Intervención de Trabajo Social ante riesgos psicosociales

Coordinadoras
Martha Leticia Cabello Garza
Marisela Rivera Montoya
Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera

ACANITS

"Solidaridad, ayuda mutua y trabajo colectivo; tres principios básicos del quehacer científico para una praxis al servicio de la sociedad y el conocimiento humano" ACANITS

Intervención de Trabajo Social ante riesgos psicosociales

Coordinadoras

Martha Leticia Cabello Garza
Marisela Rivera Montoya
Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera

ACANITS

Primera Edición: 2024

© 2024 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.
ISBN: 978-607-8987-04-7

Universidad Autónoma de Sinaloa Universidad Autónoma de Nuevo León.

© 2024 Por características tipográficas y de diseño editorialACANITS A.C.

Portada: Marilyn Roxana Zuñiga Rivera

Todos los artículos de este libro fueron sometidos a dictamendoble ciego por pares académicos y su contenido es responsabilidad de los autores.

Este libro electrónico es editado por la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS) bajo la licencia Creative Commons CC 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, copiar y redistribuir el material sin fines comerciales y con la utilización de esta misma licencia.

Impreso en México

Índice

	Pág.
Introducción	8
Modelo de intervención desde una mirada psicosocial ante problemas relacionados con la salud. Martha Leticia Cabello Garza Marisela Rivera Montoya	13
Burnout: riesgo psicosocial latente en mujeres trabajadoras. Griselda de Jesús Granados Udave Patricia Guadalupe De Labra Vanegas	27
Valoración del estrés académico después de la pandemia en estudiantes de nuevo ingreso a la universidad. Porfiria CalixtoJuárez María del Refugio Gaxiola Durán Guillermina De la Cruz Jiménez Godínez	50
Repercusión social en paciente con enfermedad crónica: un estudio de caso desde trabajo social Danna Ruth Eunice Rivas Martínez	70
Intervención profesional del Trabajador Social en el sector salud de la Región Junín – Perú. Yovana Luiza Alberto Bueno Jhulisa Ataipoma Casallo	96
Modificaciones en las relaciones sociales del estudiantado universitario durante la Pandemia por Covid-19. María Eugenia López Caamal María Guadalupe Jaimez Rodríguez Lidia Maricela Caamal Campos	123

Dificultades sociales que viven las mujeres con diabetes tipo 2 en zonas serranas de Sinaloa para el acceso y apego al tratamiento. 144
Gladis Zulema Acosta Moreno
Rosario Edith Ortiz Félix
Gloria Isabel Camacho Bejarano

Los significados del embarazo adolescente y la formación del proyecto de vida en jóvenes al estar en la adolescencia. 166
Guadalupe Lizeth Serrano Ponce
Cindy Margarita López Murillo
Belinda Espinosa Cazarez

Prácticas de riesgo del contexto para la salud mental de alumnos (as) de la escuela Secundaria Lic. Adolfo López Mateos de Culiacán Sinaloa. 185
Yazmín Margarita Reyes García
Beatriz Delia Cota Elizalde
Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera

Impacto del Covid 19 en el Aspecto Social y psicológico en los pobladores del Valle del Mantaro, Perú. 203
Julissa Karent Muñoz Rojas
Ricardo Walter Soto Sulca
Yulia Nadia Cáceres Quispea

Introducción

Los tiempos actuales exigen profesionales en el campo social, que estén dotados de estrategias metodológicas, modelos, técnicas e instrumentos que permitan una aproximación al ser humano desde una visión psicosocial, que retome un conjunto de prácticas, valores y estrategias de intervención desde la psicología principalmente, con una concepción integral del ser humano que considere la relación de la persona y su contexto como un aspecto clave.

La intervención en el Trabajo Social es entendida como la acción organizada y desarrollada por las/los trabajadores/es sociales con las personas, grupos y comunidades. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía. Intervenir desde un enfoque psicosocial implica considerar la particularidad de la población vulnerable, víctima o que se encuentra en la experiencia de un sufrimiento, para con ello realizar el reconocimiento de los múltiples contextos sociales, políticos y culturales relacionados con una situación social. Este texto es el resultado de múltiples investigaciones basadas en evidencia científica y un aporte muy importante para los profesionales de la salud y en especial a aquellos que realizan intervenciones en los diversos espacios del ámbito psicosocial.

En el primer capítulo las investigadoras *Martha Leticia Cabello Garza y Marisela Rivera Montoya* nos presentan sus aportes teóricos en relación a la fundamentación de un modelo de intervención desde una mirada psicosocial ante problemas relacionados con la salud, evidenciando la importancia de la intervención de Trabajo Social tomando en cuenta a la persona y a su entorno, en presencia de problemáticas sociales como la adherencia al tratamiento, el cuidado de la salud y la calidad de vida, que se traducen en mejoras importantes en el bienestar de la persona y su entorno. Las autoras pretenden ofrecer un punto de partida para fundamentar teóricamente una intervención de salud desde un modelo biopsicosocial.

En siguiente capítulo, *Griselda de Jesús Granados Udave y Patricia Guadalupe De Labra Vanegas* realizan un aporte significativo al analizar el Burnout: riesgo psicosocial latente en mujeres trabajadoras, este trabajo de investigación hace evidente que son las mujeres quienes presentan mayor riesgo de desarrollarlo, debido a la exigencia de los diversos roles que ejercen desde el género femenino, aunado a las transformaciones vertiginosas del mundo en todos sus ámbitos, y como tal, la esfera laboral presenta cada vez más responsabilidades que afectan a las mujeres trabajadoras, lo que impacta en la salud física y/o mental, originando riesgos psicosociales.

Porfiria Calixto-Juárez, María del Refugio Gaxiola Durán y Guillermina De la Cruz Jiménez Godínez realizan un aporte significativo con su trabajo titulado: Valoración del estrés académico después de la pandemia en estudiantes de nuevo ingreso a la universidad, ellas orientan su estudio a reflexionar en torno a esta problemática que requiere de su conocimiento para entender cómo los estudiantes de nuevo ingreso se someten al estrés académico. Mediante un estudio cuantitativo nos presentan hallazgos interesantes que arrojó un instrumento aplicado en la post-pandemia a través de Google Forms. Con este artículo se pretende dar a conocer hechos significativos en relación con la forma de cómo están enfrentando la población estudiantil de nivel profesional esta situación y los efectos que está dejando esta modalidad de educación a distancia por el confinamiento, para que en función de esta información se diseñen estrategias para disminuir estos efectos.

Por otra parte, en el capítulo denominado Repercusión social en paciente con enfermedad crónica: un estudio de caso desde Trabajo Social, la autora *Danna Ruth Eunice Rivas Martínez*, presenta una investigación que además de exponer un análisis descriptivo e interpretativo, bajo el enfoque fenomenológico acerca de las repercusiones sociales y psicoemocionales de la enfermedad artritis reumatoide en una paciente mujer, hace evidente las implicaciones sociales tales como autonomía personal e interrelaciones sociales que se desprenden a partir de dicho padecimiento.

En el siguiente capítulo las autoras *Yovana Luiza Alberto Bueno y Jhulisa Ataipoma Casallo* nos presentan los resultados de su investigación en relación a la Intervención profesional del Trabajador Social en el sector salud de la Región Junín – Perú, cuyo principal objetivo fue describir la intervención profesional del trabajo social en salud de la región Junín. Los resultados muestran en este trabajo que el objeto de intervención del trabajador social son los problemas y necesidades sociales, las funciones que cumplen en su intervención son la gerencia social, educación social, asistencial, investigación social y ocasionalmente función de sistematización.

Otro trabajo es el que presentan las investigadoras *María Eugenia López Caamal, María Guadalupe Jaimez Rodríguez y Lidia Maricela Caamal Campos*, a través de su investigación titulada: Modificaciones en las relaciones sociales del estudiantado universitario durante la pandemia por COVID-19, cuyo objetivo general del estudio fue Analizar las modificaciones en las relaciones sociales del estudiantado, mediante el comparativo de estas en los años 2020 y 2021 durante la pandemia de COVID-19. Desde un enfoque La acción investigativa formó parte del proyecto de estudio de la UNAM-ENTS, con enfoque cuantitativo-comparativo, alcance descriptivo y enfoque ecológico, el diseño es epidemiológico y longitudinal, esta investigación se realizó con el estudiantado de la Licenciatura en Trabajo Social del Instituto Campechano.

Las autoras *Gladis Zulema Acosta Moreno, Rosario Edith Ortiz Félix y Gloria Isabel Camacho Bejarano* con su capítulo relativo a las dificultades sociales que viven las mujeres con Diabetes tipo 2 en zonas serranas de Sinaloa para el acceso y apego al tratamiento, nos presentan un aporte al Trabajo social, al rescatar desde una investigación cualitativa que propuso como objetivo comprender las dificultades de acceso y apego al tratamiento de las mujeres de la zona serrana de Sinaloa, desde su propia perspectiva. Sus resultados presentan aspectos relativos a la inseguridad alimentaria de la región, hábitos alimenticios, los roles de género que influyen en el apego al tratamiento que afecta la salud de este grupo vulnerable.

El trabajo que nos presentan las autoras Guadalupe Lizeth Serrano Ponce, Cindy Margarita López Murillo y Belinda Espinosa Cázares, nos invita a reflexionar sobre las construcciones del orden social de género que son interiorizadas por las adolescentes respecto al significado del embarazo y la formación de su proyecto de vida al participar en el programa Bebés virtuales. El embarazo durante la adolescencia es una problemática social compleja, que está transversalizada por las construcciones de género que emanan del contexto social y cultural en que se desarrollan las adolescentes desde la infancia y son transmitidas de generación en generación a través de los mandatos de género.

Las autoras *Jazmín Margarita Reyes García, Beatriz Delia Cota Elizalde y Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera*, realizan un aporte muy significativo al realizar un análisis en relación a los estudios sobre la salud mental en jóvenes cuyo título es: Prácticas de riesgo del contexto para la salud mental de alumnos (as) de la escuela Secundaria Lic. Adolfo López Mateos de Culiacán Sinaloa. Esta investigación aporta un análisis desde la mirada de Trabajo social, evidenciando que existen diversos factores que influyen en la salud mental de los adolescentes, como son los ambientes en los que se desenvuelven; en las escuelas se realizan prácticas que influyen en la salud mental de los mismos, como el grito, los reportes, expulsión.

Por último, el trabajo desarrollado por *Julissa Karent Muñoz Rojas, Ricardo Walter Soto Sulca Y Yulia Nadia Cáceres Quispea*, titulado Impacto del Covid-19 en el Aspecto Social y psicológico en los pobladores del Valle del Mantaro, Perú. En esta investigación se ponen en evidencia los impactos del COVID-19 en el aspecto social y psicológico de los pobladores del Valle del Mantaro Los resultados nos muestran las brechas de desigualdades por el acceso a los servicios de internet, Se presentan también algunas evidencias importantes en relación al aspecto psicológico y la salud mental.

Las Coordinadoras
Leticia Cabello Garza
Marisela Rivera Montoya
Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera

Modelo de intervención desde una mirada psicosocial ante problemas relacionados con la salud

Martha Leticia Cabello Garza[1]
Marisela Rivera Montoya[2]

Resumen

La crisis de salud postpandemia nos ha dejado con un impacto en los aspectos personales, familiares y ambientales, haciendo que el modo de abordaje y afrontamiento en la persona y su ambiente está determinado por una mirada biopsicosocial de la salud, y visibilizando la incapacidad del modelo actual de atender desde esta mirada la salud.

La importancia de los aspectos psicosociales en el abordaje de la salud pone de relieve la intervención tomando en cuenta a la persona y a su entorno, por lo que modelos de intervención como el psicosocial en presencia de problemáticas sociales como la adherencia al tratamiento, el cuidado de la salud y la calidad de vida, podrían brindar mejoras importantes en el bienestar de la persona y su entorno.

Este trabajo pretende ofrecer un punto de partida para fundamentar teóricamente una intervención de salud desde un modelo biopsicosocial. ¿Qué y cómo lo podemos hacer?, ¿Qué conceptos debemos conocer? ¿Cuál sería el proceso metodológico por seguir? ¿Cuáles son los resultados previstos? Que nos permita atender desde esta mirada cualquier proceso de salud desde la salud mental hasta la salud social, atendiendo el proceso de una persona que vive en

[1] Investigadora del Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León
[2] Profesora de tiempo completo Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa campus Culiacán

situaciones de violencia o la prevención de algún padecimiento o enfermedad como la hipertensión, la Diabetes Mellitus tomando en cuenta la diversidad de situaciones que las personas atraviesan en sus vidas que afectan la salud.

Introducción

En los últimos años y principalmente después de la Pandemia del COVID-19, nos enfrentamos a un mundo con un desarrollo científico y tecnológico que cambia cada día y que implica investigaciones e intervenciones cada vez más complejas sobre todo para afrontar nuevos problemas de salud desde nuevos enfoques. El modelo de salud en las últimas décadas ha dado un giro importante, considerando que la salud es algo que debemos desarrollar y no simplemente conservar. De acuerdo a Cantú y López (2009) el modelo biomédico es rebasado por las necesidades de tratamientos específicos de pacientes, donde la enfermedad no solo puede ser explicada en términos de variables biológicas, sino que los aspectos psicológicos y sociales cobran relevancia.

Siguiendo a Oblitas (2004, citado en Cantú y López, 2009), los principales factores que han influido en el cambio de paradigma de la salud son la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, el elevado costo de los cuidados de la salud y el cada vez mayor énfasis en la calidad de vida. Durante la pandemia del COVID-19, según Cabello (2021), se pudo captar lo paradójico que es que si bien se avanzó en el conocimiento médico desde lo epidemiológico, como la vacunación y los nuevos tratamientos para las nuevas cepas del Coronavirus, no se ha podido contrarrestar con el desarrollo de estilos de vida saludable que mejoren la calidad de vida, ya que el altísimo gasto en recursos humanos, insumos, procedimientos médicos y dinero que el COVID-19 ha traído en la carga de los servicios de salud, no es equiparable a la prevención no solo de medidas sanitarias, sino la promoción de estilos de vida saludable.

Intervenciones psicosociales como las desarrolladas con pacientes de cáncer han mostrado ser eficaces (Robert, et al 2013) ante una experiencia difícil de enfrentar y por los múltiples factores que

involucra, ya que cambia abruptamente la vida del paciente y la de su familia o su entorno más cercano. Este tipo de intervenciones han demostrado resultados positivos ya que ven la individualidad e integridad de cada persona como un todo donde se promuevan ambientes que favorezcan un estilo de vida saludable.

De acuerdo con Camelo y Cifuentes (2006), la fundamentación de la intervención social es necesaria si se desea avanzar en los aportes al desarrollo profesional de nuestra disciplina, para ello debe ser revalorada la teoría para dar paso a una intervención fundada frente a los problemas que constituyen su objeto, solo así se podrá lograr un mejor posicionamiento de la profesión respecto a otros profesionales, un mayor estatus en la sociedad y así mismo mejores condiciones para negociar posturas y mejores niveles profesionales. En este sentido se considera vital aportar elementos para la construcción de intervenciones sólidas desde nuevas perspectivas para atender la complejidad de las problemáticas sociales entre ellas la salud.

El trabajo social interactúa con diversas disciplinas sociales y el hecho de fundamentar teórica y metodológicamente su quehacer profesional constituye una posibilidad de consolidar la especificidad en los diversos campos donde interactúa. Camelo y Cifuentes (2006), afirman que uno de los mayores desafíos de nuestra profesión es la producción de conocimientos, de manera que podemos trascender el marco de análisis de la práctica profesional, acudiendo a los avances de la metodología contemporánea de manera que posibilite enfoques epistemológicos, referentes teóricos y sus implicaciones metodológicas.

En general un modelo como el que aquí se presenta pretende tomar en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona a la hora de explicar, entender y afrontar un determinado estado de salud o enfermedad. Diversas investigaciones encontradas sobre la intervención profesional en el área psicosocial evidencian la necesidad de seguir reflexionando y fundamentando teórica y metodológicamente el modelo a fin de construir teorías de intervención social con mayor especificidad profesional con efectos prácticos hacia los problemas que constituyen su objeto.

Modelo de intervención psicosocial

El modelo biopsicosocial propuesto por George Engel (1977, citado por Hernández, 2013), se opuso al reduccionismo biomédico y criticó a la psiquiatría por convertirse en una ciencia "deshumanizada", que no consideraba todos los aspectos que afectan a la vida de la persona, refiriéndose a un modelo que reconoce la importancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales. En este marco adquiere aún más relevancia la profesión del Trabajo Social en la intervención con personas que padecen alguna enfermedad.

El modelo tiene como marco explicativo la teoría de sistemas, ya que sus premisas se basan justamente en subsistemas como el biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social o el ambiente físico que se encuentran interrelacionados y un cambio o alteración en uno de ellos tiene consecuencias en el resto (Labiano, 2010). Este modelo enfoca su actuar en aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, estimulando la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

La intervención psicosocial es una disciplina encuadrada dentro de la psicología social, que trata de comprender, predecir y cambiar la conducta social de las personas, así como modificar aquellos aspectos nocivos de su entorno, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas (Hernández y Valera, 2001, p. 61). Aunque resulta difícil la funcionalidad de ciertos modelos teóricos al ponerlos en marcha para cambiar alguna realidad "los objetivos planteados en la intervención psicosocial se orientan a reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades" (Hernández y Valera, 2001, p. 55).

Partiendo de la afirmación que la persona es un ser psicosocial, los problemas que le aquejan siempre serán emocionales y sociales (Contreras, 2006), así tanto en el diagnóstico como en el tratamiento siempre estarán presentes categorías tales como económicas, físicas, mentales, emocionales o sociales. El modelo de intervención

psicosocial está centrado en la condición humana enfatizando su actuar en patrones sanos de desarrollo y crecimiento, ayudando a la persona a que consiga de forma plena y satisfactoria su autorrealización de acuerdo con sus capacidades y potencialidades, implicando a su vez la comprensión de sí mismo y de sus factores sociales.

Vale la pena recordar que surge con el Trabajo social de casos como una forma de aproximación al ser humano que inspira un conjunto de prácticas, valores y estrategias de intervención desde la psicología, se caracteriza por una concepción integral del ser humano que considera la relación de la persona y su contexto como un aspecto clave.

Blanco y Valera (2007), de manera concisa dan cita a la relevancia social de la intervención, el interés por el conocimiento y la aplicación de teorías. Su punto de partida es la vida real de las personas reales y sus problemas sociales, dentro de determinados contextos sociales, su objetivo es el compromiso social con la finalidad de mediar o interceder en el cambio individual o social, promover el bienestar y el desarrollo de la calidad de vida de las personas, grupos comunidades, a través de herramientas teóricas-metodológicas interdisciplinares, aplicando la teoría en respuesta a problemas reales de personas en una realidad concreta donde el profesional asume tanto un rol intelectivo y activo, siendo además dinamizador de procesos de capacitación y empoderamiento.

La intervención psicosocial se acerca de manera definitiva a una psicología social aplicable, en los términos definidos por Mayo y La France (1980; citado en Blanco y Valera, 2007), centrados en la mejora de la calidad de vida. El modelo de estas autoras presenta una estructura basada en tres elementos clave en el proceso:

- Una psicología social aplicable y relacionada con la mejora de la calidad de vida, de manera más proactiva o preventiva.
- La construcción del conocimiento apunta hacia la predicción, se focaliza en las consecuencias y tiende a ser más predictiva que explicativa, centrarse más sobre los efectos que sobre las causas. Para lo cual es importante definir adecuadamente el problema, al tiempo que seleccionar una metodología de investigación válida para la construcción del conocimiento.

- El tercer elemento es propiamente la intervención o aplicación del conocimiento, que requiere de una consideración activa y una planificación deliberada. Tanto el análisis del sistema sobre el que se intervendrá, y el rol del interventor social aplicado (mediador, activista, planificador, organizador, experto, etc.), deben centrarse hacia la calidad de vida como objetivo que implica analizar e interpretar tanto los efectos producidos por la intervención como una evaluación.

Modelo de Intervención Psicosocial

El objetivo de una intervención psicosocial está marcado por la definición de un contexto de intervención multidimensional, operando sobre una persona, un grupo social o una comunidad. Según Alvis (2009), la intervención psicosocial es un proceso dirigido a incrementar la capacidad de desarrollo del ser humano, la familia y la comunidad. Permite que los sujetos ejerzan control y poder sobre su ambiente individual y social. Por lo tanto, incrementa el bienestar de las personas y la calidad de vida, capacitando y dotando al individuo de herramientas que le permitan afrontar y solucionar problemáticas y lograr cambios en el entorno social.

El propósito de trabajar un modelo psicosocial es la mejora de la calidad de vida y está centrado en mejorar el bienestar y calidad de vida de los sujetos, en establecer un perfil con aptitudes sobresalientes en las características intrínsecas y extrínsecas, y analizar las relaciones y vínculos de apoyo. En el modelo psicosocial, se postulan dos principios básicos: en primer lugar, se centra la cuestión emocional y la otra social. Mediante este modelo se busca generar confianza en la condición humana y pone el apoyo de los patrones sanos de crecimiento y desarrollo, asimismo definiendo como objetivo de la intervención el establecer las condiciones óptimas para que dicho desarrollo se cumpla ayudando al sujeto a que consiga una vida plena y satisfactoria de autorrealización de acuerdo con sus capacidades y potencialidades. El modelo de intervención postula que para entender al individuo es necesario visualizar en el contexto de sus interrelaciones o transiciones con el medio (Contreras, 2006).

Basándose en el modelo de Mayo y la France (1980) Blanco y Valera (2007), sugieren una serie de fases para la aplicación de este modelo de intervención: 1. *El análisis del sistema social,* donde se evalúan o se valoran los problemas sociales y del contexto donde se encuentran; 2. *Diseño, ejecución y supervisión*. Además de la descripción detallada de los objetivos de intervención, delimitación de estrategias, análisis de recursos y organización programática de las acciones a seguir, se desarrolla una tarea de consultoría y de educación, siendo el recurso humano la principal herramienta. 3. *Diseminación de la intervención*, que incluye una tarea de retroalimentación y comunicación de los resultados a la población afectada y la información a los profesionales involucrados. 4. *Evaluación de la intervención*. Sobre todo conocer, si los recursos disponibles son adecuados, si se tiene la capacidad de incrementar la calidad y cantidad de los medios y en que medida se logran los objetivos propuestos inicialmente, además de la detección de posibles errores.

Las técnicas para generar actitudes favorables y actitudes positivas del sujeto deben involucrar a éste en su propio proceso de cambio induciendo en él confianza y aceptación de sus problemas con su entorno y creando habilidades y potencialidades para enfrentarse a las adversidades de su vida cotidiana. Dicho modelo se centra en entender y comprender al sujeto en su situación-problema; asimismo establecer objetivos de cambio que permitan mejorar la calidad de vida del individuo, grupos y colectivos (Contreras, 2006). Se utilizan técnicas de apoyo que crean o reforzar actitudes favorables o conductas positivas, involucrando al sujeto de intervención en su propio proceso de cambio; otra técnica que puede ser utilizada es la discusión reflexiva apelando a las capacidades cognitivas entendiendo sus sentimientos, conductas y efectos en los demás, reconociendo mecanismos psicológicos de transferencia a fin de manejarlos de manera adecuada.

Este Modelo heredado de la filosofía de Mary Richmond, y recogida por Hamilton aparece en los años 60 con la influencia de la teoría de sistemas. La teoría de roles, la teoría de la comunicación y el psicoanálisis. Resaltando el concepto de diagnóstico-evaluación, Hollis y Goods, centraban sus objetivos de intervención en las necesidades de cliente para abordar la situación como una totalidad. De acuerdo a

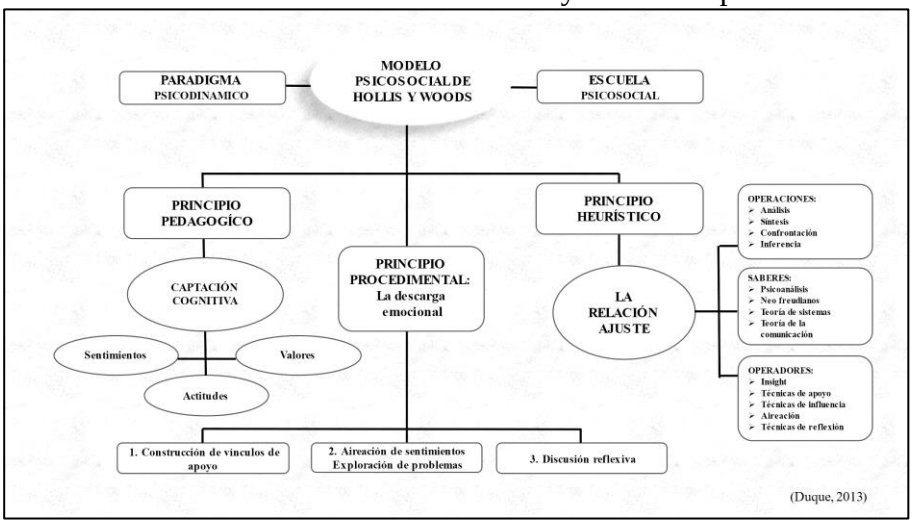
Duque (2013), la perspectiva psicosocial, a pesar de propugnar por la intervención en la interacción, se orienta más a la persona en el aquí y en el ahora, considerando sus sentimientos y emociones en reacciones y experiencias presentes y pasadas. Con una orientación funcionalista propone conceptos de "anormalidad" para abordar el cambio como ajuste a un contexto que no está en capacidad de responder a expectativas personales.

Duque (2013) presenta un esquema de este modelo psicosocial de Hollis y Woods a manera de síntesis, donde se puede observar su estructura metodológica resaltando los siguientes fundamentos claves de esta propuesta: 1. La unidad de trabajo son las necesidades de las personas como situaciones que se producen en la interacción. 2. Las diferencias cotidianas tanto en la relación individuo y con su grupo familiar, o con la comunidad, producen desadaptaciones. 3. Las dificultades de adaptación tiene sus orígenes en 3 fuentes: la falta de capacidad del individuo para funcionar, sobre todo en sus interacciones personales, con los medios adversos o ambos. 4. La retroalimentación o feedback, que es el instrumento clave del tratamiento. 5. Los principios básicos para el trabajo social psico-social son: la aceptación y respeto, atención a las necesidades del cliente, comprensión científica del cliente, respeto por el derecho a tomar decisiones y responsabilizarse para que el cliente no se haga daño.

En este mismo esquema se subraya que el objetivo de Trabajo Social es promover adaptaciones positivas dirigidas a resolución o disminución de los problemas de la persona y su entorno, además ayudar a los clientes que enfrentan situaciones de acumulación de estrés para que den soluciones por si mismos a la situación, afirmando que los problemas que se encuentran en la mente, pueden ser tratados mediante la alteración de las fuerzas que operan dentro de ellos mismos actuando sobre la conducta o recursos con los que cuentan. Este modelo enfatiza al individuo como un ser de relaciones y definido por factores culturales, fisiológicos y psicológicos, y a su vez estos relacionados con el contexto social. Para lograr la comprensión de la persona en su situación, además de los factores externos, evalúa factores internos como la estructura de la personalidad, mecanismos de defensa, respuesta de dependencias, agresividad, desviaciones sexuales, apegos,

etc. Por último, se resalta que lo básico en Trabajo Social no es el conocimiento sino la acción.

Grafico 1. Dimensiones de la salud y el modelo psicosocial



Fuente: Duque, 2013

El concepto de enfermedad constituye una elaboración práctica del modelo biopsicosocial, un marco integrador de la dimensión biológica, psicológica y social del individuo para explicar la salud y la enfermedad. Este concepto se basa en la observación pues existe una gran variabilidad en las respuestas al tratamiento, en el curso evolutivo, en la presentación de síntomas, en la formulación de quejas y en otros muchos aspectos (Arita, 2008). Este concepto hace referencia a la respuesta global del sujeto ante la enfermedad, pues el modo que tiene el individuo de responder ante la situación de enfermedad influye en la sintomatología y curso evolutivo del proceso, además determina la adherencia al tratamiento y configura la relación del personal que lo atiende y él mismo. Si bien, el modo en que el individuo que padece la enfermedad la concibe es determinante en el proceso evolutivo de la misma. El sentido otorgado a la enfermedad se va construyendo por medio del discurso, valores, roles, creencias que son compartidas por los integrantes de las familias en el contexto cultural al que se inscriben (Zuñiga, 2019).

