derechos, nos hacen reflexionar que el servicio que se da no sea solo una cuestión de buena voluntad.

La salud se construye y es producto de un complejo juego de intervenciones que se conjugan a partir de la actuación colectiva frente a los problemas y a la solución de estos como horizonte. Los trabajadores sociales no estamos exentos, sabemos que, el Covid-19 se ha convertido en una enfermedad social, es decir no puede ser pensada solo desde la medicina, la biología o sus efectos psicológicos, también estamos conscientes que la intervención que realizan las

colegas vinculadas a los servicios de salud, no ha sido fácil en los últimos meses, peor aún para los que realizan su labor principalmente en las áreas de urgencias de hospitales y han intensificado sus tareas en relación con la demanda de casos, y aunque la intervención en los programas con familias se ha suspendido, se han desarrollado algunas visitas domiciliarias hacia la población en casos críticos, situación que han asumido en condiciones de exposición a riesgos de contagio por el retraso en la entrega de indumentaria adecuada para su trabajo, lo que ha llevado a que algunos colegas se contagien y algunos hayan fallecido.

Las y los profesionales de Trabajo social que participan de otros servicios públicos, como los programas contra la violencia, han visto crecer la demanda del servicio a partir de las llamadas a la línea del servicio emergencia que se han venido incrementando por causa de violencia familiar. En este contexto los profesionales de salud que brindan atención a víctimas de violencia se convierten en depositarios/as de historias dolorosas y crueles de abuso por el uso de técnicas y métodos que ha dado la profesionalización.

Por su parte, Kisnerman (1998) afirma que lo social pertenece a la vida cotidiana, donde los hechos sociales suceden entrelazados en interacciones sociales, por lo que “lo social” se inserta en una trama de relaciones que han construido una situación problema que hoy se ha convertido en una pandemia y cuya dinámica incierta a partir de sus significaciones que ellos hacen de sus días y sus obras, ha traído a muchos profesionales un cansancio emocional, despersonalización y que de alguna u otra manera ha afectado no solo el desempeño laboral sino en la vida personal. Trayendo consigo efectos psicológicos como el estrés por el miedo a contagiarse y la culpa de contagiar a otros, pero más aún el no poder hacer nada para solucionar la situación.

Hoy vemos trastocada la vida cotidiana que se ha conformado en un núcleo central en la disciplina de Trabajo Social. La vida cotidiana es el ámbito microsociales que hoy ponemos de relieve y donde la relación de cercanía con el sujeto en la que se intenta comprender su mundo cultural y sus formas de vida (Rozas, 2009), nos lleva a reorientar la intervención profesional, por un lado, pero además el

conocer historias inciertas de dolor físico y emocional, que trae consigo el confinamiento, ha provocado en los profesionales del Trabajo Social un agotamiento físico, emocional y mental.

Además del producto de los cambios globales, científicos, tecnológicos y ambientales, hoy estamos ante situaciones que afectan de manera importante la calidad de vida y bienestar de los sujetos, familias, grupos e instituciones con los que intervenimos. Este contacto con el sufrimiento humano se ha presentado de manera continua y cotidiana, en los últimos meses de confinamiento, generando en los y las trabajadoras sociales problemas como el desarrollo del síndrome de burnout, traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia.

Existen fuentes de tensión enfrentadas por los profesionales que atienden problemáticas de violencia (Ojeda, 2006) y estas pueden ser externas e internas. Dentro de las fuentes internas encontramos la confrontación de actitudes, valores, pensamientos y creencias relacionadas con la escucha de historias constantes relacionadas con el hacinamiento y con la pandemia. Y en las fuentes de tensión de origen externo encontramos la escucha de historias de salud como enfermedades terminales o víctimas de violencia, que en la actualidad se vuelven cada vez más frecuentes por el número de muertes provocadas por el SarCOv2.

De esta manera, el proceso de intervención social es un encuentro relacional donde se configura un mundo de relaciones, su simbolismo y su reciprocidad donde convergen historias de vida cargadas de angustias, dolor y traumas; los cuales, en el escenario laboral son compartidas desde los sujetos hacia el profesional del Trabajo Social, que con el tiempo y la frecuencia de exposición al evento doloroso, dejan “huellas” emocionales adheridas en el profesional, experimentando en éste, cambios psicológicos, sociales, espirituales y comportamentales, similares a los vividos por el que sufre.

Este proceso desde el hacer del trabajador social lo lleva al accionar propio, y a tener la capacidad de discernimiento y comprensión activa del otro, en lo que es y son sus necesidades, problemas, emociones, preferencias, deseos, y maneras de pensar y no solo está relacionado con los sujetos con los que se interviene sino con las relaciones interpersonales dentro del contexto laboral.

Bajo esta habilidad empática, el profesional puede captar el grito del dolor que viven en la cotidianidad sus pares, un dolor que se ha hecho palpable ante las angustias constantes sobre todo el temor a infectarse, a la pérdida de algún ser querido y ante el sufrimiento social que ha causado el confinamiento. De esta forma, su salud integral sufre serias repercusiones, en su desempeño laboral y en sus relaciones interpersonales en general.

Desde esta mirada, la vocación y entrega para realizar la profesión se convierte en un arma que lastima a cada instante al trabajador social, debido a la sumersión que realiza el profesional en vivir los episodios de dolor y angustias de los otros. Trabajar en el campo de la salud y relacionados con la violencia, específicamente en la atención a víctimas de violencia conlleva a enfrentar con mayor intensidad diferentes situaciones que se presentan en la relación a la propia atención de los derechohabientes que acuden a los servicios.

Encontramos entonces que el profesional de Trabajo social al verse expuesto a tensiones de ambos tipos tanto internas como externas, lo lleva a padecer graves problemas de salud física y mental. Esta situación nos lleva a enfrentar consecuencias diversas como es el caso de agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización, burnout (estado de extenuación emocional) alteraciones de sueño, depresión, migrañas, mareos, diabetes, gastritis, abandono de la realización personal (sentimientos de fracaso, traumatización vicaria síntomas relacionados con el estrés, se agotan capacidades adaptativas), y en general el reconocerse vulnerable y con miedo a que les ocurra a ellos también o a sus familiares, incluso el sentir la necesidad de ayuda, o el sentir culpa e impotencia por pensar que no está haciendo lo necesario para la atención que proporcionan a las víctimas.