Para la OMS, la salud es un estado de bienestar físico, psicológico y social, pues la medicina tradicional ha tenido un olvido de la prevención y tratamiento del ser humano como un todo. Fue Engels en 1977 quien formuló los principios básicos del modelo biopsicosocial, el cual considera que los procesos de salud-enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta reconceptualización, ha propiciado el desarrollo de la psicología de salud y el concepto de conducta de enfermedad. El concepto de enfermedad acuñado por Mechanic (1962, citado en Zuñiga, 2019) constituye una elaboración práctica del modelo biopsicosocial, un marco integrador de la dimensión biológica, psicológica y social del individuo para explicar la salud y la enfermedad. Este concepto se basa en la observación pues existe una gran variabilidad en las respuestas al tratamiento, en el curso evolutivo, en la presentación de síntomas, en la formulación de quejas y en otros muchos aspectos (Arita, 2006). Este concepto hace referencia a la respuesta global del sujeto ante la enfermedad, pues el modo que tiene el individuo de responder ante la situación de enfermedad influye en la sintomatología y curso evolutivo del proceso, determina la adherencia al tratamiento y configura la relación del personal que lo atiende y él mismo.

El Modelo Biopsicosocial, en la actualidad es uno de los más aceptados y reconoce que los factores sociales en el binomio salud-enfermedad, convergen y se constituyen por la actuación que ejerce el contexto social y ambiental sobre el individuo, influyen en la aparición y desarrollo de las enfermedades. Así mismo tal como menciona (Hernández, 2013), la convergencia de una serie de circunstancias personales y ambientales concretas, como pudieran ser la vulnerabilidad social, el estrés y otras, facilitan el desarrollo de un episodio de crisis y, por tanto, la evolución de la enfermedad varía en función de las condiciones sociales con las que se encuentre la persona enferma, que pueden obstaculizar o favorecer el desarrollo de una enfermedad.

Siguiendo a Labiano (2010), este modelo impacta en la medicina comportamental que es un área que surge en el cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad con el control de enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas tales como las

cardiovasculares, cáncer, dolores crónicos, los cuales surgen como producto del estilo de vida que tienen algunos individuos, el hecho de que en iguales condiciones algunos enferman y otros no y el desarrollo de las ciencias conductuales y en las ciencias sociales, han demostrado que factores conductuales en los procesos de salud y enfermedad cobran cada día mayor importancia.

Debemos enfatizar que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son tan diversas y de diferentes génesis, en los que intervienen tanto el contexto socioeconómico, el ambiente físico, como cambios bioquímicos, pensamientos, emociones que al conjuntarse conforman una red de procesos interconectados (Labiano, 2010). Este modelo configura una perspectiva amplia e integrativa haciendo hincapié que las interacciones profesionales de la salud-paciente son fundamentales para lograr la adherencia al tratamiento en tantas enfermedades crónicas trasmisibles y no trasmisibles.

Conclusiones

La complejidad de las enfermedades del mundo actual hace que el abordaje de estas desde una perspectiva exclusivamente médica se hace exigua. Siendo así que el modelo psicosocial para el profesional del trabajo social se hace esencial sobre todo en el reconocimiento de la ayuda, acompañamiento y constituyéndose en un camino de aprendizaje para ellos y sus familias.

Las variables ambientales que alteran los equilibrios naturales debido al crecimiento demográfico y al desarrollo industrial han producido contaminantes, y otras situaciones que inciden de forma directa sobre la salud, representan nuevos riesgos para la salud y la calidad de vida de los seres humanos. Esta crisis ambiental requiere tanto la educación formal como no formal pero además se requiere de nuevos aportes integrativos en diferentes niveles como el psicosocial, económico y político. La época que hoy vivimos sobre todo después de la pandemia del COVID-19 demanda un cambio de valores y nuevas destrezas fundamentales centradas en modificación de conductas y el modelo de intervención psicosocial como el que aquí nos ocupa, está centrado justo en aspectos preventivos y en la promoción de la salud

humana, priorizando las variables del medio ambiente tanto físico como social creando estrategias en la relación del ser humano con su entorno, con el objetivo de crear un futuro más saludable combinando la elección personal con la responsabilidad social.

El papel del perfil profesional del trabajador social en la puesta en marcha de modelos de intervención psicosocial es determinante en la atención de personas que padecen alguna enfermedad sobre todo con relación a detectar ambientes previsibles, o que potencian la autonomía de los sujetos, en la delimitación de normas de comportamientos o establecimiento de proyectos vitales viables.

Referencias

Alvis, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis, 17, 1-6.

Arita, B. (2006) Proceso de Salud-enfermedad. En B. Arita (2006), Síndrome de Burnout (pp. 11-18). México: Creativos 7 editorial.

Blanco, A y Valera, S. (2007) Parte I. Los fundamentos teóricos y axiológicos de la intervención psicosocial. En Intervención Psicosocial. A. Blanco y J.,R. Marín (EDS) Madrid, Pearson Educación S.A. 3-44 En http://biblioteca.univalle.edu.ni/files/original/4cd5f06c868876d9423787e65f95adfa44997694.pdf

Cabello, M.L. (2021). Alimentación y COVID-19. Reflexiones desde una perspectiva social Hablemos claro En: https://hablemosclaro.org/alimentacion-y-covid-19-reflexiones-desde-una-perspectiva-social/

Camelo, A. y Cifuentes, R.M. (2006). Aportes para la fundamentación de la intervención profesional del Trabajo Social. Revista Tendencia y Retos 11 169-187. En:

https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-11-12.pdf

Contreras, M.A. (2006). Principales Modelos para la intervención de Trabajo Social en el individuo y Familia. Santiago de Chile: Universidad Tecnológica Metropolitana. https://aulavirtual.ibero.edu.co/recursosel/documentos_para-descarga/principales_modelos%20%281%29.pdf

Cantú, R y López, G. (2009). *Psicología de la Salud.* Antecedentes aplicaciones y propuestas. Colecciones Tiempo Guardado Universidad Autónoma de Nuevo León.

Duque, A.V. (2013). Metodologías de intervención Social. Palimpsestos de los Modelos en Trabajo Social. Manizales Colombia. Editorial Epi-Logos.

Hernández, B. (2013). El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo. Una reflexión sobre el papel de las familias. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social 52, 314-325 en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703400

Hernández, B. y Valera, S. (2001). Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial. Santa Cruz de Tenerife: Resma.

Labiano, M. (2010). Introducción a la Psicología de la salud. En Psicología de la Salud y calidad de vida. L.A. Oblitas 3a. ed. México: Cengage Learning

Robert, M., Alvarez, O y Valdivieso, B. (2013). Psicooncología; Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Revista Médica Clínica Las Condes 24 (4), 677-684 doi: https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4

Burnout: riesgo psicosocial latente en mujeres trabajadoras

Griselda de Jesús Granados Udave[3]
Patricia Guadalupe De Labra Vanegas[4]

Resumen

El síndrome de Burnout se clasifica como un riesgo psicosocial debido a los elevados niveles de estrés, cansancio, agotamiento en una persona. La revisión bibliográfica apunta a que son las mujeres quienes presentan mayor riesgo de desarrollarlo, debido a la exigencia de los diversos roles que ejercen desde el género femenino, aunado a las transformaciones vertiginosas del mundo en todos sus ámbitos, y como tal, la esfera laboral presenta cada vez más responsabilidades que afectan a las mujeres trabajadoras, lo que impacta en la salud física y/o mental, originando riesgos psicosociales, entre ellos el burnout.

El presente estudio tuvo por objetivo describir e identificar la percepción del Síndrome de Burnout en una muestra de mujeres trabajadoras de México. Método: se trabajó a partir de una metodología cuantitativa con alcance descriptivo y correlacional, se encuestó a 350 mujeres, en los datos sociodemográficos se identificó que el 43.7% de las participantes llevaban la jefatura de su hogar; se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide agotamiento profesional, cinismo y eficacia profesional.

La aplicación se llevó a cabo mediante la plataforma Google Forms, y fue difundido on-line en grupos de mujeres. El análisis arrojó algunas correlaciones entre las dimensiones de burnout, tales como que, si las mujeres trabajadoras al perder interés por su trabajo podrían llegar a

[3] Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila, Campus Saltillo.
[4] Magna Powertrain Analista RH

percibir que trabajar todo el día es una tensión, así mismo estará "quemada" por el trabajo.

Introducción.

Ejercer laboralmente es parte del crecimiento que experimenta un ser humano a lo largo de su vida, es una interacción que permite a hombres y mujeres desarrollar habilidades, destrezas y conocimientos que impactan en el servicio que recibe una sociedad, sin embargo en un contexto donde la competitividad y productividad son indicadores que encabezan las demandas de la ocupación laboral de hoy en día, existe la posibilidad que se puedan presentar afecciones, cansancio físico y psicológico que repercute de manera directa e indirecta en las interacciones del trabajador, de los compañeros, equipos y/o herramientas que confluyen en los resultados del trabajo, aunado a que puede reflejarse de una forma positiva o no en el desarrollo del ambiente individual, colectivo que se vive dentro de una organización.

Por lo anterior las tendencias globalizadas también demandan una mayor producción laboral que requiere la integración de más personas al trabajo de las organizaciones, de tal manera que en los últimos años se ha percibido una notable presencia de la incorporación de la mujer al mundo laboral; sin embargo estas circunstancias han traído consigo el incremento de factores psicosociales para las mujeres, los cuales pueden ser tanto positivos como negativos, llegan a transitar entre ofrecer bienestar laboral o convertirse en riesgos que desencadenan afecciones como estrés, aparición de burnout, entre otros; de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas [ONU] Mujeres (2022), durante la pandemia la mujer incrementó sus tareas a realizar, antes de Covid-19 las mujeres ya hacían al menos dos veces y media más tareas domésticas y de cuidados no remunerados que los hombres, esto se sumó a lo que informo Leanin Org y Mckinsey Company en su reporte de Mujeres en el lugar de trabajo (2022), que señaló a nivel mundial el 42% de las mujeres padece agotamiento, y el 32% sintieron un estado de burnout.

De tal manera que la revisión de diferentes investigaciones tanto empíricas como de la literatura, señalan que las mujeres presentan

mayor tendencia al Síndrome de Burnout, debido a que desde el rol que desempeñan en el género femenino presentan más dificultades para balancear el trabajo y la familia, sea por razones culturales o por la doble presencia, así mismo se encontraron algunas otras razones como el poco crecimiento laboral, mínimo desarrollo de habilidades o bien horarios de trabajo excesivos, altos niveles de exigencia por cumplir las labores asignadas, debido a estas circunstancias se reafirma que las colaboradoras podrían llegar a distanciarse de su rol frente al trabajo, el cual está generando un estrés excesivo, llegando a experimentar frustración, fatiga, despersonalización, falta de eficacia y/o desvalorización personal (Rivera, Ortiz, Miranda y Navarrete, 2019).

Lo anterior da la pauta para que en las nuevas estructuras organizacionales donde la competitividad está a la orden del día, es necesario que las disciplinas relacionadas con la gestión del talento humano, tal como trabajo social busquen incidir en espacios laborales donde se incentiven los cambios organizacionales y estructurales para que la mujer alcance herramientas que le empoderen tanto en sus roles personales como laborales, fomentar la toma de decisiones, fortalecer la creatividad y con ello abonar a la autonomía del puesto que se desempeña, a los procedimientos de la organización y se enriquezca a través de la retroalimentación con las diversas estructuras de la empresa.

Marco Teórico

El Síndrome de Burnout, como lo menciona Moreno-Jiménez (2013), es una manera de desgaste excesivo por cuestiones profesionales, por lo que la sobrecarga emocional, fatiga yestrés acumulados han logrado que se declare a este síndrome como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la vida personal, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Se afirma que el Burnout ocasiona que elindividuo brinde un servicio deficiente a los clientes, sea inoperante en sus funciones y tengaun promedio mayor de ausentismo, causando que la empresa se vea afectada con pérdidas económicas y problemas en la persecución de metas y objetivos.

Cabe señalar que, a nivel global, el Síndrome de Burnout ha

presentado un incremento a lo largo de los años, debido a que la competencia laboral, el desempleo y las nuevas tecnologías avanzan día con día, y con esto, el número de empleados estresados y desgastados.

Es por eso que esimportante señalar el impacto que ha tenido este síndrome en las distintas partes del mundo,con el fin de tener una mejor perspectiva del problema al que se está enfrentando, se ha denotado que México se encuentra en uno de los primeros lugares en estrés laboral, seguido de China y Estados Unidos, al mencionar que el 75% de los mexicanos padecen estrés laboral (OCDE, 2021).

De acuerdo con lo anterior, se afirma que el estrés ha formado parte de la vida de los mexicanos puesto que al menos el 75% de los empleados padecen del Síndrome de Burnout o fatiga extrema por estrés laboral.

Por otra parte, las estadísticas mundiales, apuntan que el promedio internacional de agotamiento emocional y Burnout es de 2.1%, mientras que las mujeres trabajadoras de México lo superan con 2.5% frente a un 1.91% de los hombres, según el informe de la Universidad Panamericana. Asimismo, explican que México es de los países con mayor incidencia de estrés laboral y Burnout, en donde cuatro de cada 10 empleados son afectados, en tanto que, en Europa el promedio es de dos trabajadores por cada 10.

Dentro de la conceptualización de Burnout se menciona que una de las investigaciones más importante fue la elaborada por la psicóloga Christina Maslach (1988) y el psicólogo Michael P. Leiter (1988) quienes crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual, desde 1986 es el instrumento más utilizado en el diagnóstico de este fenómeno. Maslach utilizaba el término “Burnout” para describir un nuevo síndrome clínico que se caracterizaba por el agotamiento observable entre los profesionales de la salud mental.

Por tanto, la definición más popular hasta el día de hoy es la creada por Maslach y Jackson (1981), señala que el Burnout es un tipo de agotamiento emocional, acompañado de un sentimiento de despersonalización y baja realización personal, la cual puede ocurrir

frecuentemente entre los individuos o cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas.

Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016), reconoció al Burnout como un síndrome asociado al agotamiento mental, emocional y físico que es causado por el trabajo, como una enfermedad; por lo que se tomó la decisión de realizar un diagnóstico mundial desde el pasado año 2022 en donde se buscó conocer más sobre este fenómeno, lo anterior debido a que el síndrome fue incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades, permitiendo que médicos, centros de salud y aseguradoras de vida trataran los síntomas.

Seguido de ello, la OMS (2017) dejó de definir al Burnout solo como una condición médica, sino como un síndrome derivado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado con éxito, dando como resultado este padecimiento. La Organización señala que el Burnout se refiere solamente a los fenómenos en el contexto laboral y no se debe aplicar para describir otras experiencias de la vida, aunque cada autor tiene una percepción diferente ante esto, algunos señalan que solo afecta a profesionales que tienen un contacto directo con las personas o clientes, mientras que otros investigadores afirman que el Burnout afecta a cualquier persona con una carga de trabajo alta.

El Síndrome de Burnout se convierte en uno de los padecimientos más conocidos y experimentados por la población del siglo XXI, debido a la globalización, competencia laboral y exigencias del ambiente al que se expone a la clase trabajadora, de ahí su necesidad de estudio. Este síndrome supone una gran cantidad de pérdidas en las empresas puesto que se presenta como un riesgo psicosocial en cualquier tipo de organización laboral.

El trabajo y el Burnout

Como se ha señalado anteriormente, la situación individual es uno de los factores de riesgo para el padecimiento de Burnout, pero en ocasiones, la situación del área laboral en la empresa, organización o institución aporta en grandes medidas que el empleado se sienta

desgastado y en tantas ocasiones desde el primer día de trabajo, dando paso al síndrome y teniendo repercusiones laborales, con una producción deficiente, mal servicio al cliente y un ambiente laboral tóxico. Rivera (2019) señala que, en los últimos años, se ha observado un alto índice de ausentismo, bajo rendimiento y rotación del personal en las empresas mexicanas, en donde el factor principal es el desgaste laboral, considerado uno de los principales problemas de salud de los trabajadores que afecta directamente a las empresas y su funcionamiento.

Este síndrome es fuertemente vinculado con el clima y carga laboral, turnos, horarios, estabilidad y seguridad del empleado, por tanto, es importante que los trabajadores tengan laresponsabilidad de buscar su bienestar, de construir relaciones colaborativas en el trabajo y atender a sus necesidades y emociones, sin dejar de lado la obligación que tienen las empresas por hacer las evaluaciones correspondientes al ambiente laboral. En este rubro, siguiendo con Rivera (2018), señala que algunas empresas que no definen y desarrollan acciones para solucionar, detener o prevenir el Burnout, confunden el sentir de los empleados y se trata como un caso de incumplimiento en las relaciones laborales y en las tareas por realizar.

De acuerdo con Requena (2018) el Síndrome de Burnout se considera como riesgo laboral, ha generado que las organizaciones se involucren en la dinámica de promover la salud y el bienestar del colaborador(a) y con ello tomar medidas de prevención derivadas de este síndrome, acompañado de un diagnóstico que permite la identificación o clasificación de los niveles de riesgo y afectación a los trabajadores, la producción, atención y procesos del sistema empresarial como conjunto. Para esto, señala que algunas empresas optan por la vigilancia de acciones de los empleados para trabajar en conjunto con los departamentos competentes y así erradicar y prevenir este síndrome. Algunas acciones son:

- Vigilar que se cumplan efectivamente los tiempos laborales, en donde el rendimiento laboral no sea confundido con la simple presencia del empleado.
- Atender quejas de malos tratos de jefes o compañeros, así como situaciones de acoso que puedan disparar estados de ansiedad que

deriven en el Burnout.

- Incluir manuales de buenas prácticas corporativas y códigos de ética en las capacitaciones de los empleados, así como en los directivos de las empresas.
- Respetar el tiempo que el empleado dedica al descanso, a la familia y a su persona,entendiendo que no se trata de un deber ético en la empresa, sino una obligaciónlaboral y prevención de salud mental y accidentes.
- Promover actitudes que favorezcan las relaciones positivas de trabajo, como el orden.
- Favorecer actividades de descanso, integración laboral, y promover actitudes positivas de cordialidad, respeto y aceptación en el trato interpersonal.

Si bien, la atención del sentir de los empleados debe importar a todo México, son las propias empresas las que deben crear programas propios para la mejoría del ambiente laboral.Cabe señalar que existen algunas empresas a nivel mundial que son famosas por tener empleados felices y productivos, previniendo la aparición de Burnout a través de pequeñas acciones que mejoran la calidad de vida laboral de todos los trabajadores, además de que mejoran la producción, el clima laboral y la popularidad entre la competencia con otras empresas y clientes (Requena, 2018).

Parages (2018) explica que la preocupación de la empresa por sus personas y su bienestar debe de ser un propósito social de cualquier organización para darle sentido e impregnar de una cultura organizacional que se preocupe por el sentir de sus empleados y las cantidades de trabajo a las que se están enfrentando, evitando que estas cuestiones ataquen la vida de los empleados y caigan en enfermedades difíciles de tratar, como lo es el Síndromede Burnout.

La investigación se plantea como objetivo, describir e identificar la percepción del Síndrome de Burnout en una muestra de mujeres trabajadoras de México.

La presente investigación es de corte cuantitativo, con diseño ex post facto de tipo transversal y con alcance descriptivo correlacional de

acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Participantes

El total de la muestra estuvo conformada por 350 participantes que dieron respuesta al presente estudio como representatividad de la población de mujeres trabajadoras mexicanas, las edades oscilan de 20 a 63 años (M=38.63, DE=9.08); en relación al estado civil se encontró que el 33.7% son solteras, 45.1% casadas, el 10.6% son divorciadas y el 9.1% están en unión libre.

Instrumento

Para abordar a la población de estudio se utilizó un cuestionario dividido en dos apartados, el primero de ellos contiene datos demográficos como edad, escolaridad, lugar de residencia, estado civil, antecedentes laborales que abordan el sector de trabajo, tipo de puesto, contrato, horarios laborales, salario, rol de la mujer en el hogar, distribución del ingreso salarial, entre otros; para el segundo apartado sobre Burnout se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), recuperada de la investigación realizada por Gil-Monte, Salanova, Aragón y Schaufeli (2006) en donde adaptaron al español la escala creada por Leiter, Maslach y Jackson en 1996, dandocomo resultado 15 ítems, divididos en tres dimensiones, agotamiento profesional, cinismo y eficacia profesional, en donde las respuestas se establecieron en escala tipo Likert:1= Ninguna vez, 2= Algunas veces al año, 3= Una vez al mes o menos, 4= Algunas veces almes, 5= Una vez por semana, 6= Algunas veces por semana, 7= Todos los días.

Procedimiento

Se creó un formulario en la plataforma de Google Forms con el fin de buscar un alcance mayor de la encuesta a la población dirigida. Las 350 respuestas del instrumento se recolectaron a partir de la interacción lograda en la plataforma de Google Forms, la información recabada fue recodificada y procesada en el programa de cómputo IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 24. A través de este programa, los datos y resultados obtenidos se codificaron mediante una base de datos; con la información completa, se hizo una depuración

para asegurar un análisis óptimo. Posteriormente se inició con el análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes para identificar los resultados del perfil sociodemográfico y continuar con las correlaciones.

Análisis de datos

El vaciado y análisis de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 24, se describieron los aspectos sociodemográficos de la población participante, así como los datos que arrojó la escala de Burnout en sus tres dimensiones, para este último se sometió también al procesamiento correlacional, donde se utilizó la correlación de Pearson a un nivel de significancia de $p \leq .01$, entre las dimensiones de burnout.

Aspectos éticos

Dentro del instrumento online se informó a los participantes el objetivo de la investigación y que los datos proporcionados son de uso exclusivo para la investigación y estrictamente confidencial, en estricto apego a las consideraciones éticas en materia de investigación con seres humanos.

Resultados

Se realizó un análisis de los datos sociodemográficos que presentan las 350 mujeres participantes en este estudio, de las cuales el 48.9% reporto ser de Coahuila, el 7.7% de Sinaloa, el 6.6% del Estado de México, 6.3% de la Ciudad de México, 4.3% de Jalisco, 3.4% de Nuevo León, 3% de Chihuahua, 2.3% de Querétaro, y con una menor participación el resto de los estados. La edad de las participantes oscila desde los 20 hasta los 63 años (M=38.63, DE=9.08); en cuanto a su estado civil se encontró que el 45.1% son casadas, seguido del 33.7% que son solteras, el 10.6% divorciadas, 9.1% en unión libre. Las participantes manifestaron que el 33.4% tienen hijos, y de quienes el 27.7% tiene dos, el 22.3% solo uno, y el 14% tiene tres.

En la tabla 1, se encontró que el sector educativo es donde se

encuentran más participantes con un 27.7%, seguido del sector empresarial con un 18%, así como un 16.9% para el área comercial o administrativo, respecto al puesto que desempeñan en su trabajo el 52% manifestó ser empleada, el 14% coordinadora o supervisora y con un porcentaje menor de 3% tener un cargo directivo.

Tabla 1

Sector y puesto de trabajo en el que se desempeñan

Sector de trabajo			Puesto ocupado en el trabajo		
	f	*%*		*f*	*%*
Educativo	97	27.7	Empleada	182	52.0
Empresarial/industrial	63	18.0	Coordinadora / Supervisora	49	14.0
Comercial/administrativo	59	16.9	Dueña de negocio	38	10.9
Gubernamental	56	16.0	Gerente	37	10.6
Emprendedor/por cuenta propia	39	11.1	Jefatura	32	9.1
Salud	30	8.6	Directivo	11	3.1
Informal	3	0.9			

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tipo de contrato laboral el 47.1% señalo un contrato indefinido, el 18.6% cuenta con una plaza de trabajo, así mismo en la tabla 2, se muestra que el 70% tienen un turno fijo, y el 64.3% de las mujeres participantes cubren una jornada de 8 horas de trabajo, el 17.1% jornada mixta de 10 horas y con una menor mención de 8.9% una jornada amplia de 12 horas.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de tipo de contrato y turno de trabajo

Tipo de contrato laboral			Tipo de turno de trabajo			Horas trabajadas por turno de trabajo		
	f	*%*		*f*	*%*		*f*	*%*
Temporal	61	17.4	Fijo	245	70.0	Medio tiempo (4 hrs)	33	9.4
Indefinido	165	47.1	Mixto	86	24.6	Jornada 8 horas	225	64.3
Plaza vitalicia	65	18.6	Rotativo	19	5.4	Jornada mixta (10 hrs)	60	17.1
Sin contrato	59	16.9				Jornada amplia (12 hrs)	31	8.9
						Solo fines de semana	1	0.3

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al salario percibido, las participantes de la investigación manifestaron en un 47.4% recibir de $10,001 o más en salario, el 24.9% de $4,001 a 7,000 pesos, aunado a esto en la tabla 3 se da a conocer que el 26.6% destina del 75 al 100% de su salario a gasto familiar, y con un menor porcentaje de 14.9% de mujeres son las que destinan el 25% o menos de su salario al gasto.

Tabla 3

Salario y distribución al gasto familiar

Salario Percibido			Porcentaje de salario destinado al gasto familiar		
	f	%		*f*	%
Menos de $4,000	31	8.9	25 % o menos	52	14.9
De $4,001 a $7,000	87	24.9	de 26% a 49%	48	13.7
De $7,001 a $10,000	66	18.9	50%	80	22.9
De $10, 001 o más	166	47.4	entre 51% a 95%	77	22.0
			del 75% al 100%	93	26.6

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la tabla 4, se reporta que el 46.9% de las mujeres son jefas de familia, el 24% indicaron que su pareja es quien conduce dicha jefatura del hogar, además manifestaron que el 54% de las mujeres de esta investigación tienen de 3 a 5 dependientes económicos de ellas.

Tabla 4

Rol frente a la jefatura de hogar y dependientes.

Jefatura en su hogar			Personas dependientes de usted		
	f	%		*f*	%
Usted	164	46.9	de 1 a 2 personas	96	27.4
Pareja	84	24.0	de 3 a 5 personas	189	54.0
Padre o madre	65	18.6	6 personas o más	65	18.6
En pareja	35	10.0			
Otra	2	0.6			

Fuente: Elaboración propia

Para iniciar con la lectura de los datos obtenidos en el análisis descriptivo de la primer dimensión de la escala de Burnout, la cual hace alusión al agotamiento, se encontró que en la pregunta, estoy emocionalmente agotada por mi trabajo, el 34.6% manifestó que algunas veces al año, seguido con 21.7% expresaron que algunas veces al mes se sienten emocionalmente agotadas y con un 16% algunas veces por semana; en cuanto a la pregunta me siento "consumida" al final de un día de trabajo se encontró que el 25.4% de las mujeres se sentían de esta manera algunas veces al año, con un 19.1% algunas veces al mes y solo el 6.6% se sentía consumida una vez por semana (Tabla 5).

Tabla 5

Agotamiento emocional y sentirse consumida

Estoy emocionalmente agotada por mi trabajo			Me siento "consumida" al final de un día de trabajo	
	f	*%*	*f*	*%*
Ninguna vez	36	10.3	33	9.4
Algunas veces al año	121	34.6	89	25.4
Una vez al mes o menos	34	9.7	48	13.7
Algunas veces al mes	76	21.7	67	19.1
Una vez por semana	12	3.4	23	6.6
Algunas veces por semana	56	16.0	66	18.9
Todos los días	15	4.3	24	6.9

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 6, la cual da continuidad a la misma dimensión de agotamiento, en referencia a la pregunta que aborda si las mujeres están cansadas cuando se levantan por la mañana y tienen que afrontar otro día en el puesto de trabajo, se reportó que el 11.7% algunas veces por semana, el 7.7% alguna vez por semana y el 4.9% todos los días; al seguir con la pregunta trabajar todo el día es una tensión, el 15.7% señaló algunas veces al mes, 6.6% una vez por semana, 6.9% algunas veces por semana y el 4.3% todos los días.

Tabla 6

Cansancio por la mañana y trabajar todo el día

Estoy cansada cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo			Trabajar todo el día es una tensión para mi	
	f	*%*	*f*	*%*
Ninguna vez	82	23.4	109	31.1
Algunas veces al año	87	24.9	89	25.4
Una vez al mes o menos	40	11.4	35	10.0
Algunas veces al mes	56	16.0	55	15.7
Una vez por semana	27	7.7	23	6.6
Algunas veces por semana	41	11.7	24	6.9
Todos los días	17	4.9	15	4.3

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la última pregunta de la dimensión de agotamiento en la pregunta estoy "quemada" por el trabajo (extremadamente cansada o desgastada) se destacó que el 34.3% se sentía así algunas veces al año, mientras que el 11.4% algunas veces al mes, 10.9% algunas veces por semana y con un 2.3% todos los días (Tabla 7).

Tabla 7

Frecuencias y porcentajes de estar quemada por el trabajo.

Estoy "quemada" por el trabajo (extremadamente cansada o desgastada)		
	F	*%*
Ninguna vez	100	28.6
Algunas veces al año	120	34.3
Una vez al mes o menos	32	9.1
Algunas veces al mes	40	11.4
Una vez por semana	12	3.4
Algunas veces por semana	38	10.9
Todos los días	8	2.3

Fuente: Elaboración propia

La siguiente dimensión denominada eficacia profesional que muestra la tabla 8, abordo la pregunta puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo, a lo que el 68% contesto que lo hacían todos los días, el 20% algunas veces por semana; y para la pregunta contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización, el 78.6% respondió que todos los días, el 11.7% algunas veces por semana y en un menor porcentaje con 3.1% con algunas veces al mes.

Tabla 8

Resolver eficaz los problemas y contribuir a la organización

Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo			Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	
	f	*%*	*F*	*%*
Ninguna vez	2	0.6	5	1.4
Algunas veces al año	10	2.9	8	2.3
Una vez al mes o menos	3	0.9	5	1.4
Algunas veces al mes	18	5.1	11	3.1
Una vez por semana	9	2.6	5	1.4
Algunas veces por semana	70	20.0	41	11.7
Todos los días	238	68.0	275	78.6

Fuente: Elaboración propia

Continuando con la dimensión de eficacia profesional, en el ítem que aborda la opinión de las mujeres sobre si son buenas en su puesto, el 85.1% expresaron que todos los días son buenas en su puesto, sin embargo, el 0.6% señaló que ninguna vez lo era; para la pregunta me motiva conseguir objetivos en mi trabajo se reportóque al 57.1% esto le motivaba todos los días y al 21.1% algunas veces por semana (Tabla 9).

Tabla 9

Ser buena en el trabajo y conseguir objetivos.

En mi opinión, soy buena en mi puesto			Me motiva conseguir objetivos en mi trabajo	
	f	*%*	*F*	*%*
Ninguna vez	2	0.6	4	1.1
Algunas veces al año	1	0.3	9	2.6
Una vez al mes o menos	1	0.3	13	3.7
Algunas veces al mes	3	0.9	11	3.1
Una vez por semana	4	1.1	39	11.1
Algunas veces por semana	41	11.7	74	21.1
Todos los días	298	85.1	200	57.1

Fuente: Elaboración propia

Los últimos ítems de la dimensión de eficacia profesional, descritos en la Tabla 10 reportaron que el cuestionamiento sobre he conseguido muchas cosas valiosas en el puesto que desempeña, reportó que el 58.9% de las mujeres todoslos días conseguían cosas valiosas en su puesto de trabajo, mientras que el 9.1% algunas veces al año, siguiendo con la pregunta en mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz al realizar las cosas, que el 75.4% de las mujeres eran eficaces todos los días, mientras que el 1.1% percibía que ninguna vez.

Tabla 10

Conseguir cosas valiosas y tener seguridad en lo realizado.

He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto			En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz al realizar las cosas		
	f	*%*		*f*	*%*
Algunas veces al año	32	9.1	Ninguna vez	4	1.1
Una vez al mes o menos	10	2.9	Algunas veces al año	9	2.6
Algunas veces al mes	28	8.0	Una vez al mes o menos	1	.3
Una vez por semana	8	2.3	Algunas veces al mes	11	3.1
Algunas veces por semana	66	18.9	Una vez por semana	4	1.1
Todos los días	206	58.9	Algunas veces por semana	57	16.3
			Todos los días	264	75.4

Fuente: Elaboración propia

Para el último análisis descriptivo de la escala de Burnout, es decir sobre la dimensión de cinismo se obtuvo que en la pregunta de he perdido entusiasmo por mi trabajo de la Tabla 11, el 48.6% ninguna vez lo había perdido, aunque el 29.7% identifico que algunas veces al año si ha perdido ese interés. Respecto a la pregunta he perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto, el 48.3% no se sentía haber perdido interés ninguna vez, mientras que el 19.4% algunas veces al año.

Tabla 11

Perder el entusiasmo por el trabajo y perder el interés en el puesto.

He perdido entusiasmo por mi trabajo			He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	
	f	*%*	*F*	*%*
Ninguna vez	170	48.6	169	48.3
Algunas veces al año	104	29.7	68	19.4
Una vez al mes o menos	19	5.4	48	13.7
Algunas veces al mes	27	7.7	31	8.9
Una vez por semana	9	2.6	11	3.1
Algunas veces por semana	13	3.7	13	3.7
Todos los días	8	2.3	10	2.9

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, en la dimensión de cinismo se identificó que las mujeres respondieron con un 26.6% que ninguna vez se volvieron desprendidas respecto a la utilidad de su trabajo, aunque un 16.3% todos los días se desprendieron de dicha utilidad laboral, en cuanto a la última pregunta que aborda si dudaba de la importancia y valor de su trabajo, el 65.7% ninguna vez dudo de dicha importancia y valor laboral, sin embargo, resalta que el 16.6% algunas veces al año dudo del valor laboral (Tabla 12).

Tabla 12

Volverse desprendida y dudar de la importancia en el trabajo.

Me he vuelto más desprendida respecto a la utilidad de mi trabajo			Dudo de la importancia y valor de mi trabajo	
	F	*%*	*f*	*%*
Ninguna vez	93	26.6	230	65.7
Algunas veces al año	62	17.7	58	16.6
Una vez al mes o menos	28	8.0	14	4.0
Algunas veces al mes	55	15.7	20	5.7
Una vez por semana	12	3.4	6	1.7
Algunas veces por semana	43	12.3	9	2.6
Todos los días	57	16.3	13	3.7

Fuente: Elaboración propia

Correlaciones

Se encontraron correlaciones significativas a un nivel de significancia de p≤.010, entre dimensiones del cuestionario de Burnout, para este análisis se sometió la dimensión de agotamiento con la dimensión de eficacia (Tabla 13), la cual arrojó que si las mujeres desde su opinión se consideran ser buenas en su puesto, podrían sentirse menos consumidas al final de un día laboral (r=-.220) y con ello percibir menos tensión al trabajar todo el día (r=-.243). Continuando con los ítems, se encontró que, si las mujeres se motivan al conseguir objetivos en el trabajo, pueden llegar a estar menos cansadas al levantarse por la mañana y afrontar otro día en su puesto trabajo (r=-.181).

Tabla 13

Análisis de correlación de la dimensión agotamiento y eficacia.

	En mi opinión, soy buena en mi puesto	Me motiva conseguir objetivos en mi trabajo
Me siento "consumida" al final de un día de trabajo	-.220**	
Estoy cansada cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo	-.203**	-.181**
Trabajar todo el día es una tensión para mi	-.241**	-.153**

Fuente: Elaboración propia

Con la exploración de la dimensión de agotamiento con cinismo (Tabla 14) se encontraron correlaciones significativas de tipo positivo respecto a que, si la mujer ha perdido interés por su trabajo desde que empezó en el puesto, esta percibirá que trabajar todo el día es una tensión para ella (r=.447), así mismo estará "quemada" por el trabajo (r=.408). Otra pregunta reveló que si ha perdido el entusiasmo por el trabajo, podría estar cansada al levantarse por la mañana y afrontar otro día en su puesto (r=.566) así mismo presentar agotamiento emocional por el trabajo (r=.474), la siguiente pregunta de la dimensión cinismo mostró que si la mujer se ha vuelto más desprendida respecto a la utilidad de su trabajo, podría sentirse consumida al final de un día de trabajo (r=.161), y en cuanto a que si duda de la importancia y valor de

su trabajo (dimensión cinismo), podría reportar cansancio para afrontar otro día laboral en su puesto (r=.431).

Tabla 14

Análisis de correlación de la dimensión agotamiento y cinismo.

	He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	He perdido entusiasmo por mi trabajo	Me he vuelto más desprendida respecto a la utilidad de mi trabajo	Dudo de la importancia y valor de mi trabajo
Estoy emocionalmente agotada por mi trabajo	.363**	.474**	.220**	.339**
Me siento "consumida" al final de un día de trabajo	.346**	.455**	.161**	.368**
Estoy cansada cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo	.442**	.566**	.138**	.431**
Trabajar todo el día es una tensión para mi	.447**	.528**		.415**
Estoy "quemada" por el trabajo (extremadamente cansada o desgastada)	.408**	.493**		.319**

Fuente: Elaboración propia

En este último análisis de correlación a un nivel de significancia de $p \leq .010$ (tabla 15), se muestra que hay correlaciones significativas de tipo negativo entre las dimensiones de eficacia y cinismo, se reportó que si la mujer trabajadora tiene seguridad de sentirse eficaz al realizar las cosas, aumentara su interés por el trabajo (r=-.252), continuando con otro hallazgo si se motiva a conseguir objetivos en su trabajo, podría aumentar el entusiasmo por el mismo, y finalmente si considera que contribuye efectivamente a lo que realiza en su organización aumentará la importancia y valor por su trabajo (r=-.198).

Tabla 15

Análisis de correlación de la dimensión eficacia y cinismo.

	He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	He perdido entusiasmo por mi trabajo	Dudo de la importancia y valor de mi trabajo
Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización		-.138**	-.198**
En mi opinión, soy buena en mi puesto	-.151**	-.219**	-.170**
Me motiva conseguir objetivos en mi trabajo	-.270**	-.300**	-.248**
He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	-.194**	-.273**	-.191**
En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz al realizar las cosas	-.252**	-.286**	-.259**

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Tal como se ha dado a conocer a lo largo de este estudio el síndrome de Burnout conocido como síndrome de quemarse o de desgaste profesional se considera un factor psicosocial de riesgo para las mujeres, los resultados obtenidos en esta investigación permiten concluir que las mujeres que están expuestas a organizaciones en las que no se desarrollan estrategias para mejorar la estructura, motivación, eficiencia, eficacia, logro de objetivos organizacionales, son condiciones que aumentan el burnout, se señala que los elementos anteriormente descritos son necesarios e indispensables para dar mayor seguridad laboral a las mujeres trabajadoras, y al no atenderlo podría repercutir en la salud física y mental de las colaboradoras de dichas organizaciones, esto avala que el desempeño de las mujeres en el trabajo requiere de una serie de acciones que permitan gestionar y reforzar el potencial y motivación dentro de sus ámbitos profesionales, estrategias que facilitarían la disminución del síndrome de burnout.

En estos tiempos de post pandemia las organizaciones tienen un compromiso imprescindible hacia la gestión del talento humano, ya que la pandemia reveló que el aspecto humano tiene un rol valioso para alcanzar los objetivos prioritarios de los centros de trabajo, por tanto, la responsabilidad se debe extender a incentivar y promover el bienestar emocional, en este caso de las mujeres trabajadoras, para lo cual es conveniente el diseño e implementación de programas laborales que aborden la gestión de emociones, reforzar la experiencia de la mujer en el trabajo e incluso trabajar con modelos de intervención que capaciten, y habiliten a las personas en ejercicios prácticos para el logro de la conexión entre factores físicos, emocionales, financieros, sociales que se presentan en la calidad de vida de la colaboradora, además del fortalecimiento de las redes de apoyo social en el trabajo, culturas organizacionales que motiven, y promuevan el entusiasmo, optimismo con propósito no solo de competitividad sino del pleno desarrollo profesional de las mujeres en los espacios de trabajo.

Los hallazgos de correlaciones significativas entre las dimensiones estudiadas del Burnout, visibilizan el desafío que tienen la organizaciones laborales para propiciar centros de trabajo saludable, prevenir, promover y hacer énfasis en programas de salud integral para las trabajadoras, Frankenhaeyser (2000), señala que el trabajo saludable contempla la capacidad del trabajador para influir y controlar las acciones de trabajo a su cargo, contar con el conocimiento y habilitación para desarrollar el mismo, además de comprender la contribución de quien ejerce el trabajo a un contexto más amplio e incluso fuera del espacio laboral, experimentar el sentido de comunidad, reconocimiento, pertenencia y pertinencia al lugar de trabajo, además de que el colaborador debe tener condiciones para desarrollar sus competencias personales y profesionales, es decir, la promoción del trabajo decente, saludable y humano, abre la posibilidad de oportunidades para mejorar los puestos de trabajo, las cargas y las propias estructuras de las empresas.

Se considera que la disciplina de Trabajo Social se ha comprometido cada vez más a en áreas como la industrial, y ha logrado desarrollar herramientas más profesionalizantes entorno a diagnósticos organizacionales, planes de retención y promoción del talento humano,

aunado a que su incidencia en el burnout no es la excepción, por tanto se considera que el trabajador social es un profesionista habilitado en implementar estrategias de desarrollo personal y profesional dirigidas hacia las mujeres que presentan síntomas de burnout y con ello el ejercicio pleno de estrategias de resiliencia para afrontar las adversidades laborales, desarrollar capacidades en la colaboradora que le permitan enfrentar y fortalecer las experiencias de trabajar, generar sentido de comunidad y la búsqueda del apoyo social.

Referencias

Frankenhaeuser, M. (2000). "La carga de trabajo". En: OIT. (2000). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo: Factores psicosociales y de organización. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de https://www.insst.es/documents/94886/162520/Cap%C3%ADtulo+34.+Factores+psicosociales+y+de+organizaci%C3%B3n

Leanin Org & Mckinsey company (2022). Women in the Workplace. Recuperado de https://www.mckinsey.com/featured-insights/destacados/mujeres-en-el-lugar-de-trabajo-2022/es

Gil-Monte, P; Salanova, M, Aragón, J y Schaufeli, W. (2006). Jornada "El Síndrome de Quemarse por el trabajo en Servicios Sociales. Ed. Diputación de Valencia. Pag.43. ISBN: 84-689-7221-0. Recuperado de: https://www.dival.es/bienestar-social/sites/default/files/sindrome-quemarse-por-el-trabajo-en-servicios-sociales.pdf

Hernández S, R., Fernández C, C. y Baptista, M. P. (2014). Metodología de la investigación. (6.aed.). Ciudad de México, México: McGraw Hill. ISBN: 978-1-4562-2396-0

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981), La medición del agotamiento experimentado. J. Organizar. Behav., 2: 99-113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Moreno-Jiménez B. (2013) Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/256296176_Breve_historia_del_burnout_a_traves_de_sus_instrumentos_de_evaluacion_-2.

OECD (201)., Employment Outlook 2021: Navigating the COVID-19 Crisis and Recovery. Recuperado de: https://doi.org/10.1787/5a700c4b-en

OMS (2016) Convención con la Organización del Trabajo y el Estrés. Recuperado de: https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/.

OMS (2017) Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11. Recuperado de: https://icd.who.int/es.

ONU (2022). Informe Anual de Resutlados 2021 ONU Mujeres México. Recuperado de https://onumujeresinforme2021.mx/

Parages, J. (2018) Nos importan las empresas que les importan las personas. Recuperado de: https://canalceo.com/nos-importan-las-empresas-que-les-importan-las-personas/

Requena. (2018) Burnout: un síndrome, cuestión de empresa. Recuperado de: https://www.forbes.com.mx/burnout-un-sindrome-cuestion-de-empresa/.

Rivera B. (2019) Síndrome de Burnout en empresas. Recuperado de: https://www.milenio.com/opinion/varios-autores/mujeres-de-exito-amexme/sindrome-de-burnout-en-empresas.

Rivera, Á., Ortiz, R., Miranda, M., Navarrete, P. (2019). Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout) Revista Digital de Postgrado, vol. 8, núm. 2, Universidad Central de Venezuela. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1008595/16488-144814485158-1-sm.pdf

Valoración del estrés académico después de la pandemia en estudiantes de nuevo ingreso a la universidad

Porfiria Calixto Juárez[5]
María del Refugio Gaxiola Durán[6]
Guillermina De la Cruz Jiménez Godínez[7]

Resumen

Ingresar a la universidad para obtener educación superior implica una diversidad de retos académicos. Formarse en Trabajo Social, Psicología y Nutrición no es la excepción, porque son carreras que exigen responsabilidades significativas, las cuales pueden dejar en los estudiantes ansiedad y estrés principalmente. Sumando a lo anterior, la pandemia por COVID-19, no permitió culminar su nivel bachillerato de manera presencial, repercutiendo también en su ansiedad y estrés. Por ello, el objetivo del estudio es: valorar el estrés académico después de la pandemia en estudiantes de nuevo ingreso a la universidad. El estudio fue una prueba piloto cuantitativa con alcance descriptivo y transversal, donde participaron 57 estudiantes de nuevo ingreso de las tres carreras mencionadas y de los turnos matutino y vespertino de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano

[5] Doctoranda en Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social y Posgrado de la Universidad Autónoma de Sinaloa y colaboradora del Cuerpo Académico de Trabajo Social y Desarrollo de la Unidad Académica de Trabajo y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas
[6] Doctoranda en Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social y Posgrado de la Universidad Autónoma de Sinaloa
[7] Profesora-investigadora, integrante del Cuerpo Académico Trabajo Social y Desarrollo de la Unidad Académica de Trabajo y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

(UATSCDH), de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), México. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el inventario SISCO del estrés académico mediante un formulario de Google Forms. Respecto al análisis de datos, se abordó una estadística descriptiva con ayuda del programa SPSS. Dentro de los resultados se encontró que un 64.9% fueron mujeres y el 35.1% fueron hombres. Se evidencia que los participantes universitarios de nuevo ingreso a la UATSCDH presentan inquietud, ansiedad, angustia o desesperación algunas veces, mientras que en los rangos de casi siempre o siempre no se presentan altos porcentajes, sin embargo, hay un 17.50% y el 14.10% que refieren que casi siempre sienten depresión y tristeza (decaimiento), ansiedad y angustia. También experimentan nerviosismo en situaciones académicas y utilizan una variedad de estrategias de afrontamiento. Por lo tanto, se considera que la UATSCDH lleve a cabo un seguimiento y canalice los casos significativos que necesiten apoyo al Centro de Atención para el Desarrollo Humano con el fin de que el estrés disminuya en los estudiantes.

Introducción

El estrés dentro del contexto académico siempre se ha estado presente, sin embargo, después de la pandemia se agudizó más. En este sentido, la Secretaría de Salud del Gobierno de México (2022), define al estrés como una reacción normal y fisiológica del cuerpo del ser humano que permite adaptarse ante situaciones dificultosas. Respecto a los estudiantes de nuevo ingreso a la universidad requieren diferentes estrategias de afrontamiento con la finalidad de enfrentar las situaciones académicas que se les presenten. Porque si esto no ocurre, los estudiantes pueden presentar estrés, manifestando desordenes físicos y cambios en su comportamiento. Sumando a lo anterior, es posible que estrés académico ocasione padecimientos mentales como ansiedad o depresión (Martínez et al., 2023).

Estadísticamente y a nivel mundial en el año 2019, uno de cada ocho individuos (970 millones) padecían un trastorno de salud mental, los más comunes son la ansiedad y depresión, los cuales, en el año 2020 se incrementaron significativamente por la pandemia de COVID-19;

evidenciando un incremento del 26% y 28% de ansiedad y depresión en solo un año (Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2022). Por otro lado, el 75% de los mexicanos presentan estrés (OMS, 2022). Representando dichas cifras un problema significativo de salud pública, Gobiernos y sociedad. Porque los seres humanos que sufren trastornos mentales además demandan apoyo social, especialmente para desarrollar y mantener relaciones particulares, familiares y sociales (OMS, 2022).

Por otra parte, una de las metas de la UAT es impulsar el desarrollo de los jóvenes con el fin de brindarles destrezas importantes por medio de la capacitación, orientación vocacional, igualdad de género, etcétera como instrumentos que permitan el acceso al empleo de calidad y emprendimiento (Plan de Desarrollo Institucional 2022-2025). Por lo mencionado, la formación académica de los estudiantes de nuevo ingreso a la UATSCDH es compleja por la cantidad de tiempo demandado para clases, tareas, trabajos, etcétera. Por lo tanto, es inevitable que dichos estudiantes no presenten estrés.

En este sentido, los estudiantes de nuevo ingreso inician su proceso profesional con un estilo de vida diferente al que tenían antes de ingresar a la universidad, serán horas de una gran cantidad de materias, tareas, trabajos y en ocasiones, solo contarán con algunos minutos de descanso entre una clase y otra. Por lo tanto, este proceso de transición será difícil y deberán esforzarse, adaptarse, enfrentar nuevos retos y desafíos académicos, además, deben cumplir con sus responsabilidades académicas, ser respetuosos y competitivos. Cabe destacar que a los estudiantes foráneos se les complica más su situación académica, porque están lejos de casa y de su familia.

Antecedentes

El estrés es un factor psicosocial que puede desencadenar nuevas enfermedades y los estudiantes universitarios pueden reconocerse como vulnerables (Martínez et al., 2023). Quienes también refieren que existen pocas investigaciones respecto al estrés, a pesar de ser un fenómeno común. En este sentido, se encontró escasez respecto al estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la universidad después de la

pandemia. Sin embargo, se describen estudios relacionados indirectamente.

Talavera-Salas et al., (2021), llevaron a cabo una investigación descriptiva, transversal para estimar el nivel de estrés académico en estudiantes de gestión pública de una universidad pública de Juliaca durante la pandemia de COVID-19. Aplicaron el inventario SISCO a 337 estudiantes universitarios de I a X ciclo. Encontraron un nivel de estrés académico moderado en las tres dimensiones del inventario (estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento).

En esta línea, Estrada y otros (2021), llevaron a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, no experimental y correlacional con el objetivo de determinar la prevalencia del estrés académico en estudiantes de la carrera universitaria de educación de una institución peruana en tiempos de la pandemia del COVID-19. Participaron 172 estudiantes a quienes se les aplicó el inventario SISCO del estrés académico y una ficha para obtener datos sociodemográficos. Resultó que los estudiantes presentaron altos niveles de estrés académico y se determinó una asociación significativa entre el estrés académico y la variable sexo, grupo etario, y año de estudios.

Por su parte, Guerra (2022), llevó a cabo una investigación descriptiva, comparativa no experimental para determinar los niveles de estrés académico en los estudiantes de una universidad pública de la Costa Central de Perú en tiempos de pandemia 2021 y conocer los niveles de estrés académico según sus dimensiones, conocer si hay diferencias de estrés académico según el sexo y la edad. La muestra se conformó por 319 estudiantes de ambos sexos que pertenecían a cinco carreras universitarias. A quienes se les aplicó la escala de estrés académico de Barraza y adaptada por Albán en el 2018. Encontraron nivel medio de estrés académico y en las dimensiones de estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento no se evidenció diferencia significativa en las variables mencionadas. Ante lo planteado, el presente estudio es una prueba piloto que tiene por objetivo valorar el estrés académico después de la pandemia en estudiantes de nuevo ingreso a la UATSCDH.

Por otro lado, Martínez y otros (2023), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo transversal para determinar el nivel de estrés en estudiantes universitarios de la licenciatura en enfermería en una institución privada, aplicaron encuesta sociodemográfica y el inventario SISCO, obtuvieron que los factores estresantes fueron el tiempo para realizar tareas, poca claridad de los maestros e incluso, la personalidad del catedrático. Además, el 21.8% manifestó ansiedad siempre.

Por último, Calixto-Juárez y otros (2023), llevaron a cabo un estudio transversal, descriptivo comparativo para evaluar la frecuencia y nivel de estrés académico en estudiantes de nivel medio superior. Participaron 120 estudiantes de la Preparatoria Emiliano Zapata de la Universidad Autónoma de Sinaloa (Culiacán, México). Se utilizó la escala Estresores Académicos (ECEA), resultando un estrés medio en categorías de deficiencias metodológicas, sobrecarga del estudiante, intervención en público, clima social negativo y estrés académico. Los estudiantes presentaron un nivel de estrés alto en las categorías de creencias sobre rendimiento académico, exámenes, carencia por valor de contenidos y dificultades de participación. Además, en todas las categorías excepto en las dificultades de participación, las mujeres presentaron mayor grado de estrés que los hombres ($p<0.05$).

Enfoque Teórico

Cabe resaltar que los estudiantes de nuevo ingreso a la UATSCDH son seres biopsicosociales que se encuentran inmersos en un tiempo y contexto determinado. Significa que cada estudiante es un sistema que se encuentra la mayoría de su tiempo en la institución educativa y que interactúa con otros sistemas (pares, maestros, administrativos, etcétera). En este sentido, en palabras de Barraza (2020), un enfoque teórico que se puede abordar en el tema del estrés es el sistémico cognoscivista, porque sustenta lo anterior partiendo de las cuatro hipótesis siguientes (Barraza 2006):

- La hipótesis de los componentes sistémico-procesuales del estrés: se considera al ser humano como sistema abierto en el que se definen tres componentes sistémicos que ilustran el flujo de entradas (in put o estresores) y salidas (out put o estrategias de

afrontamiento), las cuales generan el desequilibrio sistémico del individuo (síntomas).

- La hipótesis del estrés como un estado psicológico destaca la evaluación cognitiva de la persona como un proceso mediacional mediante el cual, las demandas o requerimientos del hábitat se convierten en estresores.
- La hipótesis de los indicadores del desequilibrio sistémico se refiere a las reacciones o sintomatologías psicológicos o comportamentales del estrés que muestran el desequilibrio sistémico que sucede en el ser humano a causa del estrés.
- La hipótesis del afrontamiento concentra la atención en las acciones cognoscitivas o conductuales que lleva a cabo un ser humano con el fin de restituir el equilibrio sistémico que se ha perdido por causa del estrés. Dichas acciones se nombran estrategias para manejar el estrés.

Metodología

El presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo transversal, se llevó a cabo en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, la cual brinda los programas de Licenciatura en Trabajo Social, Psicología y Nutrición. Se ubica en Cd. Victoria, Tamaulipas. Participaron 57 estudiantes de ambos sexos y nuevo ingreso de los programas mencionados e inscritos en el periodo escolar otoño 2023-3.

En cuanto a la recogida de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico para caracterizar la muestra y el inventario SISCO para valorar el estrés académico después de la pandemia en estudiantes de nuevo ingreso a la universidad mediante un formulario de Google Forms. Dicho instrumento es fiable porque se ha utilizado en otros contextos educativos, pero no se había utilizado en la UATSCDH.

Por ello, se consideró pertinente primero realizar y presentar una prueba piloto para después, ejecutar el estudio con más profundidad y con una muestra representativa de acuerdo con la cantidad de estudiantes universitarios de nuevo ingreso en el periodo escolar otoño 2023-3 en dicha institución. Respecto al inventario SISCO del estrés

académico, consta de 31 ítems que se distribuyen de la siguiente manera:

- Un ítem que contiene cinco valores numéricos (tipo Likert), donde uno es poco y cinco es mucho. Este ítem identifica el nivel de intensidad del estrés académico que presenta el participante.
- Ocho ítems tipo Likert con valores como: nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre que identifican la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores, mientras que 15 ítems tipo Likert con valores de: nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre que identifican la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor y, seis ítems tipo Likert con valores de: nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre que identifican la frecuencia de uso de las categorías de afrontamientos. En cuanto a los resultados del inventario, se interpretan de la siguiente manera: de 0 a 33% el nivel de estrés es leve; de 34 a 66% es moderado y de 67 a 100% es estrés severo (Barraza, 2007).

Para llevar a cabo la prueba piloto, los instrumentos se enviaron a los estudiantes de nuevo ingreso de la UATSCDH mediante correo electrónico universitario con el permiso de Directivos y apoyo de docentes de la institución. Evidenciando con ello la efectividad del instrumento, así como el fácil entendimiento para los participantes. El análisis fue descriptivo y se llevó a cabo con el programa SPSS. En este sentido, para los límites de la clasificación de baja media y alta, se utilizaron los mínimos y máximos tomando en cuenta la media y la dispersión para cada grupo de criterios, los puntos de corte de intervalo se observan en la "Tabla 1".

Tabla 1. *Puntos de corte de intervalo*

Clasificación	**Baja**	**Media**	**Alta**
Total reacciones físicas	6-12.33	12.33-18.67	18.67-25
Total reacciones psicológicas	5-11	11-17	17-23
Total reacciones comportamentales	4-8	8-12	12-16
Total uso de estrategias de afrontamiento	6-12	12-18	18-24

Fuente: Elaboración propia.

Resultados y Discusión

En la prueba piloto se obtuvieron 57 respuestas de estudiantes de nuevo ingreso a la UATSDCH de las carreras de Trabajo Social, Psicología y Nutrición. La "Tabla 2" evidencia la caracterización de los participantes. Donde se puede observar que la mayoría de los participantes fueron mujeres. Coincidiendo con resultados de Talavera-Salas et al., (2021) y Barraza (2020), porque en sus estudios también predominaron las mujeres.