Por lo anterior este trabajo busca llevar una reflexión a todos aquellos profesionales del Trabajo Social que ante la Pandemia del COVID-19, el hacinamiento y la escucha constante de historias dolorosas, presenten síntomas de frustración, culpa, autovaloración negativa, dolor de cabeza, de espalda y cansancio crónico o depresión, para que en primer lugar, reconozcan que son síntomas de alerta, y que tengan siempre presente la importancia de la promoción del autocuidado que entre otras muchas maneras de enfrentarlas, debe empezar con un proceso de sanación personal que se traduce en tener

paz interior, por lo que este trabajo da a conocer algunos componentes que favorecen esa paz interior como la práctica del silencio, escuchar activa, atención, tolerancia a la frustración y lenguaje asertivo, y cuyos fundamentos básicos son el amor, la generosidad y el agradecimiento.

En definitiva, el aumento en el diagnóstico de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en la población mexicana propició que la estrategia del autocuidado para la salud se impulsara para la prevención y el control de este tipo de enfermedades. El propósito del autocuidado para la salud es que a través de conocimientos y aprendizajes las personas que viven la enfermedad se motiven y modifiquen las conductas que los hicieron enfermar para adherirse al tratamiento médico recomendado. Para lograr este propósito es necesario que las personas eliminen sus propias limitaciones para adoptar hábitos saludables con el apoyo del personal médico y sus respectivas familias. Es preciso señalar que los hábitos de salud se construyen en los diversos ámbitos de la vida, especialmente en el ámbito familiar, y durante toda la vida de la persona con relación a un sistema de necesidades de salud.

De este modo, el autocuidado debe proporcionar conocimientos y aprendizajes sobre los factores de riesgo hereditarios, biológicos y socioculturales de las enfermedades por medio de temas relacionados a la nutrición, salud mental, riesgos de automedicación, uso adecuado de los servicios de salud, entre otros temas (Castañeda et al., 2015).

Es por este motivo que el autocuidado para la salud tiene por objetivo que la persona enferma sea capaz de mantener una vida óptima con la presencia de la enfermedad, especialmente si esta enfermedad es del tipo crónico-degenerativo (DOF, 2018). Entre los comportamientos fundamentales de auto-cuidado, se encuentra el comer saludablemente, hacer actividad física y monitorear valores sanguíneos.

De la misma forma, se recomienda que los programas de educación para la salud se enfoquen de manera individual o grupal para promover cambios en la conducta. Asimismo, el autocuidado para la salud debe permitir a la persona enferma ser autónoma e independiente y generar un cambio en la comunidad. La promoción de hábitos saludables es la base para la prevención y el tratamiento de las

enfermedades cardiovasculares y por lo tanto se recomiendan que estas medidas se establezcan desde etapas tempranas de la vida (Mahan y Raymond, 2017; Romero, 2009).

### **Componentes básicos de la paz interior**

La importancia del autocuidado de los profesionales de la salud que atienden problemáticas relacionadas con la salud y con cualquier tipo de violencia, y en sí, el ser testigos de victimización y re-victimización, aunado al principio de confidencialidad que conlleva aislamiento y silenciamiento de emociones y el ser informador indirecto de tragedias y pérdidas, recrea imágenes dolorosas de gran impacto. Observar que los sistemas de justicia, penales o el mismo sistema de salud estigmatiza a las víctimas del Covid-19, o bien que los servicios entorpecen o retroceden el proceso, hace presente en los y las trabajadores sociales, sentimientos de culpa e impotencia.

En función a lo anterior debemos plantear la práctica del autocuidado que surge como una necesidad prioritaria para preservar la salud y bienestar general de las personas o sujetos sociales con los que interactuamos cotidianamente. Paralelamente, que aquellos que requieren ayuda y acuden a sus servicios, puedan recibir una atención efectiva y de calidad.

Debemos enfatizar en la importancia del autocuidado para lograr el bienestar integral, física y emocionalmente para los profesionales de Trabajo Social que prestan servicios en el área de la salud y en otras relacionadas con la violencia. El darnos cuenta de esta situación, es una manera de iniciar un proceso de recuperación, de fortalecimiento, un proceso de sanación personal y que se traduce en tener paz interior.

Debemos cuidar nuestros pensamientos, que nos quede claro que no somos agentes del problema social, el problema surge o se marcha, va y viene, pero cuando la agitación mental viene, aumenta el sufrimiento (Larrañaga, 1990). Diversos autores como De la Rosa y Amador (2018), afirman que para lograr la paz interior es fundamental lograr realizar diversas estrategias:

## **Práctica del silencio**

La práctica del silencio hace referencia a la pasibilidad y medida, inteligencia emocional, paz mental. No se controla la mente por eso es importante hacer ejercicios que te permitan obtener control mental, realizar yoga u otras actividades que nos lleven a la paz mental y lograr convertir lo negativo en felicidad. Esto significa tener quietud y tranquilidad, debemos aprender a detenernos de vez en cuando para poder ver las cosas con mayor claridad. Investigaciones que abordan la paz interna sostienen que el silencio y el apaciguar la mente, pueden transformar pensamientos negativos en felicidad. Es fundamental realizar meditación que nos lleve a la paz mental, recordemos que no se controla la mente por eso es importante hacer ejercicios que te permitan obtener control mental. Puede ser por medio de afirmaciones positivas.

La meditación es una forma de experimentar la paz interior, no necesitas reglas ni seguir protocolos establecidos, solo necesitamos ser huéspedes de nuestro tumulto interior que nos permita dejar ir los pensamientos que se encadenan unos a otros.

## **Escuchar activamente**

La escucha activa, que es parte de las habilidades que como profesionistas de Trabajo social debemos poseer y es considerada como parte de la empatía que requiere el emisor. Que va desde modificar tu tono de voz y dejar de lado frases como: es que así hablo yo¡¡, además de conservar contacto visual y una postura de interés frente al emisor o persona que estamos atendiendo.

## **Atención**

La atención que prestamos a los sujetos sociales que depositan su confianza en nosotros para plantear sus necesidades y problemas, se convierte en un tercer componente que debemos considerar en este proceso, evitar los distractores que, en un mundo de tecnología, como es el caso del uso de celulares, se convierte en un distractor.

Debemos enfocar la atención hacia la comprensión, el autoconocimiento y reconocimiento de sus emociones y la instauración de sanas relaciones interpersonales.

### **Tolerancia a la frustración**

Para lograr ser tolerante a la frustración, el respeto de ideas, aun cuando no estemos de acuerdo o compartamos diversos puntos de vista, se hace imprescindible. Lo anterior nos lleva a hablar sobre inteligencia emocional que es un constructo que nos ayuda a entender de qué manera podemos influir de un modo adaptativo e inteligente tanto sobre nuestras emociones como en nuestra interpretación de los estados emocionales de los demás. Como percibimos, manejamos, comprendemos y utilizamos nuestras emociones. (Goleman, 2013)

Otro aspecto no menos importante es cultivar actitud positiva que es un gran reto y lograr también ser parte de la cultura del esfuerzo (frutos positivos para tu vida). No debemos dejar que el enojo domine la situación en nuestra vida cotidiana, para ello es necesario marcar o establecer objetivos realistas y sobre todo convertir la situación problemática en un aprendizaje.

### **Lenguaje asertivo**

Otro componente fundamental para el logro de la paz interior es sin duda el manejo de un lenguaje asertivo, que a través de ello nos permita lograr la afirmación de la propia personalidad, desarrollar la autoestima, la confianza en uno mismo y sobre todo reconocer nuestras fortalezas y debilidades. Ser asertivo significa sin duda alguna respetar, tener seguridad, empatía, y sobre todo ser amables con las personas que interactuamos.

### **Aspectos Básicos para lograr la paz interior**

Los aspectos básicos para lograr la paz interior son: el amor, la generosidad y el agradecimiento. Pero solo cuando germinan en el in-

terior de un individuo este puede crear una atmósfera de paz y armonía (Larrañaga, 1990) La espiritualidad que desarrolla cada uno de nosotros es importante para desarrollar actitudes y pensamientos positivos.

Nos puede surgir una interrogante ¿Que es la paz interior?.. Encontramos algunas conceptualizaciones donde se concibe como un estado donde no es necesaria la palabra para dar sentido a la vivencia, es un estado de armonía y equilibrio que confiere al individuo su plenitud. La paz interior no solo es un momento de tranquilidad absoluta de recogimiento y aislamiento, sino la posee aquel que la lleva consigo entre el tumulto o en el silencio (Martínez, 2009).

La paz interior significa tomar conciencia de tu ser, tomar conciencia del sufrimiento y al tomar conciencia de ello, deja de ser ignorancia y se convierte en liberación. Escúchate, el cuerpo grita, nos avisa, se manifiesta de diversas formas cuando requiere de atención, escúchalo y atiéndelo. Las emociones y las conductas están determinadas por tus pensamientos, debemos fomentar la negociación, tenemos la oportunidad de renovarnos cada día, buscar oportunidades de vida, debemos desasociar lo que nos han enseñado que somos responsables de salvar al mundo, primero debemos atendernos nosotros para poder apoyar a los demás.

Para transmitir la paz interior es necesario tener congruencia entre lo que decimos y hacemos porque no podemos hablar de paz sin antes experimentarla, el que da consejos y no predica con el ejemplo es un idealista, por ello se hace necesario ser honesto consigo mismo y esto lo debemos asumir como uno de los grandes retos.

Nos planteamos entonces la interrogante de ¿cómo podemos transitar del sufrimiento a la paz interior? La mente humana, según Erick Fromm, es la bendición y la maldición del hombre, pero que podemos hacer para que nuestra mente sea solo fuente de bendición. Seguramente debemos equiparnos de estrategias que nos permitan lograr pensamientos y actitudes positivas. Hacemos referencia a procesos como es salvarse a sí mismo y no es referente a la salvación de la que nos hablan en las diversas religiones, sino salvarse del miedo, de la angustia, del vacío de la vida, del sufrimiento (Larrañaga, 1990).

## Conclusiones

A manera de conclusión podemos señalar que la paz interior no se logra de la noche a la mañana, es todo un proceso, para ello es importante despertar la conciencia del autocuidado y a su vez hacer consciente que nuestras posibilidades tienen límite; tomar la vida con paciencia y tranquilizar la mente ayuda a vencer la ansiedad. No debemos olvidar que vivir es el arte de ser feliz y ser feliz es liberarse de aquella ansiedad y del sufrimiento humano.

Por todo lo anterior, nuestra propuesta es estar en un proceso de capacitación continua y establecer espacios de desarrollo humano donde se debata sobre temáticas diversas como es: Autoestima, manejo del conflicto, cursos de inteligencia emocional, trabajar el perdón, la higiene y concentración mental, atención plena, comunicación asertiva y programación neurolingüística.

Los profesionales del trabajo social en estos tiempos de hacinamiento, de pandemia y de “la nueva normalidad” debemos aprovechar áreas de oportunidad que se nos presentan en la vida diaria y una de ellas es la oportunidad de sacar la mejor versión de cada uno, descubriendo el potencial que tenemos a todos los niveles: profesional, afectivo, espiritual. Para tener intervenciones sociales eficaces debemos ser honestos con nosotros mismos y con los demás, y comprometernos con la vida y el bienestar propio y ajeno. Esto implica además estar atento a nuestras necesidades vitales y aceptarnos, respetarnos y amarnos por ser quienes somos.