Tabla 2

Caracterización de los participantes

Variable	f	%
Sexo		
Mujer	37	64.90%
Hombre	20	35.10%
Edad		
17-21	51	89.50%
22-26	3	5.30%
27-31	2	3.50%
Más de 32	1	1.80%
Estado civil		
Soltera (o)	55	96.50%
Casada (o)	1	1.80%
Unión libre	1	1.80%
Trabaja		
Sí	11	19.3%
No	46	80.7%
Su vivienda se localiza		
Colonia	40	70.2%
Fraccionamiento	14	24.6%
Centro	2	3.5%
Otro	1	1.8%
Estudiante foráneo		
Sí	12	21.1%
No	45	78.9%
Licenciatura que cursa		
Trabajo Social	14	24.6%
Psicología	18	31.6%
Nutrición	25	43.9%
Promedio rendimiento académico		
7	7	12%
8	20	35%
9	21	37%
10	9	16%

Fuente: Elaboración propia

Respecto al inventario SISCO, el primer cuestionamiento se refiere al nivel de nerviosismo o preocupación en el que se ubica el o la alumna, donde 1 es poco y 5 es mucho. La "Tabla 3" muestran resultados de forma general, por sexo y licenciatura.

Tabla 3

Nivel de preocupación general, en intersección por sexo y licenciatura

Nivel de nerviosismo	General	Según sexo		Según licenciatura Trabajo		
		Mujer	Hombre	Social	Psicología	Nutrición
1	19.30%	13.51%	30.00%	14.29%	22.22%	20.00%
2	15.80%	16.22%	15.00%	14.29%	16.67%	16.00%
3	29.80%	32.43%	25.00%	35.71%	22.22%	32.00%
4	21.10%	21.62%	20.00%	14.29%	27.78%	20.00%
5	14.00%	16.22%	10.00%	21.43%	11.11%	12.00%

Fuente: Elaboración propia

El grado de preocupación o nerviosismo con el que se perciben los y las estudiantes participantes, se ubica en el nivel tres y cuatro. En cuanto a las intersecciones se observa que en el nivel 5, el porcentaje más elevado está en las mujeres con 16.22%, mientras que en los hombres es un 10%. Por consiguiente, en el nivel uno que es el más bajo, se ubican los hombres con un 30% y las mujeres presentan un nivel del 13.51%. En lo referente a la licenciatura, se observa que los porcentajes más elevados se encuentran en el nivel tres en las tres licenciaturas. En el nivel cinco, el porcentaje más elevado es para trabajo social y el mayor porcentaje en el nivel uno se encuentra psicología. En cuanto a situaciones en las que los y las participantes sienten nerviosismo o preocupación y hacen uso de estrategias de afrontamiento, se evidencia en está ocho cuestiones como se observa en la "Tabla 4".

Tabla 4

Situaciones en las que se percibe nerviosismo según la periodicidad

	Periodicidad %				
Situaciones	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
La competencia con los compañeros del grupo	28.1	31.60	36.80	3.50	0.00
Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	8.8	28.10	35.10	24.60	3.50
La personalidad y el carácter del profesor	24.60	36.80	24.60	10.50	3.50
Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.)	8.80	28.10	38.60	19.30	5.30
El tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)	12.30	38.60	45.60	3.50	0.00
No entender los temas que se abordan en la clase	8.80	35.10	38.60	14.00	3.50
Participación en clase (responder a preguntas, exposiciones, etc.)	14.00	33.30	28.10	12.30	12.30
Tiempo limitado para hacer el trabajo	10.53	31.58	26.32	17.54	14.04

Fuente: Elaboración propia

Los puntos más críticos en cuanto a la clasificación "siempre" se presentan en el estresor de participar en clase, donde un 13.30% siempre o casi siempre, siente preocupación al participar y también en el estresor de presentar trabajos es limitado; donde un 14.04% siempre siente preocupación y el 17.54% casi siempre. En general, la periodicidad está entre "rara vez" y "algunas veces" que es donde se observan los porcentajes más elevados. En lo referente a la clasificación de "nunca" la mayor frecuencia es para el estresor de la competencia con compañeros de grupo, es decir que se sienten en confianza con sus compañeros y no en competencia. Lo contrario encontró Talavera-Salas et al., (2021), pues uno de los estresores más frecuentes fue la competitividad entre compañeros con un 32.9%.

En cuanto a reacciones que experimentan al encontrarse en alguna situación, la "Tabla 5" las agrupa en físicas, psicológicas, comportamentales y, además, se incluye la clasificación en el uso de estrategias de afrontamiento. También, se determina el nivel de

percepción, se añaden valores mínimos y máximos, al igual que la desviación típica.

Tabla 5

Clasificación agrupada de reacciones y estrategias de afrontamiento

Total inventario	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Baja %	Media %	Alta %
Reacciones físicas	6	25	14.77	5.28	36.8	33.3	29.8
Reacciones psicológicas	5	23	11.33	3.77	52.6	42.1	5.3
Reacciones comportamentales	4	16	9.44	3.04	38.6	42.1	19.3
Uso de estrategias	6	24	15.49	4.49	26.3	49.1	24.6

Fuente: Elaboración propia

El primer grupo de criterios agrupados es la del indicador de reacciones físicas, se clasifica como bajo en su porcentaje más alto que es de 36.8%, y la clasificación alta es de 29.8%, en realidad están un tanto homogéneas, en promedio 3 puntos porcentuales arriba, una clasificación de otra. En la agrupación de reacciones psicológicas, se encuentra también en el nivel bajo y le sigue el nivel medio, el nivel alto está muy alejado con varios puntos porcentuales, el grupo de reacciones comportamentales se ubica en un nivel medio, al igual que el hacer uso de estrategias. A continuación, en la "Tabla 6" se observa el grupo de reacciones físicas y cada uno de sus seis criterios con porcentajes de periodicidad.

Tabla 6

Reacciones físicas y porcentaje de periodicidad

Reacción	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)	24.60%	28.10%	26.30%	17.50%	3.50%
Fatiga crónica (cansancio permanente)	36.80%	24.60%	29.80%	5.30%	3.50%
Dolores de cabeza o migrañas	19.30%	31.60%	28.10%	15.80%	5.30%
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea	21.10%	42.10%	24.60%	12.30%	0.00%
Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.	26.30%	17.50%	24.60%	17.50%	14.10%
Somnolencia o mayor necesidad de dormir	17.50%	29.80%	33.30%	17.50%	1.90%

Fuente: Elaboración propia

Según la percepción de los y las que respondieron, estas reacciones se hacen presentes rara vez y algunas veces de forma general, desagregando los intervalos más críticos que son casi siempre y siempre para su observación, en el estresor de rascarse y morderse las uñas se ubica un 14.10% en siempre y en el intervalo de casi siempre se ubica con el 17.50% trastornos del sueño, de nuevo rascarse y morderse las uñas y somnolencia y mayor necesidad de dormir. Resultados que coinciden con Talavera-Salas et al., (2021), donde encontró que el estresor más frecuente fue trastornos de sueño con el 25.8%, mientras que un 22.0% se muerden las uñas. Del mismo modo, Estrada et al., (2021), encontraron en sus participantes reacciones físicas como trastornos del sueño o cansancio permanente. Lo anterior significa que los participantes en este estudio presentan somnolencia debido a que la mayoría del tiempo lo pasan en la universidad y son mínimas las horas que dedican a descansar.

El grupo de reacciones psicológicas de la "Tabla 7" está compuesto por 5 estresores, y según las respuestas, su periodicidad quedó de la siguiente forma.

Tabla 7

Reacciones psicológicas y porcentajes de periodicidad

Reacción	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo)	15.80%	33.30%	35.10%	12.30%	3.50%
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)	14.00%	42.10%	26.30%	14.10%	3.50%
Ansiedad, angustia o desesperación.	14.10%	26.30%	36.80%	17.50%	5.30%
Problemas de concentración	42.00%	28.10%	24.60%	3.50%	1.80%
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad	57.90%	24.60%	17.50%	0.00%	0.00%

Fuente: Elaboración propia

Los estudiantes participantes en el estudio sienten inquietud, ansiedad, angustia o desesperación algunas veces, mientras que en los rangos de casi siempre o siempre no se presentan altos porcentajes, sin embargo, hay un 17.50% y el 14.10% que son los criterios de depresión y tristeza (decaimiento), ansiedad y angustia en el rango de casi siempre, esto evidencia cifras considerables que se les debe dar seguimiento y cuidar

que no haya un aumento en los semestres siguientes, ya que van iniciando sus carreras. Resultados que refutan lo encontrado por Talavera-Salas et al., (2021), debido a que el 26% de sus participantes, presentaron angustia o desesperación casi siempre. Por su parte, Estrada (2021), también encontró que sus participantes presentaron depresión, preocupación, ansiedad o irritabilidad)

El siguiente segmento pertenece al grupo de reacciones comportamentales formado por cuatro criterios. Al respecto, en la "Tabla 8" se distinguen porcentajes por variable de periodicidad.

Tabla 8

Reacciones comportamentales y porcentajes de periodicidad

Reacción	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Conflictos o tendencia por polemizar o discutir	33.30%	29.80%	29.80%	5.30%	1.80%
Aislamiento de los demás	28.10%	29.80%	33.30%	8.80%	0.00%
Desgano para realizar las labores escolares	19.30%	36.80%	29.90%	10.50%	3.50%
Aumento o reducción del consumo de alimentos	14.00%	28.10%	38.60%	15.80%	3.50%

Fuente: Elaboración propia

En este cálculo se presentaron los porcentajes más elevados de forma general en el intervalo de algunas veces, en los estresores de aislamiento y trastorno alimenticio con un 33.30% y un 38.60% respectivamente, el estresor de desgano para realizar labores escolares se estaciona en el intervalo de rara vez con un 36.80%. Y se perciben con una baja tendencia a discutir o crear conflictos, según los resultados. Por otro lado, la "Tabla 9" evidencia seis estrategias de afrontamiento que utilizan los y las estudiantes para enfrentar situaciones que son motivo de nerviosismo y preocupación. Por ello, daremos cuenta en cuáles son las más utilizadas en esos momentos complicados.

Tabla 9

Estrategias de afrontamiento y periodicidad en porcentajes

Estrategia	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias ideas o sentimientos sin dañar a otros)	10.50%	26.30%	40.40%	15.80%	7.00%
Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas	24.60%	15.80%	36.80%	14.00%	8.80%
Elogios a sí mismo	21.05%	15.78%	35.09%	15.80%	12.28%
La religiosidad (oraciones o asistencia a misa)	35.10%	31.60%	15.80%	14.00%	3.50%
Búsqueda de información sobre la situación	8.80%	35.10%	29.80%	22.80%	3.50%
Ventilación y confidencias (verbalización de la situación que preocupa)	21.10%	38.60%	26.30%	10.50%	3.50%

Fuente: Elaboración propia

En este bloque se presenta el análisis por tipo de periodicidad, iniciamos con el intervalo correspondiente a nunca, donde la estrategia de la religiosidad, oraciones o asistencia a misa presenta el porcentaje más elevado con un 35.10%. En la opción de rara vez, las frecuencias más elevadas son las estrategias de búsqueda de información y la verbalización de la situación que les preocupa con un 35.10% y 38.60% respectivamente. En la alternativa algunas veces, se sitúan tres estrategias como las más elevadas (defender sus preferencias, ideas o sentimientos, elaborar un plan de ejecución y elogiarse a sí mismos). Las preferencias en los rangos de casi siempre y siempre fueron menores, pero se acentúan como las más elevadas en estos intervalos, la estrategia de búsqueda de información con un 22.80% en casi siempre y elogios así mismo con el 12.28% en la selección de siempre.

Al respecto, Talavera-Salas et al., (2021), encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en sus participantes fueron habilidad asertiva con el 34.4%, escuchar música o ver televisión con el 33.2%, concentrarse en resolver la situación con un 35.6%, elogiar la forma de actuar con el 31.1%, establecer soluciones concretas con un 32,9% y hacer ejercicio físico con el 31.5%. Lo contrario arrojó el resultado de Estrada et al., (2021), porque sus participantes en el estudio presentaron limitadas estrategias para manipular las demandas y requerimientos que perciben como amenaza o estrés.

Seguidamente, en esta parte última de resultados, se clasifica el nivel de reacciones físicas, psicológicas y comportamentales, en intersección con el tipo de licenciatura y sexo, expresadas en frecuencias como se observa en la "Tabla 10".

Tabla 10

Clasificación de reacciones por sexo y licenciatura

Clasificación reacciones físicas				
Sexo	***Baja***	***Media***	***Alta***	**Total**
Mujer	10	16	11	37
Hombre	11	3	6	20
Subtotal	21	19	17	57
Licenciatura				
Trabajo social	8	4	2	14
Psicología	3	11	4	18
Nutrición	10	4	11	25
Subtotal	21	19	17	57
Clasificación reacciones psicológicas				
Sexo	***Baja***	***Media***	***Alta***	**Total**
Mujer	19	17	1	37
Hombre	11	7	2	20
Subtotal	30	24	3	57
Licenciatura				
Trabajo social	10	4	0	14
Psicología	8	9	1	18
Nutrición	12	11	2	25
Subtotal	30	24	3	57
Clasificación reacciones comportamentales				
Sexo	***Baja***	***Media***	***Alta***	**Total**
Mujer	16	12	9	37
Hombre	6	12	2	20
Subtotal	22	24	11	57
Licenciatura				
Trabajo social	7	4	3	14
Psicología	7	8	3	18
Nutrición	8	12	5	25
Subtotal	22	24	11	57

Fuente: Elaboración propia

Esta clasificación de frecuencias nos ofrece un panorama en cuanto a reacciones físicas, psicológicas y comportamentales, en intersección con el sexo y el tipo de licenciatura. Se deduce según lo que se respondió, que las reacciones de tipo físicas y psicológicas están en un nivel bajo, tanto por sexo como por licenciatura, y las reacciones comportamentales se ubican en un nivel medio en ambas

clasificaciones, no obstante, se deben atender los puntos críticos y observar con detenimiento la clasificación de alta.

En cuanto a las reacciones físicas, las frecuencias más elevadas en la clasificación alta por sexo, es de mujeres y por licenciatura es nutrición. El segundo grupo serían las reacciones psicológicas, continuando con esta clasificación alta, la mayor frecuencia se encuentra en los hombres y también en la licenciatura de nutrición y el último segmento donde se clasifican las reacciones comportamentales; como alta, se ubica a las mujeres con una alta frecuencia y de nuevo la licenciatura en nutrición.

Conclusiones

El nivel de preocupación en general se ubica mayoritariamente en el nivel tres, lo que indica que los estudiantes participantes de la UATSCDH experimentan una preocupación moderada. Sin embargo, es interesante notar que en el nivel 5, las mujeres muestran un nivel más alto de nerviosismo en comparación con los hombres. Además, el nivel 1, que representa la menor preocupación, es más alto en los hombres que en las mujeres. Respecto a las situaciones o momentos de preocupación o nerviosismo según la periodicidad, en su mayoría, los estudiantes experimentan nerviosismo "rara vez" o "algunas veces" en situaciones como la competencia con compañeros o la sobrecarga de tareas. Las situaciones en las que sienten más preocupación son al participar en clase y cuando tienen un tiempo limitado para hacer trabajos. Esto podría influir en su nivel de nerviosismo general.

Continuando con las reacciones físicas, son en su mayoría de nivel "medio". Los trastornos del sueño y la fatiga crónica son los más comunes. La frecuencia de estos síntomas tiende a estar en los rangos "rara vez" o "algunas veces". Sin embargo, las mujeres experimentan más somnolencia o la necesidad de dormir en comparación con los hombres. Y, pasando a las reacciones psicológicas son en su mayoría de nivel "medio". Los sentimientos de inquietud y ansiedad son comunes y se encuentran principalmente en los rangos "algunas veces" o "casi siempre". Es preocupante que un porcentaje significativo experimente sentimientos de depresión y tristeza y, por otra parte, las mujeres tienden a experimentar más ansiedad que los hombres.

El segmento de las reacciones comportamentales se encuentra en su mayoría en el nivel "medio". El conflicto o la tendencia por discutir y el aislamiento son menos comunes. Algunos estudiantes sienten desgano para realizar tareas escolares, y algunos experimentan un aumento o reducción en el consumo de alimentos.

Ahora, en lo que son las estrategias de afrontamiento varían en frecuencias, es decir, hay una alta dispersión, pero podemos visualizar la estrategia de búsqueda de información y la habilidad asertiva como las más utilizadas en situaciones de nerviosismo. Es importante destacar que los elogios a uno mismo y la ventilación de sentimientos son también algunas de las estrategias más frecuentes. En el último segmento versa sobre las clasificaciones de reacciones físicas, psicológicas y comportamentales, que en su mayoría resultaron en un nivel "medio". Es importante destacar que, las reacciones físicas y comportamentales tienden a ser más altas entre las mujeres. Mientras que las reacciones psicológicas tienden a ser más altas en nutrición y entre los hombres. Estas diferencias son importantes para identificar y brindar apoyo a los estudiantes que puedan necesitarlo.

En resumen, los resultados muestran que los estudiantes universitarios de nuevo ingreso a la UATSCDH experimentan nerviosismo en situaciones académicas y utilizan una variedad de estrategias de afrontamiento. Las diferencias de género y de licenciatura en las reacciones destacan la importancia de abordar el bienestar de los estudiantes de manera personalizada. Además, es vital prestar atención a los estudiantes que experimentan niveles más altos de nerviosismo y desarrollar estrategias de apoyo adecuadas. Se considera que la UATSCDH lleve a cabo un seguimiento y canalice los casos significativos que necesiten apoyo al Centro de Atención con el fin de que el estrés y nerviosismo disminuya en los estudiantes.

Referencias

Barraza, M. A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 9*(3), 110-129. https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19028

Barraza, M. A. (2007). Instrumentos de investigación. El inventario SISCO del estrés académico.

Barraza, M. A. (2020). *El estrés de pandemia (COVID-19) en población mexicana.* Red de Durango de Investigadores Educativos A.C. http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/Coronavirus.pdf

Calixto-Juárez, P., Hernández-Murúa, J. A., y Gaxiola-Durán, M. del R. (2023). Valoración del estrés académico postpandemia covid-19 en estudiantes del nivel medio superior. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(1), 1553-1573. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4498

Estrada, A. E., Mamani, R. M., Gallegos, R. N., Mamani, U. H. J. y Zuloaga, A. M. (2021). Estrés académico en estudiantes universitarios peruanos en tiempos de la pandemia del COVID-19. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 40*(1), 1-6. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_1_2021/16_estres_academico_estudiantes.pdf

Guerra, A. (2022). *Estrés académico en estudiantes de una universidad pública de la Costa Central del Perú en tiempo de pandemia, 2021* [Tesis de grado]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/4884/3/TL_GuerraFuentesAngela.pdf

Martínez, C. S., Juárez, N. S. G., Rico S. R., Martínez, D. A. y Gallegos, T. R. M. (2023). Estrés académico en estudiantes universitarios de enfermería de Querétaro, México. *HorizEnferm, 34*(1), 63-73. https://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/56711/49247

Organización Mundial de la Salud (2022). *Trastornos mentales.* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Secretaría de Salud del Gobierno de México (2022). *Guía de gestión del estrés 2022.Recuperado de*

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/816626/Guia_Gestion_Estres.pdf
Talavera-Salas, I. X., Zela-Pacori, C. E., Calcina-Cuevas, S. C., Castillo-Machaca, J. E. (2021). Impacto de la COVID-19 en el estrés académico en estudiantes universitarios. *Dom. Cien., 7*(4), 1673-1688.
Universidad Autónoma de Tamaulipas (2022-2025). *Plan de Desarrollo Institucional. Recuperado de* https://www.uat.edu.mx/Documents/PDI-2022-2025.pdf

Repercusión social en paciente con enfermedad crónica: un estudio de caso desde Trabajo Social

Danna Ruth Eunice Rivas Martínez[8]

Resumen

La presente investigación de corte cualitativo expone un análisis descriptivo e interpretativo, bajo el enfoque fenomenológico acerca de las repercusiones sociales y psicoemocionales de la enfermedad artritis reumatoide en una paciente mujer. De manera explícita, se trata de ubicar el objeto de investigación en el análisis de los aspectos que han afectado o cambiado la vida del paciente desde el diagnóstico de la enfermedad. Y las repercusiones sociales tales como autonomía personal e interrelaciones sociales que se desprenden a partir de dicho padecimiento.

Se realizaron entrevistas, a una paciente mujer, junto con su familia en la ciudad de Minatitlán. La investigación se ha desarrollado durante el 2022 en el cual se ha dado seguimiento y acompañamiento a la familia en torno a los cambios causados por el diagnóstico del paciente. La información se categorizó de la siguiente manera: exploración de la autonomía personal del paciente, tristeza o depresión, apoyo familiar, impacto de la enfermedad en aspectos sociales.

Se concluye que la paciente está consciente de su situación médica mostrando una tolerancia a la negatividad en cuanto a su mejoría. Sin embargo, a pesar de su diagnóstico, el apoyo familiar motiva a la paciente a tener una actitud positiva frente a otros conocidos de la paciente que no cuentan con dicho apoyo. Por último, este tipo de enfermedades tiene una gran diversidad de consecuencias, ya no sólo

[8] Universidad Veracruzana danrivas@uv.com.mx

físicas como la disminución de la autonomía personal, sino también psicológicas, debido a la dificultad de convivir con una enfermedad de este tipo.

Introducción

En México con base a los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2018), alrededor de 15 878 730 mexicanos a partir de los 50 años sufre algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa, de los cuales 3 154 779 habitantes sufren artritis es decir un 19% de la población. De esta población las mujeres que sufren artritis reumatoide de arriba de 50 años es alrededor de 2 341 510 que representa el 15% con relación al total de la población con alguna enfermedad. Esto significa que el otro 4% es el registro de hombres con dicha enfermedad arriba de 50 años. Por lo que se puede decir que la artritis reumatoide incide más en mujeres antes de llegar a la tercera edad. Con estos datos, claro está que la artritis reumatoide en mayor medida afecta a las mujeres. Por lo que se podría considerar que es más probable que una mujer padezca una de estas enfermedades que un hombre, independientemente del estatus o nivel socioeconómico y cultural.

Las enfermedades reumáticas, es decir la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, progresiva, incapacitante, asociada con altos costos directos e indirectos, mala calidad de vida y muerte prematura. Es común, tanto que afecta todas las razas y áreas geográficas (Caballero, 2004, p. 225). Este tipo de enfermedades tienen gran efecto en el individuo que las padece y en la sociedad. La percepción negativa hacia esta enfermedad, con frecuencia asumida por los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, generan barreras individuales que provocan un efecto negativo en la calidad de vida del paciente. Y esto se debe, que hasta el momento se desconocen las causas exactas de la artritis. Aunque, algunos estudios sugieren que el caso de la artritis reumatoide, los factores que podrían causarlo son los genes, es decir, es hereditario por lo que son mucho más proclives de adquirirlo en alguna etapa de su vida. Sin embargo, no es determinante el factor genético (Días, et al. 2022).

Este tipo de enfermedad afecta directamente a los huesos, a las articulaciones, a los músculos y a los cartílagos. Se puede presentar en todas las edades, ya que no todas están relacionadas con el envejecimiento, aunque la incidencia se ve más reflejada en personas con edad de más de 50 años debido al deterioro de las articulaciones, músculos y huesos. Este tipo de enfermedades, pueden ocasionar una gran repercusión social en las personas que la padecen, ya que dificultan en gran medida la realización de actividades cotidianas. Tal y como señala García de Yébenes y Loza (2018; p. 5).

> El dolor crónico y la discapacidad repercuten en la realización de las actividades de la vida diaria, la salud mental y la calidad de vida, con pérdida de independencia y deterioro de las relaciones familiares y sociales. En general, los pacientes experimentan dificultades importantes para vestirse, levantarse, abrir un grifo o una botella, coger el autobús, subir escaleras, abrir puertas y permanecer mucho tiempo de pie.

Estas situaciones llevan a los pacientes a padecer ansiedad, aislamiento social y puede ocasionarles depresión como una consecuencia de perder la autonomía para poder realizar una vida normal. Aunado a esto, se encuentran las repercusiones en otros aspectos, como por ejemplo la dependencia económica, altos costes médicos debido a los tratamientos, tienen grandes consecuencias sociales tanto para los cuidadores, como para los familiares y en casos graves puede producirse la falta de autonomía física de los pacientes (Bordón, 2012; pp. 79)

Por tal razón, la importancia de la presente investigación radica en abordar las repercusiones sociales y psicoemocionales de las enfermedades artritis reumatoide en una paciente mujer. Como anteriormente se explicó, la artritis reumatoide es una enfermedad común en la población y tienen repercusiones muy variadas, no sólo en el ámbito social, sino también en el físico y psicológico. Con este trabajo se pretende visibilizar cómo las repercusiones sociales pueden llegar a impactar una persona que padece dicha enfermedad, que para la mayoría tanto de los médicos como de los pacientes las mejorías y recuperación son casi nulas. Por otra parte, se pretende, aportar a la discusión en la materia.

Entonces lo que se expone en esta investigación es un análisis descriptivo e interpretativo, bajo el enfoque fenomenológico acerca de las repercusiones sociales y psicoemocionales de la enfermedad artritis reumatoide en una paciente mujer como un estudio de caso desde Trabajo Social. De manera explícita, se trata de ubicar el tema y objeto de estudio en torno a los aspectos que han afectado o cambiado la vida del paciente desde el diagnóstico de la enfermedad. Y las repercusiones sociales tales como autonomía personal e interrelaciones sociales que se desprenden a partir de dicho padecimiento.

Metodología

La presente investigación es de corte cualitativo bajo un enfoque fenomenológico siguiendo la sugerencia metodológica de a Fuster (2019), de esta forma se expone un análisis descriptivo con relación a la repercusión social de una paciente con diagnóstico de artritis reumatoide. El objetivo es identificar la naturaleza de la realidad del sujeto social desde su propia apreciación además de saber cómo se desarrolla su sistema de relaciones, estructura y dinámica familiar.

Una paciente mujer de alrededor de 50 años, junto con sus familias, fueron entrevistadas en la ciudad de Minatitlán durante el año 2022. La investigación se centró en los cambios causados por el diagnóstico de la paciente, y a lo largo de ese año, se dio seguimiento y acompañamiento a la familia. La información recopilada se clasificó en cuatro categorías: autonomía personal, tristeza o depresión, apoyo familiar e impacto de la enfermedad en aspectos sociales.

El contacto con el sujeto social, mujer de 50 años originaria de la ciudad de Minatitlán con un diagnóstico de artritis reumatoide (AR) surgió de la relación profesional de Trabajadora Social, como una consulta de asistencia particular en febrero del año 2022, para sobrellevar los primeros indicios de este diagnóstico perturbador que inició en el año 2021. Entonces se puede expresar que la relación epistemológica es con base a un estudio de caso desde el enfoque mismo de trabajo social de caso *"case work"* recurriendo al modelo de atención individualiza fenomenológico (Fernández 2015).

Es necesario aclarar que antes de centrarse en el modelo fenomenológico, e iniciar la etapa investigación-diagnóstico, como una forma de explorar y complementar ciertos aspectos para el conocimiento de la profesional en trabajo social, se aplicaron test y prueba a la paciente para detectar y comprobar ciertos aspectos de su vida, tales como su autonomía personal, sus interrelaciones sociales, el apoyo social, entre otros.

Tabla 1

Exploración de la autonomía personal del paciente

Instrumento de evaluación	**Descripción.**	**Escalas de valoración**
Índice de Barthel	Evalúa actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado, su deterioro implica la necesidad de ayuda de otra persona. La evaluación de las actividades no es dicotómica, por lo que permite evaluar situaciones de ayuda intermedia (recuperado del Tratado De Geriatría para Residentes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología)	Resultado — Grado de dependencia < 20 — Total 20-35 — Grave 40-55 — Moderado ≥ 60 — Leve 100 — Independiente
Cuestionario Montgomery	Evalúa la depresión cuando tenemos sospechas de diagnóstico (Montgomery 1979; instrumento recuperado de Servicio de Andaluz de Salud, 2004)	Es una escala hetero administrada mediante entrevista. Este instrumento consta de 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma – 6: máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo
Cuestionario Apgar Familiar	El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil (Suárez, & Alcalá, 2014).	- Normal: 17-20 puntos - Disfunción leve: 16-13 puntos. - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: menor o igual a 9
Índice de Lawton & Brody	El deterioro de las actividades instrumentales, medido con el índice de Lawton, es predictivo de deterioro de las actividades básicas, durante un ingreso hospitalario; por ello, algunos autores han sugerido que este índice puede ser un indicador de fragilidad (Miralles y	Se considera anormal < 5 en hombre y < 8 en mujer

	Ascensión citado y recuperado del Tratado De Geriatría para Residentes en: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2004)	
Escala de valoración sociofamiliar de Gijón	Esta versión de Barcelona ha sido validada para la predicción del retorno al domicilio y del riesgo de institucionalización (Miralles y Ascensión citado y recuperado del Tratado De Geriatría para Residentes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología)	Puntuación final: < 10 puntos: normal o riesgo social bajo. 10-16 puntos: riesgo social intermedio. > 17 puntos: riesgo social elevado (problema social).
Nota: Esta tabla muestra una síntesis de los instrumentos que se recuperaron del Tratado De Geriatría para Residentes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, y del Servicio de Andaluz de Salud, (2004) para fines de la investigación.		