Cuando cuidamos nuestro bienestar psicológico, estamos labrando una larga lista de buenos hábitos y actitudes que afectan positivamente a cómo nos enfrentamos al mundo. Desde una buena base de autorrespeto estamos en sintonía con las demás personas que también se quieren a sí mismas, y podemos entablar relaciones saludables que nos permiten relacionarnos desde la sinceridad y poder crecer y madurar juntos.

## Referencias

Castañeda, O., Guzmán, M., Cervantes, B., Mejía, R., Brito, O., Myozoti, V., Rojas, R., y Villegas, G. (2015). *Impacto de un*

- grupo de autoayuda en el manejo del síndrome metabólico. Atención Familiar.* 22 (4) 102-107. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61412>
- De la Rosa-Vázquez, C. y Amador, R. (2018). *Fortalecer la cultura de paz, uno de los grandes retos del trabajo social.* En E. Pastor y M.L. Cabello, Retos y Desafíos del Trabajo Social desde una perspectiva comparada México y España. Dickinson.
- DOF (2018). *Tratamiento diabetes mellitus PROY-NOM-015-SSA2-2018.* Gobierno de la Republica. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018)
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis
- Goleman, D. (2013). *Focus. Desarrollar la atención para alcanzar la excelencia.* Barcelona: Kairós
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social.* Buenos Aires: Lumen.
- Larrañaga, I. (1990). *Del Sufrimiento a la Paz. Hacia una liberación interior.* 2 ed. Editorial Alba
- Mahan, K., y Raymond, J. (2017). *Krause. Dietoterapia.* Editorial Elsevier.
- Martínez, J.M. (2015). *Buscando la paz interior. Una guía para el crecimiento espiritual.* Editorial Lulú
- Martínez, J.M. (2009). *Hacia el despertar espiritual. Meditación, autoconocimiento y desarrollo personal.* Editorial Lulu
- Ojeda, T.E. (2006). *El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual.* Rev. Per Ginecol Obstet 52 (1), 21-27 Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Romero, L. (2009). *Enfermedades crónicas y nutrición.* Ideas CONCYTEG. 4 (49) 752-766.
- Rozas, M. (2009). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social.* Buenos Aires: Espacio Editorial.



# **Situación emocional de los profesionales de trabajo social en el área de la salud. Estudio de caso. Colima.**

Mireya Patricia Arias Soto  
Jesús David Amador Anguiano  
Ma. Gregoria Carvajal Santillán  
César Alfredo González González  
*Universidad de Colima*

## **Introducción**

El COVID-19, es una enfermedad infecciosa causada por el último coronavirus descubierto; es decir, este nuevo virus y esta nueva enfermedad eran desconocidos hasta antes de que comenzara el brote en Wuhan, China, en diciembre de 2019.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los síntomas más habituales del COVID-19 son: fiebre, tos seca y el cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunos pacientes son los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato, las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Los síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Algunas de las personas infectadas solo presentan síntomas leves.

La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Alrededor de 1 de cada 5 personas que contraen COVID-19 acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como

hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer COVID-19 y caer gravemente enferma.

Como medidas preventivas para el contagio del COVID-19, se implementaron las básicas como son: lavado constante de manos a fondo, uso de gel con alcohol, mantener sana distancia, no saludar de mano, beso y/o abrazo, estornudar en el ángulo interno del brazo, resguardo domiciliario y salir de casa solo para cuestiones esenciales.

### **Personal de salud ante el COVID-19 en México**

El Gobierno de México (2020), estableció medidas de prevención y control en unidades de salud, ya que considera que al igual que con la influenza y otras infecciones respiratorias, todas las unidades de salud deben promover acciones preventivas entre todo su personal y los usuarios de los servicios para disminuir las infecciones respiratorias agudas y en su caso, atender la introducción del COVID-19 a México. Es importante que se genere una respuesta adecuada entre los prestadores del servicio y la población usuaria, para evitar la dispersión de cualquier padecimiento respiratorio. Ante la presencia del nuevo coronavirus COVID-19, se deben considerar las siguientes recomendaciones para el personal de salud:

- Lavarse las manos con agua y jabón (usando soluciones alcoholadas desinfectantes) antes y después de atender a un paciente.
- Secarse las manos con toallas desechables o secarlas al aire libre en posición vertical.
- Evitar en lo posible tocarse ojos, nariz y boca, y lavarse las manos después en caso de haberlo hecho.
- Usar cubreboca únicamente si atienden a pacientes con infección respiratoria, tapando boca y nariz completamente. En caso de ser posible, utilizar lentes para proteger los ojos.
- Tirar en el bote de Residuos peligrosos biológico-infecciosos-RPBI, todo el material desechable que se utilice en

cada paciente (como abate lenguas, hisopos, gasas, guantes).

- Esterilizar todo el instrumento médico.
- Mantener limpias todas las áreas de trabajo.
- Reportar si presentan síntomas respiratorios para que sean evaluados y evitar transmisión intrahospitalaria.
- Estar vacunados contra influenza.

La Dra. Beatriz Cárdenas Turrent (2020), académica del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, menciona que de acuerdo con las guías operativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, para el manejo en segundo nivel de atención de los casos sospechosos o confirmados de COVID-19, todo personal de salud que tiene contacto directo con estos pacientes debe usar un gorro que cubra el cabello y las orejas, googles que formen un sello alrededor de los ojos, un cubrebocas de alta eficiencia, tipo N-95, camisa y pantalón quirúrgico desechable, bata de manga larga quirúrgica desechable y guantes de nitrilo, ya que son más resistentes y, en caso de no contar con ellos utilizar doble guante de látex.

Los hospitales deben contar con un área separada en la sala de urgencias, donde se haga el triage de los pacientes con padecimientos respiratorios; si se sospecha de un caso de COVID-19, dados los síntomas y los antecedentes que presente el paciente, éste deberá ser trasladado por una ruta donde no haya contacto con otros pacientes o personal de salud, a un consultorio donde será explorado y nuevamente se interrogará para determinar si se puede ir a su casa o tiene que mantenerse hospitalizado.