Después de conocer en un primer plano la situación del paciente, se optó por seguir el modelo de atención individualizada para conocer las subjetividades del paciente en relación con la enfermedad. Desde El enfoque fenomenológico en la fase de investigación-diagnóstico en base a Falla (2020) y Ávila (2017), el profesional en Trabajo social comprende que no le debe interesar encontrar explicaciones causales; sino que su interés debe centrarse en la descripción de los hechos tal como son expresados o interpretados por los seres humanos. Con el propósito de comprender e interpretar los actos en el que sea posible construir los ejes para su transformación, para encaminar sus posibles horizontes (Falla y Velásquez 2017).

Para poder conocer las situaciones por las que atraviesa la paciente se recurrió a la entrevista y la observación, siguiendo el modelo de atención individualizada (Rossell, Rodríguez, 2017). Sin embargo, cabe aclarar que también los familiares de la paciente, en este caso su esposo de 60 años y sus hijas de 30 y 32 años, aportaron conocimiento por medio de conversaciones informales que fueron encaminadas a la reflexividad de la situación del paciente, siendo clave esta información para la interpretación de los hechos (Guber, 2011).

Así que mediante la entrevista se ha logrado reconocer como la paciente ha lidiado con distintas repercusiones sociales que conlleva el sufrimiento de la enfermedad y cómo afectan ya sea indirectamente a los mismos familiares. La entrevista se realizó en enero 2023. Aunque cabe aclarar que esta investigación también se ha nutrido de las conversaciones informales como un recurso de la reflexividad, además

de los datos que la paciente poco a poco ha brindado. Desde luego, esta investigación ha sido con el permiso y bajo la colaboración del paciente y su familia.

Tabla 2

Descripción de los bloques temáticos para dirigir la entrevista a la paciente

Datos de identificación	Nombre, edad, sexo, lugar de residencia. ¿Qué enfermedad padece? ¿Cuáles son sus síntomas?
Datos del diagnóstico y atención médica	¿Cuándo, cómo y dónde fue la primera atención médica especialista que tuvo? ¿Cómo fue el diagnóstico de esta enfermedad? ¿Cómo fue su atención en el sistema de salud? ¿Cambiaría algo? ¿Toma medicación o realiza algún tipo de terapia o rehabilitación? En caso de respuesta afirmativa, ¿siente mejoría con ellos?
Datos acerca del impacto de la enfermedad en aspectos sociales	¿Cómo le ha afectado la enfermedad en los aspectos sociales (ocio, realización de actividades deportivas, relaciones con iguales, actividad laboral…)? ¿Qué aspectos han cambiado en su domicilio desde que le diagnosticaron la enfermedad? ¿Ha encontrado dificultad con respecto a la movilidad tanto en casa como en el exterior (barreras arquitectónicas)? ¿Siente que recibe el apoyo médico y familiar suficiente? ¿Ha afectado la enfermedad a su personalidad? ¿Qué sentimientos tiene frente a ella? ¿Cómo cree que podría mejorar su situación en general?

Nota: Este cuadro muestra el guion de entrevista que se aplicó a la paciente. Elaboración propia, enero 2023

En cuanto a la observación, permitió el conocimiento de las emociones no verbalizada, o el performance del paciente en su entorno social, principalmente en actividades tan sencillas como sentarse o levantarse por sí mismo del asiento, ir al baño, caminar tramos de dos metros, o mantenerse parado por unos minutos. Por último, es necesario esclarecer que esta investigación, se reserva el derecho de dar datos específicos de nombres y domicilio tanto de la paciente y de los miembros de la familia. A continuación, se presentan los resultados en un análisis descriptivo de la situación de la paciente.

Resultados

Con la intención de contextualizar los análisis de resultados, es necesario exponer los datos otorgados por la paciente, acontecimientos previos a su diagnóstico. Ella cuenta que, en el segundo año de la pandemia, es decir 2021, ella se sentía con buena salud a pesar, que desde hace más de diez años tiene un diagnóstico de hipertensión arterial el cual tiene un seguimiento y control de la enfermedad por medio del Centro de Salud de la ciudad de Minatitlán, ya que ella no cuenta con otro tipo de servicio médico.

Tabla 3

Datos socioeconómicos familiares de la paciente

	Edad	**Nivel educativo**	**Situación laboral**	**Servicio médico**
Padre Madre (paciente)	54 años 50 años	Preparatoria Preparatoria	Tanto la paciente u su esposo, antes de la pandemia informal/ durante de pandemia perdieron el empleo	Ambos, sin seguro médico, cuenta con el Centro de Salud, o sector de Salud por parte del gobierno
Hija 1	32 años	Licenciatura en administración	Trabaja por honorarios	Ambas pagan servicios médicos particular
Hija 2	30 años	Licenciatura en contaduría	Trabaja por honorarios	

Nota: En general, la familia de la paciente tiene un nivel educativo medio y un nivel de ingresos medio-bajo. La paciente, su esposo e hijas son las únicas que tienen seguro médico, pero es a través de servicios públicos o privados. Elaboración propia, 2023.

En este año, es decir 2021, su esposo a pesar de que se había vacunado contra el SARS-CoV-2, enfermó de neumonía a causa del COVID-19, lo cual implicó para ella un desgaste físico y estrés por alrededor de tres meses (tiempo en que duró la recuperación de su esposo). En este escenario sus hijas eran las que se encontraban trabajando para el sustento del hogar, por lo cual no podía ayudarla en el cuidado del padre de familia.

Al finalizar la recuperación de su esposo, ella comenzó a sentir dolor en el cuerpo. Por lo que rápidamente fue atendida en un consultorio

particular para descartar que estuviera contagiada por el SARS-CoV-2. Al momento se descartó tal contagio, y el medicó general que la atendió le comentó que era posible que el dolor de cuerpo se debiera al estrés que sufrió por la enfermedad de su pareja. Así que ante el dolor del cuerpo que ya afectaba hombros, manos y piernas le recomendaron que debía descansar. Sin embargo, esto no fue suficiente y poco a poco fue perdiendo la movilidad.

Tanto las hijas como el esposo comentan que no sabían qué hacer, puesto que ellos pensaban que se debía a un posible contagio de COVID-19, y por otra parte, el médico general insistía que era el estrés. Hasta que una de sus hijas, decidió llevarla a una cita médica particular con un internista. Y fue en estas primeras consultas con el internista, donde le mandaron hacer estudios (análisis clínicos). Tales resultados de laboratorio aparecieron con el factor reumatoide.

Cabe señalar que tanto en la ciudad de Minatitlán y en Coatzacoalcos, en ese momento era imposible tener una cita médica con el internista en el Hospital General de Minatitlán, debido a la crisis sanitaria de la pandemia. También la paciente desconocía si había en la región algún reumatólogo que la pudiese atender y revisar su caso. Entones desde julio 2021, que empezó a sentir los primeros síntomas del dolor fue atendida por un médico general. Y al siguiente mes, empezó a perder la movilidad, por lo que acudieron con un internista en un hospital particular, en el cual fue atendida hasta mayo 2022. A la paciente solo le lograron controlar el dolor, pero no lograban evitar la pérdida de la movilidad.

En febrero 2022, es el primer contacto con la profesional de Trabajo Social. En esta primera consulta el objetivo fue tratar de animar a la paciente debido a la perdida de movilidad. Aunque el estado de ánimo de la mujer de 50 años era fuerte e intentaba no doblegarse a la depresión, lo cierto es que, por momento, en las primeras sesiones ella experimentaba cierta añoranza de sus fuerzas, principalmente la de caminar y hacer cosas de la casa de forma normal.

En el mes de marzo del 2022, la situación de la crisis sanitaria por el COVID-19, parecía ya estar de alguna forma controlada, por lo que sus

hijas, buscaron la forma de canalizar la especialidad de reumatología por el sector de salud por parte del Gobierno, es decir por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en el Hospital de alta especialidad "Dr. Rafael Lucio" en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Con la atención medica correcta, la paciente ha presentado ciertas mejorías, incluso en cuanto a su movilidad. Aunque claro está que hay tareas domésticas y actividades deportivas que ya no puede realizar a diferencias de años anteriores al 2021.

Tabla 4

Cronología de la atención médica de la paciente

Julio 2021	Primeros síntomas, dolor en hombros, manos y rodillas. No puede alzar los brazos. Atención médica con médico general, por el centro de Salud de la ciudad de Minatitlán. El primer diagnóstico: estrés.
Agosto 2021-mayo 22	Atención médica internista. Particular. Diagnóstico: Artritis reumatoide. Controlan el dolor, pero perdió movilidad en piernas y manos. Requiere de ayuda de sus familiares para cuestiones básicas
Febrero 2022	Contacto con la trabajadora social, de forma particular. Se aplica los instrumentos de exploración de autonomía.
Mayo 2022- enero 2023	Atención médica por el INSABI, en la ciudad de Xalapa Atención médica especialidad de reumatología. Poco a poco recobra la movilidad con el tratamiento. Logra hacer actividades básicas, y poco a poco recobra su autonomía.
Enero 2023	Nuevamente se aplican los instrumentos de exploración de autonomía de la paciente.

***Nota*:** La tabla muestra la evolución de la condición de la paciente y el tratamiento que recibió. También se puede observar la capacidad de la paciente para tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Elaboración propia, enero 2023.

Las dos tablas proporcionan información complementaria sobre la atención médica de la paciente con artritis reumatoide. La tabla 4 proporciona una cronología de la atención médica de la paciente, mientras que la tabla 5 proporciona una lista de los medicamentos que la paciente utilizó durante su tratamiento. Con ambas tablas, se puede observar que el tratamiento de la paciente evolucionó a lo largo del tiempo significativamente, lo cual se puede interpretar que las

decisiones informadas de la paciente sobre su atención médica ayudaron y contribuyó a su calidad de vida.

Tabla 5. Diagnóstico y tratamiento

Julio 2021	Agosto 2021- mayo 22	Junio 2022- al presente
Atención con médico general en el centro de salud de Minatitlán	Atención con internista (particular)	Especialidad reumatología INSABI
Síntomas: dolor en las extremidades	Síntomas, dolor en las extremidades, y perdida de movilidad	Síntomas, dolor en las extremidades, y perdida de movilidad
Diagnóstico: estrés	Diagnostico: "La Sra. Tiene diagnóstico de artritis reumatoide sin remisión con medicamentos modificadores de enfermedad. Logra la mejoría sintomática solo con esteroides a dosis medias. Para su remisión amerita tratamiento biológico supervisado por reumatología" Medicina interna, abril 2022.	Diagnostico: "Se trata de una femenina de 50 años edad, con hipertensión arterial de aproximadamente 10 años de evolución, en tratamiento con irbesatan 150 mg cada 12 horas, amlodipino 5 mg diario. Inició con dolor en las articulaciones hace aproximadamente 11 meses, con inflamación de estas y disminución de movilidad en general, por lo que acude a médico particular donde le diagnostican artritis reumatoide. Actualmente con artrosis en rodilla derecha pero aún con movilidad, signos vitales en valores normales, neurológicamente integra, cardiopulmonares normales. Cursa con artrosis y flogosis en manos, dolor en la digitocompresión en rodilla derecha, discreta desviación de la columna vertebral" Especialidad de reumatología junio 2022
Medicamentos: Diclofenaco	Medicamentos: Calcort, tabletas de 30 mg. Xumer 90 mg. Leflunamida 20 mg Embrel ámpulas de 25 mg	Medicamentos: Metotrexato 2.5mg Leflunamida 20 mg Baricitinib 4mg Deflazacort 6mg

Nota: En esta tabla se muestra el diagnóstico en los diferentes momentos de atención médica, así como el tratamiento de la paciente. Elaboración propia, enero 2023.

Por otra parte, es necesario señalar de forma sintética, los antecedentes familiares de la paciente: Su padre, falleció a los 75 años en el año 2010, de un infarto del corazón, su madre fue declarada hipertensa, aunque actualmente tiene 84 años, tiene su control médico sobre la enfermedad. Sin embargo, sus 4 hermanas sufren de obesidad, y una de ellas tiene de igual forma artritis. Y su único hermano falleció a los 42 años de una neumonía, pero tenía desarrollada la Diabetes tipo 2.

Aunque no hay factores determinantes en la aparición de la artritis reumatoide, lo cierto es que la genética juega un papel importante en la aparición de la AR en algunos pacientes. Se cree que es una enfermedad autoinmune, lo que significa que el sistema inmunológico del cuerpo ataca por error sus propias articulaciones y tejidos. Por otra parte, se ha descubierto que ciertas variantes genéticas pueden aumentar la susceptibilidad de una persona a desarrollar artritis reumatoide. Además, los estudios también han demostrado que la situación y carga genética puede afectar la gravedad y el curso de la enfermedad en pacientes (Delgado, et. al 2006).

Tal y como se observa en este caso, a pesar de que la AR, afecta a personas de todas las edades y géneros, se ha observado que hay un mayor riesgo en mujeres que en hombres y la edad promedio de aparición es entre los 40 y 60 años (Delgado, et. al 2006). Además, es importante recordar que no todas las personas que tienen antecedentes familiares de artritis reumatoide desarrollarán la enfermedad (Bonifaz, et al. 2022). Sin embargo, esta discusión queda para el ámbito médico, ya que este caso particular, a pesar de que los padres de la mujer de 50 años no presentaron diagnóstico de artritis reumatoide, lo cierto es que una de sus hermanas desarrolló de igual forma el diagnóstico de AR.

Por lo tanto, el análisis de los resultados bajo el enfoque fenomenológico ha sacado a la luz las repercusiones sociales a las que se enfrenta la paciente, mujer de 50 años con diagnóstico de artritis reumatoide. Con todo ello, se ha organizado la información en los siguientes tópicos:

Exploración de la autonomía personal del paciente

La definición de autonomía personal ha sido estudiada y discutida en diversas disciplinas, incluyendo la filosofía, la psicología y la medicina. En términos filosóficos, la autonomía se ha definido como "la capacidad de una persona para gobernarse a sí misma, sin ser gobernada por otros" (Kant, 1946. En la psicología, la autonomía se ha definido como "la capacidad de un individuo para ser autodeterminado, es decir, para elegir y controlar sus propias acciones" (Deci y Ryan, 1985). Por su parte, en la medicina, la autonomía se ha definido como la capacidad de un paciente para tomar decisiones informadas acerca de su propio cuidado de salud (Beauchamp y Childress, 2001).

En esta investigación se entiende como autonomía personal a la capacidad de un individuo para tomar decisiones y actuar de forma independiente, basándose en sus propias necesidades y preferencias (Martínez y Olmos, 2016). Así, la importancia de la autonomía personal en la atención médica se debe a que permite a los pacientes tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento y participar activamente en el cuidado de su propia salud. Esto puede mejorar la calidad de la atención médica, ya que los pacientes pueden proporcionar información valiosa sobre sus propias necesidades y preferencias, y trabajar en conjunto con los proveedores de atención médica para diseñar un plan de tratamiento que sea efectivo y apropiado para ellos.

Tabla 6.

Resultados de la exploración de la autonomía personal del paciente

Fechas de aplicación de los instrumentos de evaluación	Febrero 2022 Tratamiento, control del dolor con especialista internista	Enero 2023 Tratamiento con el reumatólogo.
Índice de Barthel Actividades: ir al baño, vestirse, caminar, moverse o comer por sí solo	40 moderado	60 leve
Índice de Lawton & Brody (se considera anormal < 5 en hombre y < 8 en mujer) Uso del transporte, teléfono, responsabilidad en la medicación, limpieza	5 < 8 Anormal	6 < 8 Anormal

Cuestionario Montgomery Trastorno depresivo. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo.	17 puntos	17 puntos
Cuestionario Apgar Familiar Apoyo y funcionamiento familiar	Normal: 18 puntos	Normal: 18 puntos
Escala de valoración sociofamiliar de Gijón Apoyo familiar.	10 puntos: normal o riesgo social bajo.	10 puntos: normal o riesgo social bajo.

Nota: Instrumentos que se utilizaron al explorar la situación del paciente. Elaboración propia, abril 2023.

La profesional de Trabajo Social aplicó instrumentos de evaluación para comprender de forma objetiva cual es la situación del paciente. Cabe señalar que la aplicación de dichos instrumentos fueron en dos momentos el primero en febrero 2022, antes de la consulta y tratamiento con el especialista en reumatología y el segundo momento enero 2023, momento en que la paciente ya tenía un tratamiento de acuerdo con su diagnóstico.

Comenzando por el análisis de los instrumentos que miden la autonomía en actividades básicas, el índice de Barthel y el índice de Lawton & Brody. Ambos instrumentos, se aplicaron en febrero 2022. En el primer instrumento, la paciente obtuvo una puntuación de 40, la cual según esta escala la gravedad de la dependencia del paciente inicia debajo de los 40 puntos. Después de once meses, en enero 2023 que se volvió aplicar el instrumento, el resultado mejoró a 60 puntos considerado como leve.

El segundo instrumento el índice Lawton & Brody, (recuperado en el Tratado de Geriatría para Residentes, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2004) el cual obtuvo en la primera aplicación una puntuación de anormal 5 < 8, con base a la escala de valoración del instrumento. Y después de once meses, obtuvo una puntuación 6 < 8. Ambas puntuaciones por debajo del 8 son consideradas anormales. Es decir, la paciente, con base a este instrumento a perdido cierta capacidad de autonomía. Sobre estos resultados la paciente señaló lo siguiente:

> Cuando inicié con el dolor en las articulaciones, afectó mis hombros, mis manos y mis rodillas. No podía permanecer mucho tiempo parada. Al principio cómo me dijeron que era por el estrés, intentaba sobreponerme y a pesar del dolor, continuaba con mis actividades con toda normalidad, hasta que el dolor era muy fuerte y me impedía hacer las cosas de siempre. En estos meses, si dependí mucho de mis hijas, incluso mi esposo me hacía la comida y me servía, porque mi mano la tenía demasiado hinchada y eso me impedía moverme. Incluso la comida trataba de que estuviera suave para poder masticar porque hasta eso me dolía (Mujer de 50 años, enero 2023)

Tal y como mencionó la paciente, hubo un cambio en su rutina diaria. Autores como Suárez (2006, p. 259), señala que "la invalidez ocasionada por estas enfermedades repercute de manera importante en la calidad de vida del paciente, pues disminuye su capacidad funcional y habilidad para realizar funciones sociales y de bienestar". Indudablemente este tipo de enfermedad causa un impacto en el comportamiento y actividad física de la persona que lo padece.

Tristeza o depresión

En cuanto al instrumento de detección de depresión, como el cuestionario Montgomery (instrumento recuperado del Servicio de Andaluz de Salud, 2004), el resultado de la paciente en ambos momentos es de 17 puntos. Según esta escala, cuando la paciente tiene una puntuación menor a 10 es que se pude decir que hay ausencia de un trastorno depresivo. Al respecto, tanto la paciente como los familiares mencionaron lo siguiente cuando se les preguntó acerca de los sentimientos y emociones que se habían desencadenado a partir del diagnóstico de la enfermedad.

> Al principio, cuando comenzó el dolor en los hombros y manos, que no me podía mover, y que tenía mucho dolor durante la noche, si me empecé a preocupar, principalmente pensaba que quizás tenía una enfermedad grave. El dolor, definitivamente me hacía llorar por las mañanas, aunque claro, yo creo en Dios, y todas las mañanas como siempre realizo mis oraciones, intentaba

> pensar en el amor de Dios, sobre todo porque meses antes mi esposo estuvo muy grave y ver cómo Dios lo sanó me dio mucho ánimo a seguir adelante y firme en mi fe. Ahora le tocaba a mi esposo cuidar de mí. Pero si sentí muchísima tristeza, de ver cómo mis hijas gastaban sus recursos económicos para las medicinas primero de su papá y ahora las mías. Y yo sin poder trabajar, si había días tristes, pero a la vez estaba mi familia que intentaban animarme.
>
> Cuando supimos que el diagnóstico era artritis reumatoide, no sé si fue en la forma en que lo dijo el internista, pero ese día sentí mucha tristeza, llegué llorando a la casa, mi hija intentó animarme y más tarde llegaron mis hermanas a consolarme. A los otros días personas de la iglesia llegaron para hacer oraciones por mí, y pensar en Dios me dio esperanza, ya que he escuchado acerca de la artritis, principalmente que no hay una cura (Mujer, paciente de 50 años, enero 2023)

Suárez (2006) y Bordón (2012), señalan que existen factores psicosociales que influyen en la salud y comportamiento de las personas con enfermedades como la artritis reumatoide. Ya que por sus características suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida del paciente. Principalmente por el dolor que se tiene en las articulaciones.

Por lo que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar el resto de la vida. Entonces ha de esperarse que los pacientes con AR sufran ciertas tristezas o lleguen a una crisis de depresión porque se vincula con los síntomas y con las habilidades de desarrollarse como personas (Suárez, 2006; p. 261; Bordón 2012; p. 79)

Apoyo familiar

En el cuestionario Apgar Familiar y la Escala de valoración sociofamiliar de Gijón, los resultados fueron de normal o riesgo social bajo. Es decir, la paciente contó o cuenta con el apoyo social familiar

requerido para enfrentar la crisis de la enfermedad. Al respecto, una de sus hijas comentó lo siguiente:

> Mi mamá siempre ha sido independiente, por muchos años ella se empleó en el trabajo informal en compañía con mi papá. Nunca han tenido un trabajó seguro ellos lograron emplearse en venta de catálogos, venta de comidas, limpieza de la casa, y nos sacaron adelante a mi hermana y a mí, nos dieron títulos universitarios. Como quiera, nosotras actualmente contamos con empleo, quizás no ganamos mucho, pero tenemos las quincenas aseguradas. Y en estos tiempos de pandemia, si les había pedido a mis papás que se mantuvieran en casa para evitar contagios. Así que estaba muy al pendiente de ellos, porque mi seguro médico no logra cubrirlos a ellos. Sin embargo, cuando papá enfermó por causa del Covid-19, hubo muchas personas que me ayudaron, económicamente, moral y espiritual. Tuve mucha ayuda. Pero ya se escuchaba que muchas personas en una misma familia morían, así que le pedía a Dios que no pasara eso en mi familia y, por otra parte, estaba al cuidado de ellos, principalmente que el ánimo no decayera. Cuando mamá se vio enferma del dolor de cuerpo y que poco a poco iba perdiendo movilidad, lo primero que pensé es que no podía dejar que se deprimiera. Si ella deprimía, lo primero que iba a pasar es el deseo de quererse morir. A mí me preocupaba mucho su estado de ánimo. Es más, por un momento la sentí tan frágil que yo tenía que ser muy fuerte, de tal forma que no le podía hacer ver que yo estaba demasiada preocupada. (Mujer de 32 años. Febrero 2023).

Por otra parte, la paciente comentó, que tantos sus hijas como su esposo, la ayudaron y la hicieron sentir importante, aún en momentos donde ella se sentía sin utilidad alguna. También cabe aclarar, que sus hermanas y parientes más cercanos, le brindaban el ánimo, a pesar de que mucho se dice que la AR es una enfermedad que no tiene cura y que es dolorosa, encontraba consuelo por las expresiones de amor que le transmitían sus familiares.

Esto se explica en términos de Quiceno, y Vinaccia, (2011; p 32), quienes argumentan que el apoyo social, y principalmente cuando viene de la familia, es esencial para los pacientes con un diagnóstico de artritis

reumatoide, porque reduce la tensión y el estrés provocado por la enfermedad y favorece la recuperación, o la estabilidad física de la persona. Aunque claro está que el hecho de tener apoyo, tal como menciona la hija de la paciente, les ayuda y favorece adherirse a los tratamientos médicos. Entonces lo que respecta a los pacientes con diagnóstico de AR, se ha encontrado que el apoyo social tiene un peso significativo en el bienestar en general, primero porque se sienten significativamente cuidados, y porque les da un sentido de vida, desde luego les trae cierto equilibrio social y de salud.

Otro punto interesante por resaltar, en cuanto al apoyo familiar o social, es el impacto que puede tener las redes o círculos sociales del paciente. Por ejemplo, la paciente pertenece a un grupo religioso, que, en sus momentos de crisis, principalmente de tristeza, la procuraron y la visitaron practicando oraciones en su casa. El efecto del apego colectivo y la eficacia de la oración le dieron un nuevo sentido a la paciente, es decir una forma diferente de cómo ver la vida, puesto que su dolor ella lo veía en términos simbólicos como una prueba, de la cual, aunque no existiera una cura, mantenía en el dolor la esperanza de volver a desarrollar actividades. Algunas investigaciones en materia de la antropología de la religión han dado evidencia cómo la oración cumple ciertas funciones de desahogo psicoemocionales y donde el sujeto social logra redefinir los acontecimientos críticos en su vida. (Rivas, y Jiménez, 2021).

Impacto de la enfermedad AR en aspectos sociales

La enfermedad de artritis reumatoide (AR) puede tener un impacto significativo en los aspectos sociales de la vida de las personas afectadas, porque es una “enfermedad inflamatoria articular de evolución crónica, caracterizada por episodios dolorosos y deformidades físicas, con consecuentes limitaciones en el trabajo y actividades cotidianas” (Bordón, 2012; p 78). Tal y como se ha mostrado en el análisis de los resultados de la paciente con AR, de 50 años. Algunas de las formas en que la AR puede afectar los aspectos sociales incluyen: la autonomía personal, en el que se considera las actividades básicas, de cuidado personal y actividades recreativas; la salud mental, y las relaciones interpersonales, e incluso las económicas.

En cuanto a la autonomía personal, es uno de los aspectos que más preocupa a la paciente, ya que es difícil para ella no poder realizar las tareas y las actividades que desempeñaba en años pasados sin necesitar de una persona constantemente al lado para que ayude en los aspectos más básicos de la vida. Por ejemplo, la paciente mencionó en la entrevista, que en los primeros meses con el síntoma de dolor, y el entumecimiento de las extremidades no podía vestirse o peinarse, necesitaba de una persona que la ayudara. Así también, para comer y para poder caminar distancias poco menos de un metro. Aunque no necesitó de sillas de ruedas, lo cierto es que empezó a depender de un bastón para caminar dentro de la casa, distancias tan cortas.

Desde luego la disminución de la autonomía personal, genera hasta cierto punto estrés o un cambio de estado de ánimo en los familiares (Suárez, 2006). Por ejemplo, ellos deben de cambiar su día a día para brindarle ayuda al paciente, puesto que requiere de mayores cuidados. En este caso particular, el esposo y padre de familia, optó por ser el cuidador y dejar de lado las opciones de trabajo, y así las hijas de alguna forma asumieron la responsabilidad proveedores al hogar. Entonces se puede decir que la disminución de la autonomía del paciente impacta de forma significativa tanto a quien la padece como a los familiares que viven en la misma casa.

Por otra parte, la nueva dependencia del paciente o perdida de la autonomía orilla al paciente a tener un cuadro de tristeza o depresión. En términos de Bordón (2012; p. 85), la depresión es ocasionada en sí por el dolor, como una consecuencia donde intervienen factores biomédicos, psicosociales y farmacológicos. Desde luego, la mayoría de las enfermedades son amenazantes, pero lo peculiar de los casos de pacientes con AR, según Bordón, influye por la permanencia del dolor en el cuerpo y por el alto consumo de medicamentos. Además de complicaciones como discapacidad, desfiguración y el dolor constante. Y lamentablemente en estos tipos de diagnóstico la depresión no logra tener un tratamiento como tal a la par del diagnóstico de AR.

Por otra parte, cabe señalar que los familiares también se encuentran en una constante tensión y quizás también logran sentir tristeza en

apoyo o solidaridad a la situación de la paciente. Por ejemplo, la hija de 32 años mencionó su sentimiento de desesperanza, al ver sufrir a su mamá del dolor. Aunque en este caso, lo más interesante fue cuando se les preguntó tanto a la hija como a la mamá (paciente de AR), acerca de los sentimientos y emociones que tuvieron en cada uno de los desafíos frente al diagnóstico de AR, ellas expresaron que sobre llevar la tristeza y hablarlo entre los miembros de la casa, facilitaba el desahogo y tensión de emociones, principalmente porque se podían consolar unos a otros. Siendo así, un claro ejemplo, que el apoyo familiar es esencial para estos momentos de crisis (Quiceno, & Vinaccia; 2011).

Otro aspecto esencial de gran impacto son los cambios en la estructura de la casa del paciente y en los gastos médicos, así como los desafíos económicos. Con base a los datos otorgados por el esposo de la paciente, mencionó que hubo cambios en el diseño de la casa. Por ejemplo, a las entradas de la casa y el acceso al baño se le pusieron rampas. También algunas cosas cambiaron de lugar para ponerlas más accesibles al paciente. Esto implica un gasto aparte de los gastos médicos. En cuanto a los desafíos de gastos médicos, los familiares, principalmente las dos hijas, mencionaron que en ocasiones sentía demasiado estrés y preocupación por la compra de los medicamentos ya que muchos de ellos son de costos elevados y en ocasiones, la compra de las medicinas salía del presupuesto.

En este escenario es necesario recordar lo que dicen los estudiosos en esta materia como Suárez (2006; p. 260) “el elevado uso de prestaciones sanitarias y no sanitarias, generado por las enfermedades musculoesqueléticas, tiene efecto importante en la economía y la sociedad. Los costos pueden ser directos (generados por la enfermedad por sí misma) o indirectos (derivados de la pérdida de productividad)”. Desde este enfoque la familia, presentó dos tipos de pérdidas o desgaste económicos, la primera que la mamá, la paciente de 50 años, ya no generaba ingresos por la pérdida de movilidad, y el padre de familia por ser el cuidador de ella, no podía laborar, esto es una perdida indirecta como señala Suárez (2006), y la perdida directa son los gastos específicos por la enfermedad, que con base a al testimonio de las hijas les generaba gastos y perdidas más allá de sus ingresos.

Esto último se refleja en la compra del medicamento de Baricitib que su costo oscila hasta los 20 mil pesos mexicanos, y una cajita de este tratamiento es para 28 días. Aunque la receta es surtida por medio del INSABI, no siempre está disponible este medicamento, en dos ocasiones tuvieron que buscar los recursos de forma independiente para solventar el gasto del tratamiento. Entonces se puede expresar, que, dentro de los desafíos de la paciente por enfrentar la enfermedad, también se generan otros desafíos a la par del diagnóstico que de alguna forma impacta al comportamiento y finanzas de los familiares que viven en la misma casa.

Conclusiones

La investigación concluyó que la paciente es consciente de su enfermedad y de las posibles dificultades que conlleva, pero que ha logrado desarrollar una actitud positiva gracias al apoyo de su familia. Sin embargo, este tipo de enfermedades puede tener un impacto negativo tanto en la salud física como psicológica de las personas que las padecen.

Retomando los aspectos, del modelo de atención individualizada fenomenológico, la paciente en las sesiones fue describiendo los hechos y fue desahogándose acerca de los sentimientos y emociones que le afloraban por el diagnostico AR. El punto más importante que no se perdió de vista en la investigación-diagnóstico, fue la fuerza del apoyo familiar y social, en el que se ha centrado el tratamiento desde el enfoque de Trabajo Social, el cual se ha exaltado y animado a la paciente que no pierda de vista el amor y el interés que le muestra su familia con el fin de mantener o mejorar el estado de ánimo. Por otra parte, al principio cuando mostró signos de tristeza y depresión, el primer ánimo fue ver el apoyo tanto de la familia como los aspectos socio religiosos. Si bien había actividades recreativas que dejó de hacer la paciente, estas fueron sustituidas por sus momentos de oración colectivas o por sus grupos de oración.

Además, este tipo de apoyo brinda seguridad y le otorga un tipo de autonomía diferente, ya que la paciente al tener el apoyo familiar y social, le brinda la confianza de tomar las decisiones y tener la

responsabilidad de su tratamiento médico. Esto significa que la paciente se ha responsabilizado en los horarios de su tratamiento (es decir de ingerir sus pastillas). Así como sus citas médicas, las tomas de muestras (análisis clínicos) y comprender su historia clínica.

En cuanto a la situación física y patológica de la paciente, ha tenido mejorías desde que ha sido tratada por la especialidad de reumatología. La pérdida de movilidad que había presentado al principio lentamente fue recuperable, a tal grado que recuperó ciertas actividades básicas, como la de vestirse, ir al baño, comer por sí sola, y lo mejor, caminar las distancias cortas de la casa sin bastón. Aunque lo único que no es recuperable es que ella pueda caminar o transportarse de un lugar por sí sola. Sin embargo, esta mejoría, quizás leve es el resultado de cambios significativos al interior del hogar, y desde luego del apoyo familiar y social. En palabras sencillas, la paciente no está sola para afrontar el diagnostico por lo que su gran respaldo familiar es lo marca la pauta para ver pequeños pero significativos avances.

Finalmente, a los pacientes de artritis se les debe sustituir sus actividades recreativas, que anteriormente hacían antes de perder la movilidad, con grupos de apoyo de carácter social o religioso en el cual puedan ser parte de una colectividad que los anime a seguir adelante. A pesar de que la paciente está consciente de su situación médica muestra una tolerancia a la negatividad en cuanto a su mejoría. Además, a pesar de su diagnóstico, el apoyo familiar motiva a la paciente a tener una actitud positiva frente a otros conocidos de la paciente que no cuentan con dicho apoyo. Por último, este tipo de enfermedades tiene una gran diversidad de consecuencias, no sólo físicas como la disminución de la autonomía personal, sino también psicológicas, y desde luego de impacto social debido a la dificultad y altos costos de convivir con una enfermedad de este tipo.

Referencias

Ávila, G. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpus teórico-metodológico del accionar del

Trabajador Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (86), 6.
Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Principles of biomedical ethics (5th ed.). Oxford University Press.
Bonifaz, D., Zúñiga, A., & Sailema, K. (2022). Artritis reumatoide y sus abordajes terapéuticos. *Universidad Y Sociedad*, *14*(S3), 80-92. En: https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2995
Bordón, M. I. B. (2012). Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoidea. *Eureka (Asunción) en Línea*, *9*(1), 78-87. En: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100009
Caballero, C. (2004). Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. *Revista Colombiana de Reumatología*, *11*(3), 225-231.
Cuestionario Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (2004). Instrumento del Servicio de Andaluz de Salud en:
https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/cuestionarios/Cuestionarios-3/cuestionario_montgomery.pdf
Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. Berlin: Springer Science & Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7
Delgado-Vega, A.; Martín, J.; Granados, J.; & Anaya, J. (2006). Epidemiología genética de la artritis reumatoide: ¿qué esperar de América Latina?. *Biomédica*, *26*(4), 562-584. Retrieved April 12, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572006000400011&lng=en&tlng=es
Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2018). https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/#:~:text=La%20ENASEM%202018%20es%20una,el%20proceso%20de%20envejecimiento%2C%20el
Falla, U. (2020). La fenomenología social, horizonte de posibilidades para el Trabajo Social. En: Gil Claros, M. F. (Ed. Científica). *Pensando la Intervención Social*. (pp. 25-38). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Falla, U., Velásquez, G. (2017). De la experiencia fenomenológica del conflicto armado hacia una experiencia significativa de la paz en el post acuerdo. *PROSPECTIVA*. Revista de Trabajo Social e intervención social, (24), 49-68. https://doi.org/10.25100/prts.v0i24.4666

Fernández, T. (2015). Trabajo social con casos. Madrid, México: Difusora Larousse Alianza Editorial. Recuperado de https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauv/45422?page=102.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, *7*(1), 201-229.

García de Yébenes, M., & Loza, E. (2018). Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. *Reumatol. clin., Supl.(Barc.)*, 3-6.

Garza, J. S. (2006). Realidad social y médica de las enfermedades reumáticas. *Medicina Universitaria*, *8*(33), 259-62.

Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Junta de Andalucía Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud. (2004). *Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente: salud mental*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Cuestionario2004SM_0.pdf

Kant, I. (1946). Fundamentación de la metafísica de las costumbres (No. 648). Madrid. Espasa-Calpe.

Martínez, G., & Olmos, A. (2016). De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. *Boletín mexicano de derecho comparado*, *49*(145) Recuperado en 09 de abril de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332016000100004&lng=es&tlng=es .

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, *7*(1), 27-41.

Rivas, D; Jiménez, L. (2021). Marchas de oración, una estrategia de las iglesias cristianas para interpretar la realidad violenta en la ciudad

de Minatitlán, estado de Veracruz, México*. *Cultura y religión*, *15*(2), 273-303.
Rossell, T., & Rodríguez, P. (2017). *La entrevista en el Trabajo Social*. Herder Editorial.
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2004). *Tratado de Geriatría para Residentes*. SEGG. En:
https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html
Suárez, J. (2006). Realidad social y médica de las enfermedades reumáticas. Medicina Universitaria, 8(33), 259-62
Suárez, M. A., & Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, *20* (1), 53-57. En: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010

Intervención profesional del Trabajador Social en el sector salud de la Región Junín - Perú

Yovana Luiza Alberto Bueno[9]
Jhulisa Ataipoma Casallo

Resumen

La competencia del profesional de trabajo social presenta particularidades en los diversos sectores del país, el sector salud es una de las áreas de mayor demanda, para la intervención desarrolla acciones sistemáticas referidos al objeto de intervención, funciones, métodos, proceso de intervención, técnicas e instrumentos; los hallazgos que se presentan en el artículo contribuirá en la formación de la comunidad educativa de pregrado, posgrado y del profesional que pretende incursionar, en el campo de la salud. La investigación tiene el objetivo de describir la intervención profesional del trabajo social en salud de la región Junín; la metodología utilizada fue la investigación de tipo básica, nivel descriptivo, diseño no experimental transeccional, con enfoque cuantitativo, con una población de 150 trabajadores sociales que laboran en salud, para la muestra cuantitativa se utilizó a 70 trabajadores sociales.

Los resultados muestran que el objeto de intervención del trabajador social son los problemas y necesidades sociales, las funciones que cumplen en su intervención son la gerencia social, educación social, asistencial, investigación social y ocasionalmente función de sistematización; los métodos de intervención son el caso social, grupo y comunidad; con respecto al proceso metodológico de intervención se

[9] Universidad Nacional del Centro del Perú

inicia por la investigación, seguida por el diagnóstico, planificación, ejecución, y muy poco se evalúan los impactos; las técnicas de mayor uso son la observación, la entrevista y la visita domiciliaria; finalmente las herramientas más usadas son la ficha socioeconómica, el informe social y las fichas de visitas domiciliarias.

Introducción

El sector salud, es un área de intervención del profesional de Trabajo Social, donde realiza investigaciones de los factores psicosociales que inciden en la salud del usuario, su labor fundamental se orienta a conocer problemáticas sociales que impiden el normal desarrollo de su salud física y emocional, está capacitado para contribuir en las políticas sociales e interviene de manera multi e interdisciplinaria. El objeto de intervención profesional son los pacientes que requieren mejorar su integridad física y mental, interviniendo mediante un procedimiento metodológico, donde utiliza estrategias como son las redes familiares y organizacionales, proponiendo y desarrollando acciones que permiten mejorar la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad en general, cumpliendo funciones que tienen como propósito desarrollar tareas y estrategias de gestión que se le atribuye a fin de lograr, la estabilidad del paciente.

Para la intervención, el trabajador social utiliza un procedimiento especializado que le permite diagnosticar las causas de la problemática, planificar estrategias, desarrollar acciones, tareas orientadas a la resolución del problema social o conflicto y finalmente evaluar el impacto de su intervención. El sector salud es una de las áreas de intervención profesional del trabajador social, donde cumple funciones como son la promoción, prevención, atención y rehabilitación; Vásquez y Cid (2015) señala que “la agenda de intervención multi e interdisciplinaria permite la prevención de la enfermedad, el estudio de las variables sociales que afectan la práctica de estilos de vida saludables y la mejora de las condiciones de salud” (p.88).

El trabajador social participa en diversos programas de salud desarrollando apoyo social para la atención médica, planificación familiar, salud mental educación para la salud, orientación y nutrición,

prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la asistencia social a grupos vulnerables, la prevención de las adicciones, entre otras acciones que permiten mejorar la salud integral del paciente y el entorno familiar.

En cuanto al abordaje de Trabajo Social, Corsini (2015) señala que "es una alternativa de intervención que enfatiza la prevención de las personas en situación de vulnerabilidad, mediante la modalidad de tratamiento social, sintetizando en su proceso metodológico la asistencia y la promoción" (p.11). Para desarrollar el tratamiento social de caso es importante la evaluación diagnóstica del sujeto en situación de vulnerabilidad, lo que permitirá la identificación de posibles causas que estén influyendo en el desequilibrio de su estado socioemocional; situación que permitirá planear estrategias y acciones orientadas a la implementación de prácticas que contribuyen a mejorar el buen vivir del usuario y/o colaborador.

Asimismo Corsini (2015) plantea para nuestra intervención, un abordaje resciliente, en el quehacer profesional que tiene como objetivo "mejorar la calidad de vida de las personas que concurren al servicio en busca de ayuda, mediante la implementación de un tratamiento social, que le permita arribar alternativas de solución, con la participación activa del mismo individuo" (p.11); para lograr una efectiva intervención profesional desde mi punto de vista considero que la persona afectada, es quien debe involucrarse en plantear alternativas para resolver sus propios problemas o necesidades, con el asesoramiento profesional del Trabajador Social, quien actuará como facilitador en la planificación y organización de las estrategias.

Los métodos de intervención se orientan a la atención del ser humano, así como señala Acosta, y otros (2012) "los métodos de intervención del trabajador social son el individual-familiar, intervención grupal y finalmente la intervención comunitaria" (p.18). De esta manera el trabajador social es capaz de identificar las necesidades, las problemáticas y las demandas sociales para el abordaje, gestionando recursos intra e interinstitucionales generando redes de apoyo. Por otra parte, Arroyo (2007) afirma que "el departamento de servicio social despliega su quehacer profesional en tres áreas de

intervención; servicio social ambulatorio, comunitario y hospitalario, atendiendo a las demandas de los usuarios". La investigación que se ejecutó en la región Junín permitió conocer el objeto de intervención, las funciones, métodos, procedimientos, técnicas y herramientas que utiliza en su intervención profesional en la salud.

Intervención profesional del Trabajo Social en salud

El trabajador social es el profesional que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso de la salud y enfermedad por la que atraviesa la persona, identifica redes familiares, sociales y promueve la utilización de recursos disponibles; la praxis del Trabajo Social ha permitido un efectivo y eficiente resultado en las personas atendidas, es así que Ávila (2022) señala que uno de los "elementos nodales es la metodología del trabajo social, tiene siete pasos clave que se utiliza en el ámbito institucional, comunitario y académico entre ellos tenemos a la investigación, diagnóstico, planeación, gestión, evaluación, sistematización y la socialización"(p.11). El procedimiento metodológico presentado por el autor permite, una intervención sistemática y con resultados de impacto en la población, facilitando el análisis de aspectos reales y objetivos, que merman de alguna manera la interacción de las personas en los diversos contextos.

Objeto de intervención

Son seres humanos que integran a la familia, organizaciones y la comunidad en general, donde el profesional de trabajo social, hace el estudio pormenorizado de los problemas, necesidades y las demandas sociales, identificando categorías que afectan la salud física y mental, para brindarle un tratamiento especializado respectivo. Martínez y Torrecilla (2020) señalan que el objeto de intervención lleva a una construcción teórica que significa una situación problemática, su complejidad radica, en la naturaleza histórica social, que genera incertidumbre en los seres humanos en este sentido cada una de las variables y dimensiones sociales que afectan el buen vivir, permite al profesional de trabajo social un abordaje especializado, categorizando y priorizando para determinar el orden en la intervención, así como también gestionar los requerimientos necesarios, para la planificación

de las demandas sociales, implementando estrategias y mecanismos con la participación de redes familiares y organizacionales.

Funciones del Trabajador Social

Están centradas en las acciones que desarrolla el profesional de manera regular y sistemática en el área de intervención, ejerce el rol para alcanzar objetivos profesionales en el sector salud. Por otra parte, Rodríguez, Loor y Anchundia (2017) aseveran que "su labor está orientada a conocer las problemáticas de salud de la población, buscando el cumplimiento efectivo de las políticas sociales, coordinando acciones con el equipo interdisciplinario y desarrollando acciones tendientes a mejorar la calidad de vida". Sus funciones dependerán del contexto que se inserta, mediante acciones concientizadoras, motivadoras, movilizadoras, informativas; además de ser gestores, consultores, asesores, orientadores, mediadores, etc. El trabajador social es parte del equipo de la salud que conoce las carencias, necesidades y demandas que inciden en el proceso de la salud-enfermedad, promueve la utilización de los recursos disponibles.

Yampacallo (2021) menciona que el profesional de trabajo social desempeña "funciones de investigación, planificación, programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y la gestión de recursos sociales orientadas a la recuperación de la salud y la participación de individuos, grupos y comunidades en las instituciones de salud"; el rol que cumple el profesional de trabajo social tiene una mirada transversal y holística que alude a la intervención, y está centrado específicamente en la recuperación de la enfermedad y sus efectos psicosociales en armonía con el diagnóstico médico.

Método de intervención profesional

Los métodos de intervención son conocidos también como las formas de intervenir o el método de Richmond, que se utiliza para abordar situaciones problemáticas, dependiendo del sujeto o los sujetos que requieren la intervención profesional; entre ellos tenemos el método de caso, de grupo y de comunidad. De Robertis (2006), menciona que "El trabajo social es una práctica de transformación y de cambio de la

realidad social, y que para alcanzar objetivos es necesario el uso de métodos, técnicas y procedimientos organizados del saber-hacer tanto a nivel individual como colectivo". Lillo y Roselló (2010) señalan que "la intervención en el campo de la salud estaría constituida por un conjunto de actividades organizadas, dirigidas a conseguir un equilibrio social del individuo, grupo y comunidades; contribuye en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud", y finalmente Fernández y Ponce de León (2006) señalan que el trabajo social con casos lleva implícito los procesos de información, asesoramiento, orientación, apoyo, evaluación, derivación, coordinación y finalmente un proceso educativo para el cambio.

Proceso de intervención profesional

Implica el procedimiento sistemático que utiliza el profesional de trabajo social para el abordaje, iniciando por la investigación que permite el conocimiento in situ de los hechos o fenómenos suscitados, estos aspectos permitirán la elaboración del diagnóstico social, donde se definen las necesidades o problemas sociales, las causas directas e indirectas, los efectos y los nodos críticos que afectan al ser humano; este resultado permitirá una adecuada planificación, diseñando actividades, estrategias y mecanismos de intervención que permitan modificar o resolver el problema en un tiempo establecido; durante este proceso es importante identificar los recursos del entorno familiar, institucional y organizaciones de la localidad que contribuyan en la solución del problema o necesidad.

La intervención profesional requiere una evaluación para medir los impactos positivos o negativos en el usuario. Fernández y Ponce de León (2006) aseguran que el pilar fundamental de la intervención lo conforma la relación interpersonal establecida entre el usuario y el trabajador social, en ella el profesional deberá desplegar cualidades como la creatividad, la improvisación, la racionalidad, la espontaneidad, flexibilidad, rigor metodológico, recursividad, tecnicismo y la paciencia, estas habilidades y destrezas permiten una mejor gestión durante el abordaje.

Según, Barranco (2004) actualmente el trabajo social aplica métodos de las ciencias sociales o del pluralismo metodológico, se configuran en faces interrelacionadas que posibilitan conocer, diagnosticar, establecer un plan de acción, ejecutar dicho plan y evaluar los proceso y los resultados alcanzados, y donde las acciones organizadas se orientan a superar obstáculos que impiden el normal desarrollo del ser humano y en la mejora de la calidad de vida.

Técnicas y herramientas para la intervención

El trabajo social es una disciplina de las ciencias sociales, por consiguiente, en la intervención es indispensable el uso de técnicas y herramientas, para el recojo de información y el abordaje social en el usuario; entre las técnicas de uso frecuente del profesional en salud, es la entrevista, observación y visitas domiciliarias; cada una de estas técnicas estrechamente relacionados con el uso de herramientas como son los informes sociales, fichas socioeconómicas, genograma, entre otros.

Metodología de la investigación

El tipo de investigación acerca de la naturaleza del trabajo social y la intervención profesional en el sector salud de la Región Junín - Perú" fue básica porque permitió profundizar e incrementar el caudal de conocimientos sobre la intervención del profesional de trabajo social en el sector salud. Es una investigación descriptiva porque se ha descrito el objeto de intervención, las funciones, los métodos, el proceso metodológico, las herramientas y técnicas que utilizan los profesionales para la intervención, el diseño que se aplicó para la parte cuantitativa es el no experimental transeccional, porque la información se ha recogido en un solo momento, haciendo uso de la técnica de la encuesta con el instrumento cuestionario diseñado en el Google Forms, estos resultados se procesaron haciendo uso del paquete estadístico SPSS y el Excel. La información se ha recogido de una muestra de 70 trabajadores sociales que laboran en el sector salud, de todos los niveles de atención a la comunidad.

Validez y confiabilidad

Para la validez del instrumento se ha recurrido a la evaluación de 7 expertos, tres de ellos fueron profesionales que laboran en el sector salud y cuatro docentes de la facultad de trabajo social de la Universidad Nacional del Centro del Perú, teniendo el siguiente resultado:

Tabla 1

Validez del instrumento

V. Aiken	0.88
Descriptivo	VÁLIDO

Los resultados muestran que el instrumento es "válido" con coeficiente favorable de 0.88 de la V. de Aikem, porque es > a 0,5.

Para la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 15 profesionales y el resultado es el siguiente:

Tabla 2

Confiabilidad del Instrumento

Estadísticas de fiabilidad

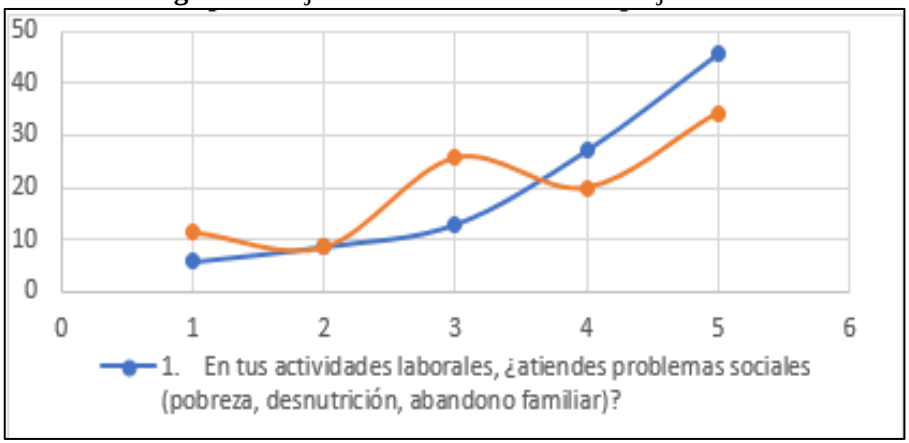
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
.890	.992	31

Por lo tanto, el instrumento es confiable, porque el coeficiente es favorable con un 0,890 del Alfa de Cronbach, que supera al > a 0,5

Resultados

Con la finalidad de contrastar nuestras hipótesis y objetivos de nuestro proceso de investigación presentamos los resultados obtenidos.

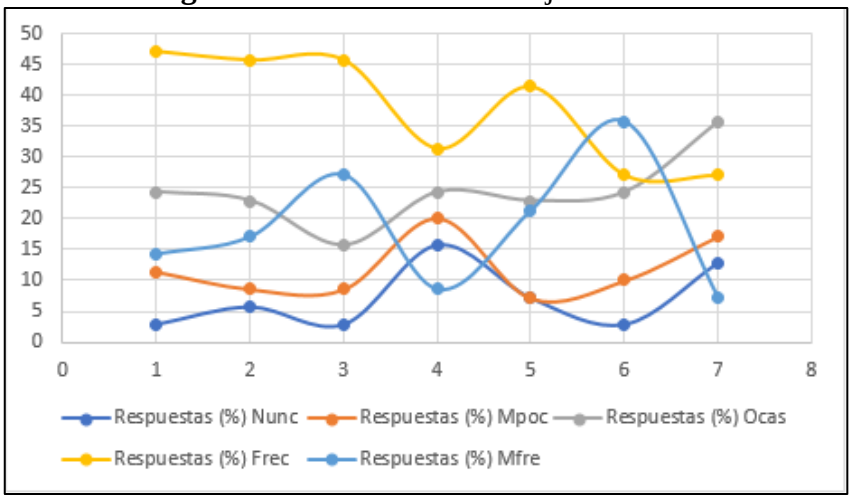
Figura 1. Objeto de intervención del Trabajo Social



Nota: La figura muestra las cifras del objeto de intervención del Trabajador Social, que labora en el sector salud de la Región Junín 2021. Fuente: Encuesta (2021

El 45.7% de los trabajadores sociales del sector salud en la región Junín atienden problemas sociales (pobreza, desnutrición, abandono familiar) de forma muy frecuente, el 27.1% de forma frecuente, el 12.9% ocasionalmente, el 8.6% muy poco y el 5.7% nunca. El 34.3% de los trabajadores sociales atienden necesidades sociales (ropa, salud, alimentación) de forma muy frecuente, el 20% de forma frecuente, el 25.7% ocasionalmente, el 8.6% muy poco y el 11.4% nunca. De estos porcentajes se establece que la atención de problemas sociales (45.7%) y necesidades sociales (34.3%) de los trabajadores sociales es muy frecuente.

Figura 2. Funciones del Trabajador Social



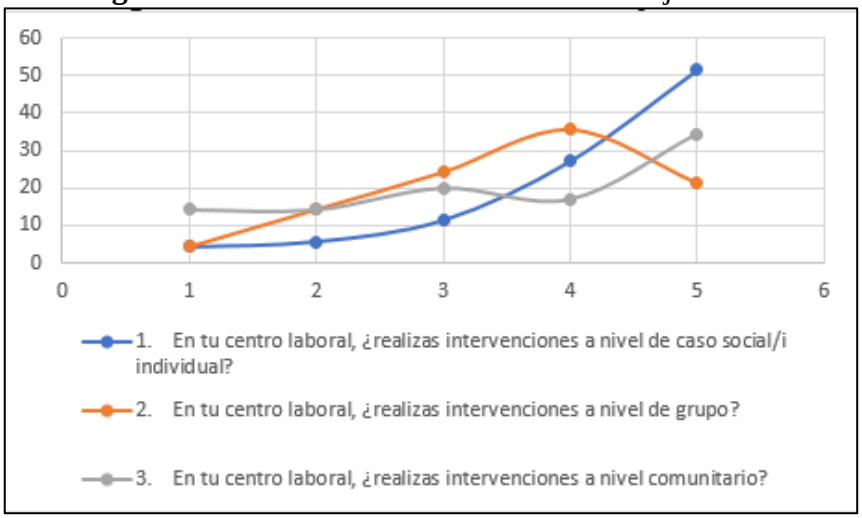
Nota: La figura muestra las cifras de las funciones de desempeña el Trabajador Social, que labora en el sector salud de la Región Junín 2021

El 47.1% de los trabajadores sociales del sector salud en la región Junín diseñan documentos de gestión (programas, proyectos, planes) de manera frecuente, el 14.3% de forma muy frecuente, el 24.3% ocasionalmente, el 11.4% muy poco y el 2.9% nunca; el 45.7% de los trabajadores sociales implementan documentos de gestión (programas, proyectos, planes) de modo frecuente, el 17.1% de forma muy frecuente, el 22.9% ocasionalmente, el 8.6% muy poco y el 5.7% nunca; el 45.7% de los trabajadores sociales prestan servicios profesionales de manera inmediata de modo frecuente, el 27.1% de forma muy frecuente, el 15.7% ocasionalmente, el 8.6% muy poco y el 2.9% nunca (figura 2).

El 31.4% de los trabajadores sociales desarrollan capacitaciones al recurso humano o personal del establecimiento de salud de manera frecuente, el 8.6% de forma muy frecuente, el 24.3% ocasionalmente, el 20% muy poco y el 15.7% nunca; el 41.4% de los trabajadores sociales desarrollan capacitaciones y/o charlas a los usuarios y/o familiares a fin de mejorar su calidad de vida de forma frecuente, el 21.4% de modo muy frecuente, el 22.9% ocasionalmente, el 7.1% muy poco o nunca (figura 2).