Asimismo, mencionó que el médico y la enfermera ocuparán el mismo equipo: gorro, googles, cubrebocas, guantes, bata y uniforme quirúrgico desechables. En caso de que la unidad hospitalaria cuente con un área de cuidados intensivos, adicionalmente al equipo mencionado, el médico que realice algún procedimiento invasivo de la vía aérea, como intubación necesita una careta que proteja de los aerosoles que expulsa el paciente.

Del mismo modo, comentó que se ha elegido a personal adscrito de los hospitales para cubrir las áreas destinadas a tratar a los pacientes con COVID-19 y las otras zonas del hospital se reforzarán con la aportación de los médicos internos. A pesar de estas medidas, los médicos internos deben acatar las medidas de higiene establecidas, y antes de salir del hospital, deberán retirarse la bata y uniformes quirúrgicos y colocarlos en un abolsa, para que posteriormente sean lavados por separado con agua caliente y jabón.

En el caso de los médicos que se encuentran laborando en el primer nivel de atención, deberán seguir el protocolo de atención de primer contacto, en este caso, ellos no tendrán que explorar al paciente ni tomar muestras dado que estos procedimientos se están realizando en áreas especializadas, sin embargo, durante el interrogatorio, deben utilizar cubrebocas de ventana, googles, guantes y bata.

### **Salud mental del personal de salud ante el COVID-19**

Para la OMS (2018), la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables y mala salud física, entre otros.

De acuerdo con la Sociedad Española de Psiquiatría (2020), la incertidumbre, el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como coronavirus (COVID-19),

exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a autocuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes.

Durante esta crisis del coronavirus, el personal de salud se enfrenta a los siguientes retos: 1) Mientras muchas personas acuden reclamando atención de salud, el personal sanitario también enferma o ve a sus personas cercanas enfermar. Máxime en circunstancias como la del COVID-19 en las que los profesionales se contagian y deben guardar cuarentena o ellos mismos precisan atención médica. 2) Existe un mayor riesgo de contraer enfermedades temidas y transmitirlas a familiares, amigos y otras personas en el trabajo. 3) El equipo de protección puede ser insuficiente, poco confortable, limita la movilidad y la comunicación, y la seguridad que produce puede ser incierta. 4) Conforme aumenta la demanda y la asistencia, la angustia del paciente y las familias pueden ser cada vez más difícil de manejar para el personal sanitario. 5) Ayudar a quienes lo necesitan pueden ser gratificante, pero también difícil, ya que los trabajadores pueden experimentar miedo, pena, frustración, culpa, insomnio y agotamiento. Son reacciones esperables en situaciones de esta magnitud e incertidumbre. 6) La crisis del COVID-19 está exponiendo al personal sanitario a un sufrimiento intenso ante una muerte en aislamiento que tiene a las familias desconsoladas por no poder acompañar y ayudar a sus seres queridos. 7) La falta de medios, la sobrecarga y la propia evolución incierta de los pacientes, hacen que en ocasiones el profesional se vea obligado a tomar decisiones complejas, en un breve tiempo, generando intensos dilemas morales y culpa.

Según la Sociedad Española de Psiquiatría (2020), las reacciones posibles en situaciones de estrés intenso son: 1. Conductuales (hiperactividad, aislamiento, evitación de situaciones de personas o de conflicto, verborrea, llanto incontrolado, dificultad para el autocuidado y descansar / desconectarse del trabajo). 2. Físicas (dificultades respiratorias –presión en el pecho, hiperventilación-, sudoración excesiva, temblores, cefaleas, mareos, molestias gastrointestinales, contracturas musculares, taquicardias, parestesias, agotamiento físico, insomnio y alteraciones del apetito). 3. Cognitivas (confusión o pensamientos contradictorios, dificultades de concentración –para

pensar en forma clara o para tomar decisiones-, dificultad de memoria, pensamientos obsesivos y dudas, pesadillas, imágenes intrusivas, fatigas por compasión, negación y sensación de irrealidad). 4. Emocionales (ansiedad, impotencia, frustración, miedo, culpa, irritabilidad, tristeza y anestesia emocional).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2020), menciona que el miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre, a lo desconocido, a situaciones de cambios o crisis. Así que es normal y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19.

El temor de contraer el virus en una pandemia como la del COVID-19, se suma el impacto de los importantes cambios en nuestra vida cotidiana provocados por los esfuerzos para contener y frenar la propagación del virus.

En el caso de los trabajadores del área de la salud, sentirse bajo presión es una experiencia que muchos profesionistas estén viviendo; de hecho, es muy normal sentirse así en la situación actual. El estrés y los sentimientos que lo acompañan no son reflejo, de ninguna manera, de que el profesional de la salud no puede hacer su trabajo o de que sea débil. Atender la salud mental y su bienestar psicosocial en estos momentos es tan importante como cuidar la salud física.

El personal de salud debe cuidarse mucho en estos momentos. Probar y adoptar estrategias útiles de respuesta, como descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos, alimentarse saludablemente y en cantidad suficientes, realizar actividad física y mantenerse en contacto con la familia y los amigos. Debe tratar de no adoptar estrategias de respuesta inadecuadas como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. A largo plazo, esto podría empeorar su bienestar mental y físico. Se trata de una situación única y sin precedentes para muchos trabajadores, en especial si nunca habían participado en respuestas similares. Las estrategias que en otras ocasiones les han ayudado a manejar el estrés pueden ser útiles también en este momento. Probablemente estos profesionistas sepan cómo aliviar el estrés y no dudar en mantenerse psicológicamente bien.

Es posible que algunos trabajadores de salud perciban que su familia o su comunidad no quieren tenerlos cerca debido al riesgo, al

estigma o al temor. Esto puede contribuir a que una situación ya complicada resulte mucho más difícil. De ser posible, se debe mantener la comunicación con sus seres queridos; para lograrlo, pueden resultar útiles los medios digitales que ofrecen una buena manera de mantener contacto. Es necesario recurrir a sus colegas, o a otras personas de confianza para recibir apoyo social, ya que es posible que otros compañeros de trabajo también estén viviendo experiencias similares.

Mantener una buena salud mental y lidiar con el estrés personal, ayudará a que estén mejor preparados para cumplir sus funciones. Se debe tener en cuenta que esta situación no va a desaparecer de la noche a la mañana y que se debe enfocar en la capacidad ocupacional a largo plazo en lugar de las respuestas reiteradas a crisis a corto plazo.

### **Trabajo Social parte de la primera línea de batalla contra COVID-19**

Adriana Wilton Pineda (2020), Jefa del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas del Hospital General de México, en una entrevista otorgada a IMER Noticias, mencionó que en la primera línea de batalla contra el COVID-19, además de médicos y enfermeras, también está el personal de Trabajo Social y su papel es fundamental para la atención integral de la salud, debido a que son los encargados de acompañar a los familiares y dar seguimiento a cada caso.

El personal de Trabajo Social se enfoca a la intervención social. En el caso del Hospital General, trabajan con el equipo multidisciplinario para hacerse cargo de la localización de familiares de pacientes con COVID-19, acompañan en la notificación de defunciones, realizan operaciones administrativas de los ingresos y egresos hospitalarios.

Además, informan a los familiares sobre la dinámica hospitalaria y las redes de apoyo familiar o institucional con las que pueden contar. Asimismo, realizan un acompañamiento emocional para todos

los familiares de los pacientes con el fin de aminorar el impacto psicosocial que trae como consecuencia el diagnóstico de la enfermedad.

Mencionó que entre las historias lamentables que le han tocado atender a Wilton, están el ingreso de familias completas por COVID-19 y el desafortunado deceso de uno de los integrantes. Por el otro lado, es motivo de felicidad ver a los pacientes superar la infección.

### **Atención a la salud mental del personal médico por contingencia COVID-19 en Colima**

Fernández (2020), encargada de la Estrategia de Salud Mental ante el COVID-19 en el Estado de Colima, mencionó que por decisión del gobernador del Estado y de la titular de la Secretaría de Salud estatal, se ha buscado atender la salud mental del personal médico encargado de hacer frente a la pandemia por coronavirus COVID-19 en la entidad. Mediante una estrategia de reconversión de centros de rehabilitación de personas con adicciones.

Asimismo, afirmó que desde marzo del presente año se implementó esta estrategia que ha impactado a las clínicas de rehabilitación de Manzanillo y Tecomán y en el albergue “Hilda Ceballos”, en la capital colimense, los cuales se localizan muy cerca de los nosocomios administrativos por el gobierno estatal.

Explicó que se tomó la determinación por parte del gobernador y la secretaria de salud, de poder generar en los espacios que hay habilitados como clínicas de atención a pacientes con adicciones de manera temporal una reconversión con base en la necesidad del servicio.

La idea fue la de generar espacios donde los médicos, enfermeras y demás trabajadores de los hospitales que encabezan la atención del COVID-19 en los hospitales, puedan descansar sin poner en riesgo a sus familias, o que tengan un espacio dónde pueda relajarse de su actividad laboral sin tener que alejarse de su centro de trabajo.

Se tienen áreas de reflexión, comedores, áreas verdes, pero también dormitorios, que normalmente eran utilizados por personas que decidían tomar libremente una rehabilitación de adicciones, pero

que actualmente están siendo utilizados por enfermeras, enfermeros, médicos, trabajadoras y trabajadores sociales, y todas aquellas personas que se encuentran en la primera línea de batalla que necesitan un espacio seguro que no ponga en riesgo a su familia y se puedan quedar a descansar, quizás momentáneamente o por días, según lo decidan el personal de salud.

En estos lugares, personal especializado en salud mental realiza análisis y estudios basados en pruebas estandarizadas, para detectar cuadros de depresión o ansiedad en las personas encargadas de atender a los pacientes con coronavirus.

La funcionaria destacó que en el albergue “Hilda Ceballos”, que está a espaldas del Hospital Regional Universitario, también se habilitó un espacio para los familiares de los pacientes que estén internados en esa institución de salud, el cual es independiente del área donde está el personal de salud.

Señaló que parte de la estrategia también abarca la atención psicológica de los pacientes positivos a COVID-19 o a sus familiares. En el caso de las personas con coronavirus, se les da un seguimiento después de confirmarse el padecimiento.

La fase 2 consiste en la atención mental de los pacientes diagnosticados con COVID-19, esta atención se les da a través de la línea 01800 (800 DESALUD), a la primera llamada se le oferta el servicio de la atención a la salud mental y aquí se les proporcionan números telefónicos en donde pueden ser atendidos según el horario que el paciente requiera. El horario es las 24 horas al día, los siete días de la semana.

Además, Fernández (2020), mencionó que cuando se incrementó el número de personas fallecidas a consecuencia de este virus, se determinó también brindar atención a los familiares que pierden a un ser querido. Ahí se les brinda por parte de las trabajadoras sociales de las unidades médicas y de los hospitales. En todos los hospitales se ha generado capacitaciones al personal de salud en temas de psicología para capacitarlos como monitores de salud mental.

## **Situación emocional de las trabajadoras sociales en el área de la salud en Colima**

Debido a que la enfermedad por el COVID-19 es una emergencia de salud pública actual, esta investigación tuvo dos momentos, primero se realizó una webgrafía, es decir un listado de recursos electrónicos, de enlaces a páginas web y sitios web, con la finalidad de obtener información relacionada con el tema de la salud mental en el personal de salud ante la atención del COVID-19. Las fuentes consultadas fueron a nivel internacional, nacional y estatal. Y la información seleccionada forma parte del marco teórico de este trabajo.