El 35.7% de los trabajadores sociales desarrollan capacitaciones y/o charlas a los usuarios y/o familiares a fin de mejorar su calidad de vida de forma muy frecuente, el 27.1% de modo frecuente, el 24.3% ocasionalmente, el 10% muy poco y el 2.9% nunca; el 35.7% de los trabajadores sociales comparten con sus colegas sus experiencias profesionales de su centro laboral, a través de algún evento académico de forma ocasional, el 27.1% de modo frecuente, el 7.1% de forma muy frecuente, el 17.1% muy poco y el 12.9% nunca. De estos porcentajes se establece que la gerencia social (47.1% y 45.7%), la asistencia social (45.7%) y la educación social (31.4% y 41.4%) de los trabajadores sociales es frecuente, la investigación social muy frecuente (35.7%) y la sistematización ocasional (35.7%).

Figura 3. Métodos de intervención del Trabajo Social

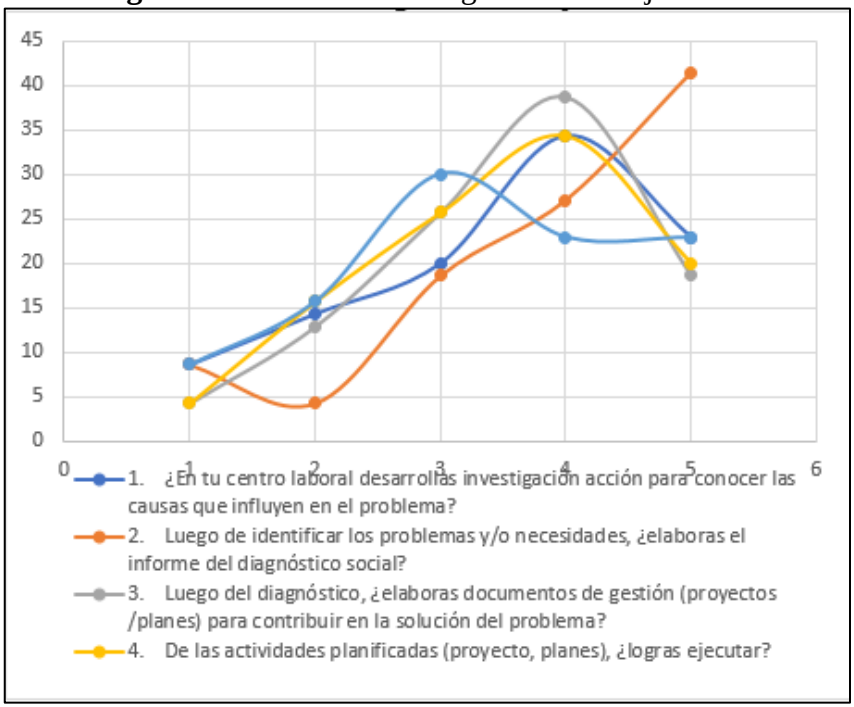


Nota: La figura muestra las cifras de los métodos de intervención del Trabajador Social, que labora en el sector salud de la Región Junín 2021. Fuente: Encuesta (2021).

El 51.4% de los trabajadores sociales del sector salud en la región Junín realizan intervenciones a nivel de caso social/individual de forma muy frecuente, el 27.1% de modo frecuente, el 11.4% ocasionalmente, el 5.7% muy poco y el 4.3% nunca; el 35.7% de los trabajadores sociales realizan intervenciones a nivel de grupo de modo frecuente, el 21.4% de forma muy frecuente, el 24.3% ocasionalmente, el 14.3% muy poco y el 4.3% nunca. El 34.3% de los trabajadores sociales realizan

intervenciones a nivel comunitario de modo frecuente, el 17.1% de forma muy frecuente, el 20% ocasionalmente, el 14.3% muy poco y el 14.3% nunca; De estos porcentajes se establece que los métodos de intervención del trabajo social son los métodos de caso (51.4%) y comunitario (34.3%) muy frecuentes y el método de grupo (35.7%) frecuente.

Figura 4. Proceso metodológico del Trabajo Social



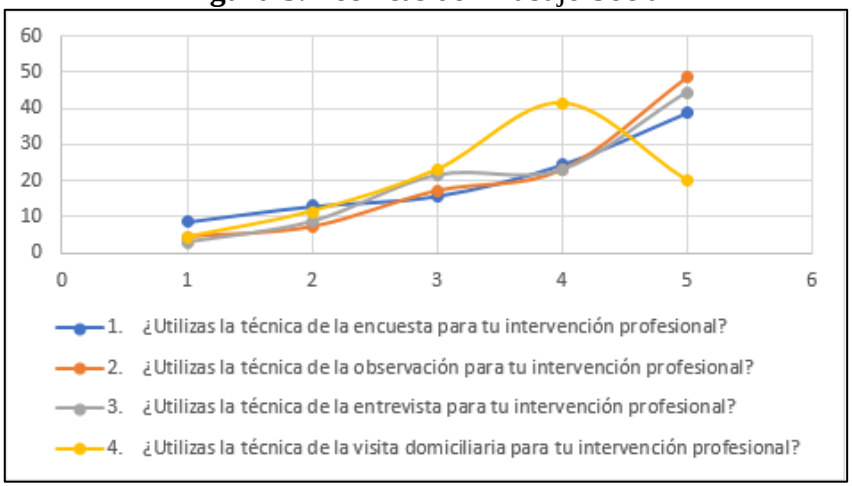
Nota: La figura muestra las cifras del proceso metodológico de intervención del Trabajador Social, que labora en el sector salud de la Región Junín 2021. Fuente: Encuesta (2021).

El 34.3% de los trabajadores sociales del sector salud en la región Junín desarrollan investigación acción para conocer las causas que influyen en el problema de forma frecuente, el 22.9% de modo muy frecuente, el 20% ocasionalmente, el 14.3% muy poco y el 8.6% nunca; el 41.4% de los trabajadores sociales elaboran el informe del diagnóstico social luego de identificar los problemas y/o necesidades de modo muy frecuente, el 27.1% de forma frecuente, el 18.6% ocasionalmente, el 14.3% muy poco y el 4.3% nunca.

El 38.6% de los trabajadores sociales elaboran documentos de gestión (proyectos /planes) para contribuir en la solución del problema de manera frecuente, el 18.6% de forma muy frecuente, el 25.7% ocasionalmente, el 12.9% muy poco y el 4.3% nunca; el 34.3% de los trabajadores sociales logran ejecutar las actividades planificadas (proyectos planes) de modo frecuente, el 20% de forma muy frecuente, el 25.7% ocasionalmente, el 15.7% muy poco y el 4.3% nunca. El 30% de los trabajadores sociales logran evaluar los proyectos o planes de en forma ocasional, el 22.9% de forma frecuente o muy frecuente, el 15.7% muy poco y el 8.6% nunca (figura 4).

De estos porcentajes se establece que el proceso metodológico del trabajo social es frecuente en la investigación (34.3%), planificación (38.6%) y ejecución (34.3%), muy frecuente en el diagnóstico (41.4%) y ocasional en la evaluación (30%).

Figura 5. Técnicas del Trabajo Social

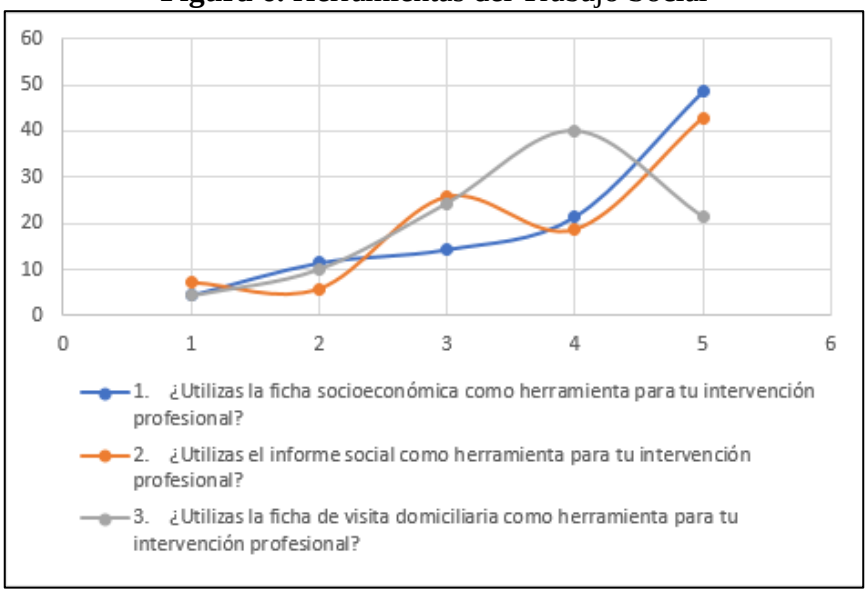


Nota: La figura muestra las cifras de las técnicas que utiliza el trabajador social en la intervención, en el sector salud de la Región Junín 2021. Fuente: Encuesta (2021).

El 48.6% de los trabajadores sociales utilizan la técnica de la observación para su intervención social de modo muy frecuente, el 22.9% de forma frecuente, el 17.1% ocasionalmente, el 7.1% muy poco y el 4.3% nunca, el 44.3% de los trabajadores sociales utilizan la técnica de la entrevista para su intervención social de manera muy frecuente, el

22.9% de forma frecuente, el 21.4% ocasionalmente, el 8.6% muy poco y el 2.9% nunca; el 41.4% de los trabajadores sociales utilizan la técnica de la visita domiciliaria para su intervención social de modo frecuente, el 20% de forma muy frecuente, el 22.9% ocasionalmente, el 11.4% muy poco y el 4.3% nunca. De estos porcentajes se establece que las técnicas de intervención del trabajo social son muy frecuentes en la encuesta (38.6%), observación (48.6%) y entrevista (44.3%), y frecuente en la visita domiciliaria (41.4%).

Figura 6. Herramientas del Trabajo Social



Nota: La figura muestra las cifras de las herramientas que utiliza el Trabajador Social en la intervención profesional. Fuente: Encuesta (2021).

El 48.6% de los trabajadores sociales del sector salud en la región Junín utilizan la ficha socioeconómica para su intervención profesional de forma muy frecuente, el 21.4% de modo frecuente, el 14.3% ocasionalmente, el 11.4% muy poco y el 4.3% nunca; el 42.9% de los trabajadores sociales utilizan el informe social para su intervención profesional de modo muy frecuente, el 18.6% de forma frecuente, el 25.7% ocasionalmente, el 5.7% muy poco y el 7.1% nunca; el 40% de los trabajadores sociales utilizan la ficha de visita domiciliaria para su intervención profesional de manera frecuente, el 21.4% de forma muy frecuente, el 24.3% ocasionalmente, el 10% muy poco y el 4.3% nunca.

De estos porcentajes se establece que las técnicas de intervención del trabajo social son muy frecuentes en la encuesta (38.6%), observación (48.6%) y entrevista (44.3%), y frecuente en la visita domiciliaria (41.4%).

Discusión

Contraste estadístico de hipótesis

El contraste estadístico de las hipótesis de investigación se realiza con la estadística Z de Gauss para una proporción, al 95% de confianza estadística

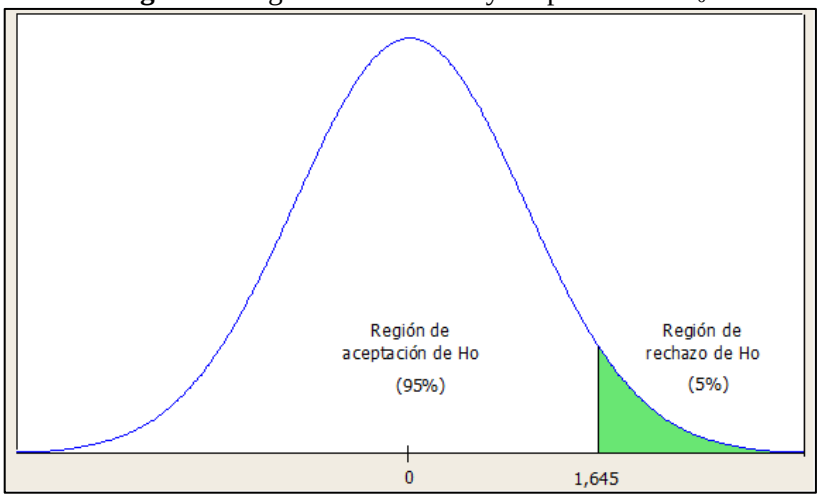
La estadística de contraste se define como:

$$Z = \frac{p - \pi}{\sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{n}}}$$

Aquí, p y π son la proporción muestral y poblacional de éxitos, no es el tamaño de muestra. La proporción muestral p se obtiene como x/n, donde x es el número de éxitos.

En este caso, n = 70 y la proporción de éxitos (π) es 0.2, obtenida en base a la distribución uniforme con cinco categorías (nunca, poco frecuente, ocasional, frecuente y muy frecuente) con probabilidad de 1/5 cada una. Por otra parte, al nivel de significación usual de 0.05, el valor teórico de la Z de Gauss para un contraste unilateral superior es de 1.645, con el cual la hipótesis nula (H_0) será rechazada si el valor calculado de la Z de Gauss es mayor que 1.645, tal como se observa en la figura 7. En términos del valor p, la hipótesis nula (H_0) será rechazada si el valor p es menor que 0.05.

Figura 7. Regiones de rechazo y aceptación de H_0



Nota: La figura muestra la zona de rechazo y aceptación de H_0. Fuente: Elaboración propia (2021).

El resultado evidencia que el objeto de intervención del profesional de Trabajo Social, en el sector salud de la región Junín; que el 46% de forma "muy frecuente" en sus actividades laborales atienden a los problemas sociales como la pobreza, desnutrición, abandono familiar y el 34% de forma "muy frecuente" atienden necesidades sociales tales como la provisión de ropas, atención en la salud, alimentación entre otros.

Estos datos se sustentan con Alayón (2000) cuando señala que "el quehacer profesional está estrechamente relacionado a la problemática social y la intervención en la misma, todo problema que no sea médico, debe ser derivado al consultorio del Trabajador Social"; estos problemas se abordan a través de una atención individualizada, mediante consejerías familiares, planificación de proyectos sociales, si el problema es masivo y dependiendo de la complejidad y la envergadura. A su vez, Martínez y Torrecilla (2020 señala que "el objeto de intervención, es el hombre desvalido, el menesteroso, el que entra en desequilibrio, desajuste o inadaptación, en el orden establecido donde el profesional delimita aspectos de una necesidad social, susceptibles a modificar con nuestra intervención profesional".

El Trabajador Social del sector salud, como parte del quehacer profesional, identifica las necesidades del paciente con la intención de contribuir en la mejora de su salud física y emocional; Rodríguez, Loor y Anchundia (2017) señalan que "el trabajador social en salud, es el profesional del equipo multidisciplinar, que conoce las carencias y necesidades sociales, que inciden en el proceso de la salud-enfermedad, identifica las redes familiares, sociales y promueve la utilización de recursos disponibles" (p.164) estos aspectos, permiten una adecuada gestión institucional a favor del usuario.

Los resultados referidos a las funciones del trabajador social en salud, muestran que el 47% de forma "frecuente", diseña e implementa diversos documentos de gestión tales como programas, proyecto y planes, el 31% de forma "frecuente", desarrolla acciones de capacitación al recurso humano o personal del establecimiento de salud, el 46% de forma "frecuente", presta servicios profesionales de manera inmediata a los individuos que requieren de su servicio, el 36% de forma "muy frecuente", elabora el diagnóstico social, el 36% de forma "ocasional", comparte sus experiencias en eventos académicos.

Estos datos se sustentan con Díaz (2003) ya que este autor afirma que la función de gerencia, administración y planificación, permite dotar de eficacia y eficiencia en la intervención y el uso de recursos disponibles. Solano (2002) señala, además que "la función de educación es un proceso permanente y reflexivo de cambios favorables en los conocimientos, actitudes y prácticas de individuos, que tiene como finalidad, el desarrollo a un nivel óptimo de estilo de vida y el mantenimiento autogestionario de la salud personal, familiar y comunitaria" (p. 49); esta función es conocida también como la función de promoción social.

Por otra parte, Díaz (2003) señala que la función promocional está dirigida a potencializar las habilidades, destrezas y el manejo socioemocional del recurso humano"; por otro lado, el profesional brinda una atención inmediata, planificando acciones de contingencia para superar la dificultad, que puede ser de índole económico, vestimenta, alimentos, medicamentos, e insumos para la atención de su salud.

En la investigación realizada por Arroyo (2007) señala que el departamento de servicio social es el órgano encargado de la investigación de los factores socioeconómicos que favorecen y/o interfieren en la salud del paciente, familia y comunidad del ámbito del hospital. Además, el estudio in situ permite al trabajador social conocer la realidad de forma objetiva, evidenciando los factores que influyen en los problemas, necesidades y demandas. Rodríguez, Loor y Anchundia (2017) señalan por su parte que "el profesional del trabajo social, conoce los problemas sociales que interfieren en la salud de la población, mediante el cumplimiento efectivo de las políticas sociales y coordinando acciones con el equipo multidisciplinario" (p. 6).

El trabajador social, ejerce la función de investigación como primer paso en el abordaje y le permite conocer el contexto social, que repercuten en la salud del usuario; por otro lado, Zavala (2011) señala que "la sistematización de la experiencia en trabajo social es una función, que permite la reflexión crítica, la recuperación de la experiencia profesional y la socialización de los resultados".

La función de sistematización es poco practicada por el profesional de trabajo social, debido a la deficiente formación académica y escasa experiencia para redactar los conocimientos adquiridos, sin embargo, algunos profesionales comparten sus experiencias en eventos académicos, que contribuye en la formación del estudiante y profesionales que están incursionando en el campo de la salud.

El 51% de los trabajadores sociales, "muy frecuente" hacen uso del método de caso social o individual, el 36% utilizan de forma "frecuente" el método de grupo y el 34% "muy frecuente" el método comunitario. Estos datos se sustentan con Fernández y Ponce de León (2009) cuando señalan que la intervención es una operación dentro de la estructura básica del procedimiento en trabajo social con casos, entre el usuario y el profesional, desplegando cualidades como la creatividad, la improvisación, la racionalidad, la espontaneidad, flexibilidad, rigor metodológico, recursividad y tecnicismo".

La intervención es un proceso complejo con cada individuo, grupo o comunidad, porque requiere de una intervención flexible y dinámica.

Ávila (2022) señala al método, como el arquetipo metodológico para el análisis, acompañamiento e intervención, que permite guiar y dotar de cientificidad en la práctica del trabajador social de una determinada población, así la identificación de los métodos permite una adecuada aplicación de estrategias transformadoras, potencializando habilidades y destrezas de los usuarios.

En el proceso metodológico, el 41% de forma "muy frecuente" desarrolla investigación para conocer las causas que influyen en el problema social; el 39% de forma "frecuente" elabora el informe de diagnóstico, el 34% de forma "frecuente" planifica programas, proyectos o planes para la intervención, el 34% de modo "frecuente" logran ejecutar lo planificado y el 30% de forma "ocasional" evalúa las acciones desarrolladas en la intervención.

Estos datos se sustentan con Acero (1998), quien afirma que el panorama en materia de investigación en Latinoamérica es deprimente, por la deficiente formación en investigación, falta de estímulos y presupuestos, los cuales son algunas de las variables que inciden en tal situación. Por otro lado, existe una débil participación en equipos multidisciplinarios en la investigación. Fernández (2013) señala que el diagnóstico social es el proceso que sintetiza, interpreta y conceptualiza la naturaleza y magnitud de las necesidades sociales, sus efectos, génesis y causas personales y sociales. Aylwin citado por Rozas (2022) menciona que el diagnóstico es un "proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar la situación problemática, los factores causales, del individuo, grupo o comunidad, que tiene por objetivo aportar elementos fundamentales, para el proceso de planificación en el campo de la salud" (p.82).

Castro, Reyna y Méndez (2017) refieren que los planes, programas y proyectos definen las líneas generales para la intervención, las estrategias y las distintas etapas en el proceso incluyendo metodologías que guían las acciones específicas. La planificación es la parte fundamental del proceso metodológico, que permite desarrollar acciones de manera organizada para una intervención óptima. Castro y otros (2017) refieren que en la ejecución "se debe gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de las actividades

programadas en el proyecto; así como también la gestión y acondicionamiento de espacios para el desarrollo de las actividades" (p. 22). Los mismos autores señalan, que el proceso de la evaluación permite comparar y medir los impactos que se han generado con la intervención.

El 49% de forma "muy frecuente" utiliza la técnica de la observación, el 44% de forma "muy frecuente" utiliza la técnica de la entrevista, el 41% de forma "frecuente" utiliza las visitas domiciliarias y el 39% de forma "muy frecuente" utiliza la técnica de la encuesta para la intervención profesional. Estos datos se sustentan con Castro y Chávez (2011) quienes mencionan que las técnicas, "son el conjunto de procedimientos ordenados y sistematizados que permiten la recolección de información y datos de un problema objeto de estudio y son caracterizadas como el conjunto de instrumentos y medios a través de los cuales se efectúa el método" (p.14). También Curbelo y Yusta (2022), mencionan que las técnicas alimentan el conocimiento sobre la realidad, permitiéndoles observar fenómenos sociales desde esa cosmovisión, que facilita la identificación de la información que se recibe a través de los cinco sentidos, incluyendo la intuición como un elemento espiritual potencialmente válido.

Ávila (2022) por otra parte, señala que la visita domiciliaria, la observación y el rapport, son técnicas de uso del trabajador social, se apoyan en los instrumentos para el análisis integral y holístico, sirven para brindar una atención a los usuarios, y que el uso de las técnicas también permite recoger la información para la elaboración de la línea de base y la redacción del informe de diagnóstico.

El 49% de forma "muy frecuente" el Trabajador Social, utiliza como herramienta la ficha socioeconómica, el 40% de forma "frecuente" utiliza la ficha de visita domiciliaria, el 39% de forma "muy frecuente" utiliza el informe social, en la intervención profesional.

Los datos se sustentan con Castro y Chávez (2011) quienes mencionan que "las herramientas, son un conjunto de ítems ordenados con un fin, para obtener información de carácter empírico en un proceso de investigación social" (p,14); estos datos permiten conocer,

interpretar e intervenir. Chacha (2021) refiere que la "Ficha social es la parte sistematizada y cuantificable de la información, siendo un soporte documental de aplicación general en el sentido de que contiene todos aquellos datos comunes a cualquier usuario de los servicios sociales" (p. 39). La ficha social es usualmente utilizada por el Trabajador Social, que le permite el conocimiento de la situación socioeconómica del usuario.

Los resultados muestran que la intervención profesional del Trabajador Social en el sector salud de la región Junín, ejerce en base al objeto de intervención profesional, desplegando las funciones, usando los métodos de intervención, siguiendo el proceso metodológico y aplicando técnicas y herramientas.

Conclusiones

El objeto de intervención del Trabajador social, son los problemas y necesidades sociales, en el área de salud en la Región Junín del Perú, estos problemas sociales están vinculados a la desnutrición, desempleo, pobreza, carencia de vivienda, alcoholismo abandono, delincuencia drogadicción, etc.

Las funciones ejercidas por el trabajador Social, aluden a la gerencia social, donde el profesional despliega sus habilidades en la gestión de recursos humanos y económicos; en la función de educación social, desarrolla acciones de promoción y prevención para la reeducación de los usuarios; en la función asistencial se aborda la situación problemática de forma inmediata, desarrollando acciones de contingencia para lograr la estabilidad social en el usuario; en la función de investigación se desarrollan acciones que permitan conocer in situ los problemas sociales y la función de sistematización que facilita la teorización de las experiencia de campo del profesional de trabajo social en salud de la región Junín – Perú.

Los métodos de intervención del trabajador social en el sector salud de la región Junín – Perú, son el método de caso, se desarrolla con el abordaje del individuo y su entorno familiar; el método de grupo se utiliza cuando se identifica problemas que afectan a un conjunto de

personas y finalmente el método de comunidad cuando la intervención es masiva en una localidad.

El proceso de intervención del Trabajador social está sujeto a un conjunto de procedimientos y acciones, que permiten intervenir en situaciones complejas entre ellas tenemos a la investigación que permite conocer y comprender el problema o necesidad, el diagnóstico es un análisis más minucioso que permitirá una buena interpretación, la planificación que permite ordenar las acciones, la ejecución de acciones planificadas, finalmente la evaluación de los procesos de nuestra intervención.

Las técnicas son aquellos mecanismos de recolección de datos e información minuciosa del problema, entre ellos tenemos a la encuesta que ayuda a recoger datos en base a indicadores y categorías; la entrevista permite acopiar información de manera directa entre el profesional y el usuario, la observación que identifica datos a través del uso de los sentidos del profesional.

Las herramientas constituyen un instrumento ligado a las técnicas, que ayuda a extraer y registrar información para el abordaje del problema o necesidad, entre ellos tenemos a la ficha socioeconómica, que es un soporte documental de datos relacionados a aspecto sociales, familiares y económicos del usuario; el informe social que da voz a nuestra intervención, donde se dictamina las conclusiones a la que arriba el profesional de trabajo social y finalmente la visita domiciliaria, que permite conocer el contexto familiar y social .

Referencias

Acosta, M., Bohórquez, M., Duarte, F., Gonzales, A. y Rodríguez C. (2012) Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud. Revista de Trabajo Social en el área de salud, Colombia. https://www.minsalud.gov.co/salud/documents/observatorio%20talento%20humano%20en%20salud/Perfiles%20y%20competencias%20trabajosocial_salud.Pdf

Ander-Egg, E. (1997) Métodos del Trabajo Social, Editorial Espacios, Buenos Aires Argentina.

Alayón, N, (2000). Trabajo Social - Universidad de Costa Rica University of Costa Rica

https://www.ts.ucr.ac.cr › libros › libros-000094Libro digital, PDF. Archivo Digital: descarga y online.

Arroyo, G. (2007) Trabajo Social en el área de hospitalización del Hospital El Carmen Huancayo, tesis de pregrado de la Facultad de Trabajo Social – UNCP. https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/880

Ávila, G. J. (2022) Trabajo Social Institucional: sus técnicas, tecnologías e instrumentos. Margen 105, 1-33 https://www.margen.org/suscri/margen105/Avila-105.pdf

Aylwin, N. (1980) El objeto de trabajo social, repositorio de la pontificia Universidad Católica de Chile https://repositorio.uc.cl/handle/11534/6194

Aylwin, N. et al (1979) Hacia un enfoque operativo de la metodología del Trabajo Social, Editorial Humanitas, Buenos Aires Argentina. 102

Barranco, M. C. (2004) La intervención en trabajo social desde la calidad integrada, 12 Repositorio de la Universidad de Alicante, España http://hdl.handle.net/10045/5592

Bertolotto, M., Bráncoli, J., Clemente, A., Eroles, C.,Krmpotic, Cl., Paola, J., Ponce, A., Roza, Gr. Y Trotta, M. (2015) Glosario de temas fundamentales de Trabajo Social, Editorial Espacio, Buenos Aires Argentina.

Castañeda, P., Cazorla, K., Salame, A. (2021) Sistemas de Registro y sus aportes a la sistematización de experiencias en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 1(17), 14-29. Universidad Tecnológica Metropolitana. https://sitios.vtte.utem.cl/cuadernots/wp-content/uploads/sites/10/2022/01/cuaderno-de-trabajo-social-n17-2021-Castaneda-Cazorla-Salame.pdf

Castro, M., Reyna, C., Méndez,.(2017). *Metodología de Intervención en Trabajo Social. Casa editora shaad.* https://www.acanits.org/assets/img/libros/Metodologia%20TS.pdf este es un libro coordinado pero no sabemos que capitulo citó

Castro, M, y Chávez, J. (2011). *Modelos de intervención. Teoría y Método en trabajo social, ACANITS. México. https://www.acanits.org/assets/img/libros/Modelos%20de%20Intervencion.pdf*

Corsini, M. (2015) El abordaje resiente del Trabajo Social. Un aporte al a prevención. Editorial Espacio, Argentina.

Curbelo, E, y Yusta, R, (2022) Dialnet Número 105. Texto Completo Ejemplar · El complejo campo de la Salud Mental .https://dialnet.unirioja .

Chacha,G, (2021). *Fichas socioeconómicas como base de proyectos sociales.* Repositorio Digital UCE. https://www.dspace.uce.edu.ec › bitstream › UC.