El segundo momento fue la investigación realizada de corte cualitativa, que tuvo como objetivo general Analizar la situación emocional que están viviendo los profesionales de Trabajo Social del área de la salud en relación con el COVID 19. El método utilizado fue el fenomenológico, ya que se buscó comprender las realidades experimentadas o internalizadas por los sujetos de investigación, que en este caso fueron 5 trabajadoras sociales, por lo tanto, fue de suma importancia conocer lo que piensan y sienten en relación con su experiencia laboral en la institución de salud donde se proporciona atención médica a personas contagiadas por el COVID-19. La muestra fue por conveniencia y las características que tuvieron que reunir las personas objeto de estudio fueron: trabajar en una institución de salud que tuvieran pacientes con COVID-19, desempeñar funciones de Trabajo Social y que estuvieran actualmente activos en la institución de salud. La técnica de recolección de datos fue la entrevista vía telefónica.

La aplicación de las entrevistas permitió identificar el tipo de capacitación de las trabajadoras sociales en el ámbito laboral, y su vivencia personal en relación con el estar laborando en una institución con pacientes COVID-19 y cómo aplican las medidas de protección ante esta enfermedad que han recomendado los expertos. Asimismo, nos dimos cuenta de que algunas modificaron su dinámica familiar, por ejemplo, el recurrir a redes familiares como apoyo para el cuidado de los hijos.

En relación con las actividades que realizan en sus centros de trabajo destacan:

- Desarrollar actividades administrativas.
- Localización de familiares de los pacientes
- Proporcionar información a los familiares sobre la salud del paciente
- Gestiones extramuro, para medicamento para los pacientes o servicios de funeraria
- Gestión de diferentes artículos, pañales, toallitas húmedas, entre otros para los pacientes
- Entrega de cadáveres a los familiares
- Acompañamiento emocional de los familiares

En materia de capacitación, precisan que los cursos que recibieron están relacionados con la enfermedad de la pandemia como por ejemplo: Qué es el SARS COV-2?, Cómo se propaga el virus?, Cómo se previene el contagio del virus?, Síntomas del COVID-19, Medidas de prevención basadas en transmisión, Cómo realizar la limpieza y desinfección, Uso de equipo de protección personal, Tratamiento de las defunciones/como dar la noticia al familiar, Cuál es el manejo de cadáveres?, Atención al equipo de salud ante el síndrome de Burnout, entre otros. Es importante mencionar, que la mayoría de la capacitación fue a través de medios virtuales y en ocasiones en los horarios de trabajo, situación que les impidió asistir a algunos cursos, ya que por las diferentes actividades laborales y por no contar con los medios tecnológicos adecuados (computadora e internet) no tuvieron la oportunidad de capacitarse en todos los cursos ofrecidos para el personal de salud.

Las trabajadoras sociales mencionan, que estas capacitaciones les permitieron conocer la enfermedad, sus síntomas y consecuencias, además, de identificar los procesos de prevención y se comprendieron los protocolos de actuación al interior de las instituciones de salud. Sin embargo, precisaron la necesidad de contar con capacitaciones encaminadas al control de las emociones, ya que en ocasiones se sienten vulnerables en su trabajo ante esta pandemia.

Los sentimientos más comunes que se presentan en las trabajadoras sociales son: miedo, preocupación y temor a ser contagiadas

o ellas contagiar a sus familiares. Tristeza y miedo cuando uno de sus compañeros ha sido contagiado, se encuentra hospitalizado o falleció por esa enfermedad.

Además, de los diversos sentimientos que han experimentado durante esta pandemia, algunas de ellas manifiestan que por el estrés de su jornada laboral en ocasiones presentan dolor de cabeza.

Es importante mencionar que, no todas las trabajadoras sociales entrevistadas realizan acciones de entrega de cadáveres a sus familiares, pero las que tienen esta función comentaron que es muy difícil este momento para ellas, ya que como profesionistas realizan acompañamiento emocional a los familiares por todo lo que implica el protocolo de la guía de manejo de cadáveres por COVID-19, sin embargo, para ellas no existe ese acompañamiento como tal y manifiestan que ellas se “quedan con todos los sentimientos de dolor y angustia de los familiares que no pueden despedirse de la persona que murió”, debido a que solo se les permite ver el cadáver a dos metros de distancia y solo se les descubre la cara para que lo reconozca el familiar.

Las trabajadoras sociales comentan que al no ser consideradas como profesionistas de primera línea de atención a pacientes COVID-19, las instituciones de salud donde trabajan no les proporcionan el equipo seguro para protegerse como las mascarillas KN95, por lo tanto, se han visto en la necesidad de comprar este tipo de material para sentirse más seguras en su área de trabajo.

A partir del COVID, las trabajadoras sociales, hicieron evidente sus creencias religiosas, el tener fe en un ser supremo que las proteja y hacer una oración, ha sido una estrategia de contención emocional, de tal forma que algunas veces antes de iniciar sus jornadas laborales (de manera abierta) con sus compañeras suelen hacer oraciones.

Otro de los aspectos a destacar, es la influencia que ha tenido las restricciones sanitarias en sus actividades cotidianas, ya que, a partir de la pandemia, el desarrollo de acciones de higiene se ha multiplicado, como el lavado de manos de manera frecuente y desinfectar sus áreas de trabajo.

Además, después de terminar su jornada laboral, al llegar a su casa, se sujetan a estrictas medidas de higiene y distanciamiento social, optando por evitar el contacto con sus familiares hasta que no se bañan y lavan sus prendas o bien las guardan en bolsas selladas y

las dejan fuera del alcance de sus hijos, para posteriormente lavarlas por separado del resto de la ropa de la familia.

## **Conclusiones**

La pandemia por el coronavirus COVID-19 cambió por completo la vida de casi todo el mundo. En México, se decretó emergencia sanitaria desde el mes de marzo para evitar más contagios por el SARS-CoV-2, y la jornada de sana distancia se extendió hasta el 30 de mayo.

En el estado de Colima a raíz de la detección del primer paciente de sexo masculino contagiado por COVID-19, quien llegó a la entidad el 13 de marzo del presente año tras regresar de un viaje de Alemania, en Sesión Extraordinaria del Consejo Estatal de Protección Civil aprobó declarar el estado de emergencia en la entidad por el coronavirus. La declaratoria facultó a implementar medidas para salvaguardar la salud de sus habitantes ante el COVID-19, como aislamiento social y cuarentena de contagiados, así como la suspensión o restricción de actividades, suspensión de actividades en centros de atención infantil y en escuelas de nivel básico, medio superior y superior tanto en instituciones públicas como en privadas.

Al día de hoy 8 de septiembre, el estado de Colima es la única entidad que se mantiene en semáforo rojo en todo el país y que significa que está en riesgo máximo de contagios, por lo tanto, las medidas sanitarias implementadas por las autoridades prevalecen con el propósito de cuidar la salud de los colimenses.

Regresar a la “normalidad” después de la pandemia, es subjetiva. La vida acostumbrada previamente al brote de Wuhan, China, probablemente no se vuelva a ver en buen tiempo. Esto porque las autoridades sanitarias y gubernamentales tendrán que controlar el flujo de las personas, al tiempo que abren nuevamente sus economías e industrias, incluyendo varias de las actividades deportivas, con la finalidad de no tener un rebrote del virus en el Estado.

En relación con los resultados se puede afirmar que las y los trabajadores sociales en el área de la salud constituye un grupo de riesgo especial ante el COVID-19, puesto que no solo sufren ansiedad de atender a los familiares de los enfermos por este coronavirus,

sino que también, muchas veces se enfrenta a una falta de equipo de protección personal seguro. Además, derivado de las defunciones del personal de salud por COVID-19 que se han presentado en Colima, algunas de ellas tienen como reto personal disminuir el miedo, preocupación y el estrés que tienen de contraer la enfermedad y transmitirla a familiares, amigos o compañeros de trabajo.

La incertidumbre y el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica durante el brote epidémico como el coronavirus COVID-19, exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional para el personal de salud, por lo tanto, las autoridades sanitarias deberán enfocarse a disminuir y tratar de evitar las consecuencias de situaciones de estrés crónico mal o no manejado, ya que responder a la situación aguda con estrategias eficientes de contención emocional, se evitará el desgaste en la salud mental del personal de salud y entre ellos los profesionales de Trabajo Social.

## Referencias

- Cárdenas, B. (2020). *Cuidados para el personal de salud ante casos de COVID-19*. México: Gaceta Facultad de Medicina, UNAM. Recuperado de: <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/03/31/cuidados-para-el-personal-de-salud-ante-casos-de-covid-19/>
- Fernández, L. (2020). *¿Cómo se atiende la salud mental del personal médico por contingencia COVID-19?* Entrevista otorgada a Estación Pacífico. México. Recuperado de: <https://estacionpacifico.com/2020/08/26/como-se-atiende-la-salud-mental-del-personal-medico-por-contingencia-covid-19/>
- Gobierno de México. (2020). *Personal de salud. Material de higiene de manos para profesionales de la salud*. Recuperado de: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/>
- OMS. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado de:

- <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- OPS. (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*. Recuperado de: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>
- Secretaria de Salud Colima (2020). *Situación actual COVID-19*. Recuperado de: <https://www.facebook.com/saludcolima/photos/pcb.3263133357111161/3263132460444584/>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). *Cuidando la salud mental del personal sanitario*. Recuperado de: <http://www.sepsi.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>
- Wilton, A. (2020). *Trabajadores sociales son parte de la primera línea de batalla contra COVID-19*. Entrevista otorgada a IMER Noticias. México. Recuperado de: <https://noticias.imer.mx/blog/entrevista-trabajadores-sociales-son-parte-de-la-primera-linea-de-batalla-contra-covid-19/>

Redes Temáticas, Investigación en Trabajo Social  
Se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 15 de febrero de 2021.

La edición electrónica será publicada en la página web de La Académica Nacional de Investigación en Trabajo Social; [www.acanits.org](http://www.acanits.org)



ISBN: 978-607-98632-4-1



**El trabajo interdisciplinario, no solo permite conocer los problemas sociales, sino también actuar en ellos, sobre todo, por el involucramiento y la colaboración de diversas disciplinas que participan para atender la problemática que enfrentan los diversos sujetos sociales, a nivel local, estatal y nacional. En esta estrategia multidimensional, se garantizan procesos articulados en la producción de conocimientos científicos entre actores nacionales e internacionales, donde la academia, gobierno, empresas y sociedad civil, adquieren un papel protagónico.**

Con base en esta perspectiva del trabajo colaborativo para el estudio y la atención de los problemas sociales; la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS), retoma la conceptualización y el impulso que han definido a las *Redes Temáticas*, desde el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt).

El libro “Redes Temáticas, Investigación en Trabajo Social”, es un documento de gran trascendencia para el desarrollo de la disciplina de trabajo social, no solo por la exposición de los hallazgos teóricos y metodológicos que se presentan, sino también por las experiencias y conocimientos que comparten los autores, en temas tan diversos y ricos en contenido, como la segregación y habitabilidad de los adultos mayores; las oportunidades y desafíos, frente a la atención a la salud; calidad de vida y su asociación con la autoeficacia y los estilos de vida saludable; retos y dificultades por discapacidad, cuidados y crianza, para la intervención con familias; intervención con jóvenes en conflicto; Familia y Trabajo Social ante la pandemia del Covid19; paz interior y situación emocional de los profesionales de trabajo social en el área de la salud.

En esta variedad de temas y contenidos, el libro se ha organizado en tres ejes temáticos: envejecimiento, intervención y situaciones emergentes; en el primero se abordan problemáticas sociales concierres a las personas de la tercera edad y sus familias; en el segundo, se explican las estrategias de intervención social desde el ámbito profesional y académico, como una respuesta a las problemas y necesidades sociales; y en el tercer eje; se exponen contenidos y experiencias referentes a los problemas sociales generados por la crisis sanitaria de la pandemia y el Covid19.