De la Cruz Mendoza, M. V. (2021). Trabajo Social en el área de salud: funciones desde el ámbito humanista. Revista Social Fronteriza, 1(2), 20-37. https://revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/index

De Robertis, C. (2006). Metodología de la intervención en trabajo social – 1ª. ed. - Buenos Aires: Lumen

Díaz, E. (2003) Los ámbitos profesionales del trabajo Social, Facultad de ciencias sociales, Universidad de Castilla – La Mancha – España. https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Diaz-Herraiz/publication/261364198_Los_ambitos_profesionales_del_Trabajo_Social/links/5e46a19fa6fdccd965a41dc8/Los-ambitos-profesionales-del-Trabajo-Social.pdf

Fernández, T (2014). *Fundamentos del Trabajo Social. España Alianza Editorial. https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/FUNDAMENTOS-DEL-TRABAJO-SOCIAL.pdf libro coordinado no sabemos que cap.*

Fernández, T. y Ponce, L. (2009). El proceso de intervención en el trabajo social con casos,

Acciones e investigaciones sociales Núm. 1 Pág. 371. https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/2002376

Gallardo, V. (1992). Una propuesta de revisión del método de caso. Revista de Trabajo Social. 61(1), 59-66. https://repositorio.uc.cl/handle/11534/6023

García, T. F., & de León Romero, L. P. (2006). El proceso de intervención en el Trabajo Social con casos: una enseñanza teórica-práctica para las Escuelas de Trabajo Social. Acciones e

investigaciones sociales, (1), 371. 104 file:///C:/Users/FTS2/Downloads/Dialnet-ElProcesoDeIntervencionEnElTrabajoSocialConCasos-2002376%20(3).pdf

Gómez, M., Mas, P., Pérez, S., Russo, S. (2002) Informe social Análisis y perspectivas, Secretaría Académica del Colegio de Trabajadores Sociales, 1-5. https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000443.pdf

Gonzales, V. (2015). *La visita Domiciliaria en el Trabajo Social. Experiencias en los entornos de Bogotá, Valparaiso y Sevilla [Tesis de doctorado, Universidad Pablo de Olavide]. https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/6419/gonzalez--calvo-tesis-15-16.pdf?sequence=1&isAllowed=y*

Jiménez, D. (2018) Trabajo social con grupos y sus dimensiones de intervención. Revisión documental en América Latina. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 34(34), 84-124, Medellin – Colombia. http://dx.doi.org/10.18566/rfts.v34n34.a04

Karsz, S. (2007) Problematizar el trabajo social; definición, figuras, clínica. Editorial Gedisa, ISBN 978-84-7432775-5.

Leonor Alexandra Rodríguez Alava, Ligia Loor Lino y Verónica Isabel Anchundia Anchundia (2017): "Las funciones del trabajador social en el campo de salud", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (abriljunio 2017). En línea: http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html/

Lillo, N. y Roselló, E. (eds.). (2010) Manual para el trabajo social comunitario, editorial Narcea S.A. de ediciones Madrid – España. file:///C:/Users/FTS2/Downloads/manual-para-el-ts-comunitario.pdf

Martínez, M. y Torrecilla, A. (2020) Objeto de intervención del Trabajo Social y su construcción a lo largo de la historia, documentos de Trabajo Social n° 56. ISSN 105 1133-6552/ISSN Electrónico 2173-8246, Argentina. file:///C:/Users/FTS2/Downloads/Dialnet-ElObjetoDeIntervencionDelTrabajoSocialYSuConstrucc-5612804%20(2).pdf

Rodríguez, L., Loor, L. y Anchundia, V. (2017) Las funciones del trabajador social en el campo de la salud, Revista electrónica contribuciones a las ciencias sociales, ISSN: 1988-7833, Universidad técnica de Manabí – Ecuador. http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html

Rozas, M. (2022) Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social. ed. Espacio editorial, ISBN: 978950802078.Buenos Aires. https://www.libreriauca.com/products/una-perspectiva-teorica-metodologica-de-la-intervencion-en-trabajo-social

Solano, A. (2002) Revista costarricense de Trabajo Social "La promoción de la salud", Costa Rica. Falta info

Sulbrandt, J. (2002) Introducción a la Gerencia Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el desarrollo social (INDES) Diseño y gerencia de políticas y programas sociales.

http://courseware.url.edu.gt/PROFASR/Docentes/Facultad%20de%20Ciencias%20Pol%C3%ADticas%20y%20Sociales/Gu%C3%ADa%20Docente%20Gerencia%20Social%201/Bibliograf%C3%ADa%20digital/Gu%C3%ADa%201/Unidad%201/SULBRA.PDF

Vásquez, S. y Cid, B. (2015) Sistematizando la acción del Trabajo social en salud, articulo de investigación de la Universidad de Zulia, Venezuela. file:///C:/Users/FTS2/Downloads/Dialnet-SistematizandoLaAccionDelTrabajoSocialEnSalud-5154895.pdf 106

Yampacallo, M. (2021) Algunas funciones que desempeñan los Trabajadores Sociales en el sector salud, revista Humanista Perú. Falta info

Zambrano, C. (2010) Naturaleza, cultura y desarrollo. Agenda del Trabajo Social global contextual, TSGC; Portularia 10(1), pp 111-124. https://www.redalyc.org/pdf/1610/161015610009.pdf

Zavala, A. (2011) La sistematización desde una mirada interpretativa: propuesta metodológica, Revista de la Universidad Autónoma de México. http://revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/23884

Zuñiga, R. (1992) Sobre el sistematizar, el aporte actual de la sistematización radica en su poder de convocatoria a una reflexión colectiva, escuela de Trabajo Social, Universidad de Montreal – Canadá. https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/6018/000128716.

Modificaciones en las relaciones sociales del estudiantado universitario durante la pandemia por Covid-19

María Eugenia López Caamal[10]
María Guadalupe Jaimez Rodríguez
Lidia Maricela Caamal Campos

Resumen.

Investigación realizada con el estudiantado de la Licenciatura en Trabajo Social del Instituto Campechano. Objetivo. Analizar las modificaciones en las relaciones sociales del estudiantado, mediante el comparativo de estas en los años 2020 y 2021 durante la pandemia de COVID-19. Método**.** La acción investigativa formó parte del proyecto de estudio de la UNAM-ENTS, con enfoque cuantitativo-comparativo, alcance descriptivo y enfoque ecológico, el diseño es epidemiológico y longitudinal. Para la obtención de la información se aplicó un instrumento de 33 ítems, estructurado con siete apartados, uno de ellos la situación social de la población. En la aplicación del instrumento de recolección de información se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, fue un cuestionario que aprobó la validez de criterio, y se administró mediante correo institucional y Google Formas. En el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y se presentaron los datos en gráficos estadísticos y tablas. Resultados En el comparativo de los años 2020 y 2021 de la pandemia por Covid-19, el estudiantado manifestó que en el 2021 mejoraron las relaciones sociales, pero en la familia aumentó la desorganización y los malentendidos/discusiones, e incrementaron las situaciones de enojo/irritabilidad y cansancio extremo.

[10] Profesoras del Instituto Campechano

Introducción

En el contexto de la pandemia por Covid-19, las restricciones obligatorias sobre la participación en actividades al aire libre, incluida la actividad física regular y el ejercicio, interrumpieron inevitablemente las actividades cotidianas de decenas de millones de personas (Rico, et al, 2020).

Los hechos muestran que el tiempo que se extendió el confinamiento por la pandemia, dejó estragos en la economía, la dinámica familiar, las condiciones escolares, la salud y otros aspectos, que impactaron y continúan repercutiendo en la vida de las personas, muchos de los cuales aún no se manifiestan y consecuentemente por ello no se han estudiado.

Con apego a las disposiciones sanitarias y medidas de seguridad las universidades se vieron en la imperiosa necesidad de suspender los procesos de enseñanza-aprendizaje en su modalidad presencial e iniciar su continuidad en formato virtual. En ese contexto, además de los retos que venían enfrentando las universidades, ésta precipitada transición las sometió a una prueba de estrés evidenciando uno de sus déficits estructurales, la equidad tanto en el acceso como en el progreso de la trayectoria académica (Ariño, et al., 2019).

Es del conocimiento general que la adolescencia es un período crucial para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental de los jóvenes. Algunos de estos hábitos tienen que ver con la adopción de patrones de sueño saludables, hacer ejercicio regularmente, desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas, y aprender a gestionar las emociones (OMS, 2022).

La adolescencia, dada la trascendencia que la relación con los iguales tiene en este momento evolutivo, fueron de los colectivos que más sufrieron las restricciones sociales al perder temporalmente la oportunidad de asistir a sus principales lugares de socialización (Orte, et. al., 2020). Ante esta situación, las familias y sus hijos han tenido que adaptarse a nuevas rutinas y situaciones (Lacomba, et al., 2020), el

permanecer en un mismo espacio de trabajo, de estudio y de descanso llevó a plantear nuevos retos para cumplir con las necesidades de cada uno de los integrantes de este grupo, sin que se perdiera el sentido familiar (Posada, et al, 2021).

Se puede notar que este cambio compartiendo el trabajo de oficina en casa (home office), con otras tareas del hogar, considerando además la falta de preparación previa en los aspectos pedagógicos y tecnológicos para su abordaje, junto a otras problemáticas de la coyuntura de esta pandemia (Casali y Torres, 2021), causó estrés en las personas, miedo a la infección, frustración, aburrimiento, violencia física (Kryukova, et al., , 2020)

En todas las relaciones humanas existen desacuerdos y roces entre los integrantes de un grupo, sin embargo, la modificación de las rutinas y los tiempos de convivencia entre ellos exacerba la probabilidad del desarrollo de problemas que estaban latentes con anterioridad (Robles, et al, 2021). Las fisuras en las relaciones familiares se vuelven grandes grietas que están sensibles todo el tiempo por el agotamiento, miedo, amenaza, desprotección, inseguridad y bloqueo emocional que se pueden ver reflejados en el aislamiento social por la pandemia sanitaria (Barrero, et al., 2020).

Una de las relaciones más importantes en las personas son las que se estructuran en la familia, con la pandemia, las medias sanitarias trastocaron estas relaciones que generaron cambios relevantes positivos, negativos y fluctuantes entre uno y otro, pero por las condiciones y la dinámica social de la pandemia puede inferirse que fueron más desfavorables que favorables.

La casa, la vivienda, el hogar, cualquiera de los conceptos que se elija, representa el espacio que se consideraba privado y que mutó a uno con características de público; además es donde se gestan las relaciones interpersonales del grupo primario, pero también se estructuran los roles y comportamientos sociales y personales.

Este espacio en la pandemia parece ser el contexto central, punto de separación, y al mismo tiempo de encuentro del entramado de

relaciones y situaciones favorables y desfavorables que forman y definen a las personas; desde este posicionamiento, con el confinamiento los límites de las relaciones interpersonales transitan desde el contexto central –familia-, al social y personal.

En otra perspectiva, dentro de la dualidad humana, la casa es mundo y es celda, dependerá de las experiencias vividas si es lo uno u otro, y hace parte de la identidad de las personas y las familias. Para algunas familias, el confinamiento se ha visto como un momento positivo, en ese tiempo las relaciones familiares se han afianzado, se da un reencuentro familiar, se tienen conversaciones y comparten actividades; la casa, a pesar de las dificultades espaciales o de las relaciones, se ha adecuado a las nuevas dinámicas confinadas.

Para otras familias, la casa se vuelve una celda y resulta ser un lugar inseguro, de violencia incluso; personas y familias que, sin importar el espacio, se sienten encerradas, prisioneras, generando reacciones negativas y provocando situaciones estresantes, se dan cuenta que las relaciones construidas no tenían un fundamento sólido y se derrumban. La diferencia está en que unos logran instaurar un nuevo ocio al interior del hogar, mientras que otros sienten agotamiento físico y mental que se expresa desde un leve aburrimiento hasta una gran irritabilidad, depresión o violencia (Sierra, 2020).

La pandemia del coronavirus nos ha mostrado un nuevo mundo: uno en el que el *statu quo* ya no existe. Actualmente, millones de personas padecen un inmenso sufrimiento por un virus que agobia a las personas y la economía. Sin distinción entre ricos y pobres, la pandemia ha obligado a replantear casi todos los aspectos de modos de vida. Los efectos de la COVID-19 apenas están comenzando a sentirse. El PNUD estima que el desarrollo humano global —la medida combinada de los niveles de educación, salud y calidad de vida— va camino de retroceder este año por primera vez desde que comenzó a calcularse en 1990 (PNUD, 2020)**.**

Método

Participantes

La población que participó en la investigación en el año 2020, fueron 200 estudiantes del Instituto Campechano de la Licenciatura en Trabajo Social, que corresponde al 86% del estudiantado, en el año 2021 se replicó nuevamente el estudio y se tuvo un total de 161 estudiantes inscritos en ese periodo escolar, que representaron el 75% de la matrícula. Durante el periodo de investigación de dos años, participaron en total 361 estudiantes para obtener información respecto a las modificaciones de las relaciones sociales en esos años de pandemia. Se menciona que el Instituto Campechano formó parte de un estudio que se replicó en 11 Universidades mexicanas y una de Colombia, trabajo investigativo coordinado por académicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (Brian, et al., 2021).

En el desarrollo de la investigación se realizaron las gestiones formales entre ambas escuelas para formalizar la vinculación institucional, los participantes tenían la edad promedio de 28 años, el 85% eran de sexo femenino y el 15% masculino. No se determinó muestra, se contempló la colaboración del total estudiantado inscrito del primero al octavo semestre de la disciplina del Campus IV ubicado en el municipio de Hecelchakán y el Campus V que opera en la cabecera municipal de San Francisco de Campeche.

Diseño

Se utilizó el enfoque cuantitativo, que refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación; su alcance fue descriptivo, mediante el cual se especificaron las propiedades y las características de las personas para su análisis (Supo, 2012), en este caso, el estudiantado de la licenciatura en trabajo social del Instituto Campechano.

Es importante señalar, que las ciencias sociales están viviendo un proceso de transformación, no sin resistencias y dificultades. Existe una interrelación entre las teorías de la complejidad en diversos campos del

conocimiento, la complejización de la realidad social y la correspondiente de las ciencias sociales. Las diversas vertientes de la complejidad desafían e invitan a buscar novedosas respuestas en las ciencias sociales y, a su vez, las ciencias sociales aportan nuevos retos y reflexiones a la complejidad (Luengo, 2019).

Desde esa óptica, el estudio de las relaciones sociales del estudiantado universitario durante la Pandemia por Covid-19, retoma la perspectiva del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, que consiste en un enfoque ambiental sobre el desarrollo de las personas mediante los diferentes ambientes en los que se desenvuelve e influyen de forma directa en su cambio y su desarrollo cognitivo, moral y relacional. Lo conforman cuatro sistemas: *microsistema* (interacción cara a cara-familia-), *mesosistema* (retroalimentación entre microsistemas- familia y trabajo-), *exosistema* (entornos en los que la persona no participa de una forma directa-lugar de trabajo de la pareja-) y *macrosistema* (engloba todos los factores ligados a la cultura y momento histórico-cultural en el que se desarrolla la persona- grupo étnico, clase social-) (Lifeder, 2020).

Desde esta postura se investiga en el estudiantado las relaciones que en el contexto de la cuarentena y el confinamiento se dieron entre estos y su entorno familiar y social, y como se modificaron en el periodo de los años de 2020 y 2021.

Recolección y análisis de datos

El instrumento de recolección de información se distribuyó mediante correo electrónico institucional del estudiantado, de dimensión auto administrado en formato de Google Forms, registrando la información en Excel. Los datos se procesaron mediante la estadística descriptiva, su manejo fue porcentual y la representación de resultado se concretó mediante tablas.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó con la anuencia de la población participante, mediante el consentimiento informado integrado al formulario

distribuido vía digital, con la libertad de responder o no el cuestionario. Los datos se manejaron de manera confidencial y solo para fines de investigación.

Resultados y discusión

Es importante mencionar que los resultados que se presentan del estudio sobre las relaciones sociales del estudiantado de la Escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano se realizaron en el contexto de la pandemia por el Covid-19, en los años 2020 y 2021, aplicando para ello la contrastación de los resultados obtenidos en ambos periodos.

Las aportaciones del estudio se realizan desde la perspectiva ecológica en la que el entorno aporta elementos sustanciales para el desarrollo de las personas, a través del proceso relacional con los otros. Se parte de la base de que el desarrollo humano se da en la interacción entre las variables genéticas y el entorno, determinando una serie de sistemas básicos que conforman las relaciones personales (Lifeder, 2020).

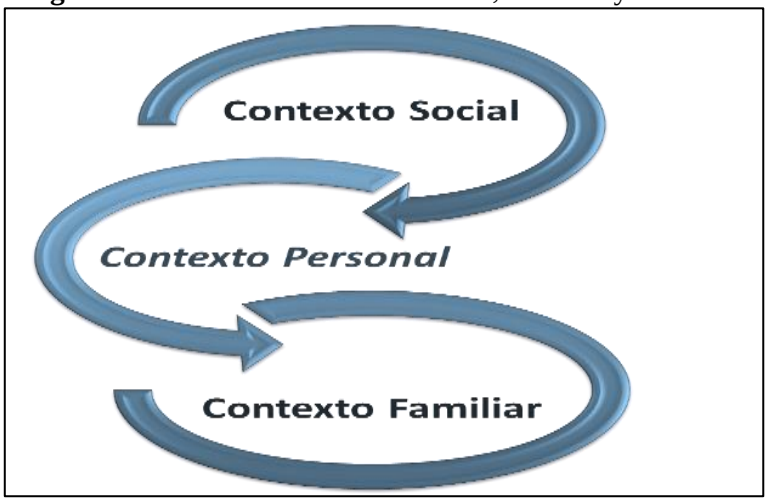
El enfoque ecológico determina una descripción clara de los cuatro sistemas –microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema-, en las condiciones de pandemia, es interesante como los límites en cuanto a lo relacional se traslapan en los entornos que contempla el enfoque ecológico. En ese sentido, las interrelaciones del microsistema –familia- se entrelazan, desde ese espacio físico, con relaciones que tienen lugar en el mesosistema, exosistema y macrosistema.

Ejemplificando lo anterior, la percepción de que el espacio físico de la familia, considerado privado, cambió a ser público, fue evidente dado que, mediante las pantallas de las computadoras, se compartieron sin proponérselo y sin intención de ello, además de las condiciones físicas del hogar, situaciones e interrelaciones al interior del hogar y la familia que se consideraban íntimos.

Para el análisis de los resultados del estudio de las modificaciones de las relaciones sociales del estudiantado universitario durante la

pandemia por Covid-19, se hará retomando el enfoque ecológico considerando tres contextos explorados: social, familiar y personal.

Figura 1. Contextos de Análisis: Social, Familiar y Personal.



Fuente. Elaboración propia.

Contexto Social- Relaciones Sociales

Durante la cuarentena y posteriormente durante el confinamiento por la pandemia que se enfrentó en los años 2020 y 2021, el estudiantado refiere que sus *relaciones sociales* se modificaron de manera positiva en el 2021, en este año el comportamiento en la condición "*mejoraron"* y "*se mantienen igual"* incrementaron de manera positiva en comparación con el año 2020, correspondiendo 8% y 26% respectivamente; respecto a la condición *"empeoraron"* se obtuvo que disminuyó (-34%) en el año 2021, lo que se traduce en un porcentaje favorable para las *relaciones sociales*, específicamente para el entorno *contexto social.*

La condición *"mejoraron"* presentó un porcentaje favorable cercano al 50% en el año 2020, periodo en que fue el inicio de la pandemia y el en cual se presentaron cambios drásticos y dramáticos en la dinámica social; sin embargo, se infiere que, en el caso de los universitarios del Instituto Campechano, el confinamiento les permitió que sus relaciones sociales mejoraran. Al respecto hay que considerar que los jóvenes para

ese año ya disponían de recursos digitales y de las redes sociales como medios de comunicación, por lo que probablemente esas condiciones condujeron a que mejoran sus relaciones sociales.

La condición *"empeoraron"* presentó un porcentaje desfavorable cercano al 50% en el año 2020, lo que es coincidente con el inicio de la pandemia y el en cual se vivió una dinámica social compleja derivada de las medidas sanitarias, las perdidas familiares por las defunciones, enfermedad, perdida de trabajo de los padres, entre diversas situaciones que se vivieron entorno a ella, inexistente o insuficiente recursos digitales, deficiente conectividad, etc., a pesar de todo eso, la disminución porcentual en esta condición en el año 2021 es significativamente favorable.

Analizando los resultados de forma general, en el año 2020 el comportamiento de las relaciones sociales en los jóvenes se encontraba dividida, la mitad en la condición *"mejoraron"* y la otra mitad *"empeoraron"*, ya en los dos párrafos anteriores se expusieron las ideas que se presume causaron ese comportamiento.

Lo rescatable del estudio es que, en el año 2021 las modificaciones fueron favorables en las tres condiciones estudiadas, esto de acuerdo con la información reportada por los participantes del estudio, concluyendo que en el contexto social durante el periodo de los dos años de la pandemia se presentaron aspectos y/o situaciones que permitieron sobrellevar las relaciones sociales (*Tabla 1).*

En lo social, nadie sabe cómo será el mundo después del coronavirus, hay muchas teorías y análisis, y de eso se trata un poco, de imaginar y crear desde ya ese futuro, analizar lo que está sucediendo hoy para identificar señales que guíen para crear formas de vivir más armónicas, que generen mayor valor y estén en equilibrio con el ecosistema (Sierra, 2020).

La realidad muestra las brechas históricas que la pandemia ha acentuado, la Comision Económica para America Latina (CEPAL, 2020) reitera que es el momento de implementar políticas universales, redistributivas y solidarias con enfoque de derechos, para no dejar a

nadie atrás; así, las respuestas en materia de protección social deben articular las medidas de corto plazo necesarias para atender las manifestaciones más agudas de la emergencia (garantía universal de ingresos, acceso universal a las pruebas y a la atención médica, a los servicios básicos y a la vivienda, a la alimentación adecuada y a la educación), con otras de mediano y largo plazo (salud universal, estrategias de inclusión laboral en el período de la recuperación), orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas mediante el fortalecimiento del Estado de bienestar y la provisión universal de protección social.

Tabla 1

Durante la cuarentena/confinamiento ¿se modificaron las relaciones sociales*?*

Condición	2020 (%)	2021 (%)	Dif (%)
Mejoraron	48	56	+8
Se mantienen igual	5	31	+26
Empeoraron	47	13	-34

Fuente. Elaboración propia.

Contexto familiar

La emergencia derivada de la pandemia obligó a las familias a asumir dificultades relacionales entre sus integrantes, en la necesidad de redistribuir sus funciones y establecer los roles vinculados al manejo del o los enfermos, ocasionando un fuerte desequilibrio, además de adaptarse a la nueva situación para conservar una cierta estructura y organización, lo cual ha exigido una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, las funciones asignadas y su sistema de creencias. La familia se vio afectada en diferentes esferas tales como el bienestar emocional y físico, así como en la economía familiar y la red de relaciones sociales y familiares (Femat y Ortiz, 2021).

Los cambios en la esfera familiar son diversos y multifactoriales, conlleva situaciones desde procesos de enfermedad por la pandemia, pérdidas de familiares, relaciones interpersonales, de economía, de alimentación, de dificultades en el compartimiento de espacios ante el surgimiento de nuevas necesidades, la redistribución de actividades

domésticas, hasta las relacionadas con la vida sexual de los integrantes de la familia, principalmente de las parejas que cohabitan la vivienda.

Los resultados obtenidos en el estudio, en cuanto al contexto familiar, en el mismo periodo de cuarentena/confinamiento, respecto al cuestionamiento: ¿en tu familia se han enfrentado los siguientes problemas?, entre las que se contemplan cinco condiciones: malos entendidos y discusiones, desorganización, violencia y agresividad, desintegración familiar y ninguno.

Los resultados obtenidos muestran que entre el 2020 y 2021 de las cinco condiciones enunciadas, tres de ellas reportaron incremento en el porcentaje: "*malos entendidos y discusiones", "desorganización" y "desintegración familiar"*, con 26%, 29% y 9% respectivamente, lo que es desfavorable considerando que se trata de situaciones negativas; por el contrario, los dos restantes: *"violencia y agresividad" y "ninguno",* muestran decremento en el porcentaje (-19% y -31%) lo cual es positivo.

En cuanto al análisis por año, en el 2020, al inicio de la pandemia la condición que reportó incremento desfavorable fue *"violencia y agresividad",* la conjetura es que en el contexto familiar el proceso de adaptabilidad ante las circunstancias del confinamiento, exigió una convivencia obligada y puntualmente delimitada en los espacios físicos de las viviendas, muy probablemente un número considerable de estas con áreas insuficientes y no adecuadas a las necesidades para el desarrollo de las actividades que requerían realizar cada miembro de la familia.

La Organización Mundial de la Salud ha reportado un aumento del 60 por ciento de violencia familiar a nivel global. La violencia y el consumo de drogas son dos fenómenos articulados, es decir, si una familia vive episodios violentos, se puede desencadenar el uso de drogas entre los integrantes, sobre todo en los niños y los jóvenes; y si hay exceso de alcohol por parte de los adultos, hay más riesgo de episodios conflictivos" (Gobierno de México, 2020)**.**

Medina (2020) expone que la situación de aislamiento, sumada al confinamiento, con más el agregado de la severa crisis económica que vive el país —que afecta en mayor medida a las clases sociales de menores ingresos económicos—contribuye al crecimiento de la violencia doméstica y a la violencia de género, a la vez que favorece el empeoramiento de la situación de la mujer por el crecimiento de las situaciones de cuidado.

Un estudio realizado con salvadoreños concluyó que la limitación de la movilidad y el confinamiento domiciliar están asociadas a emociones negativas como el estrés, la ansiedad y la depresión; los resultados revelan que la erosión de la calidad de las relaciones familiares parece ser uno de los costos más relevantes que los participantes perciben de las condiciones de cuarentena domiciliar (Orellana y Orellana, 2020).

En el caso de los universitarios, las exigencias personales eran desde disponer de un espacio privado para tomar las clases virtuales, hasta disponer de conectividad, sumándose a la incertidumbre sobre su trayectoria escolar y la aprobación de sus asignaturas. Por otra parte, al permanecer en la vivienda era casi inevitable el involucramiento en actividades diversas del hogar.

Además de lo mencionado, se agrega lidiar con las presiones para el cuidado sanitario, enfrentar el miedo de contraer el Covid-19 o de que algún integrante de la familia se enfermara, pérdidas económicas derivadas de la pérdida del empleo de algún miembro de la familia, así como enfrentar el riesgo de morir o el fallecimiento de algún familiar.

Las situaciones descritas, son propicias para desencadenar presión socioemocional, cuanto más en los jóvenes que ante medidas sanitarias y el asilamiento tuvieron que cambiar la dinámica y horarios de sus actividades, la forma de relacionarse; todo ello, coadyuvan a escenarios relacionados con “violencia y agresividad”, identificada en el contexto familiar con el porcentaje más alto (23%), según información descrita por el estudiantado, durante el año 2020 que marcó el inicio de la pandemia.

En el año 2021, el segundo de la pandemia, el contexto familiar tuvo modificaciones desfavorables, según se observa en el comportamiento de las cifras obtenidas, dado que se obtuvo incremento negativo en cuatro de las cinco condiciones investigadas: “malos entendidos y discusiones”, “desorganización”, “desintegración familiar” y “ninguno”, con el porcentaje de 38%, 38%, 11% y 9% según el orden enunciadas; la que tuvo un cambio favorable, al disminuir su porcentaje fue la condición “Violencia y agresividad” (Tabla 2).

Tabla 2
Durante la cuarentena/confinamiento ¿en tu familia se han enfrentado los siguientes problemas?

Condición	2020 (%)	2021 (%)	Dif (%)
Malos entendidos y discusiones	12	38	+26
Desorganización	9	38	+29
Violencia y agresividad	23	4	-19
Desintegración familiar	2	11	+9
Ninguno	40	9	-31

Fuente. Elaboración propia.

Los resultados obtenidos en el contexto familiar, en particular en los aspectos de las relaciones al interior de ella, convienen con los observados en el estudio realizado con universitarios de la FES de Iztacala UNAM, respecto a identificar los conflictos familiares que se presentan ante el confinamiento social por COVID 19, los resultados del estudio mostraron mayor frecuencia en la violencia física, psicológica y verbal en la convivencia familiar (Robles, et al, 2021).

Contexto personal

El tercer escenario estudiado es el *contexto personal*, para investigar sobre él se determinó explorar siete situaciones individuales en el estudiantado de la Licenciatura en Trabajo Social del Instituto Campechano: ansiedad/angustia, depresión/tristeza, miedo/inseguridad, enojo/irritabilidad, hartazgo, cansancio extremo e insomnio.

En el comparativo del año 2020 y 2021, los resultados muestran un aumento que oscila entre el 22 al 66 por ciento en las siete situaciones,

todas planteadas con conceptos desfavorables, por lo que, de acuerdo con los resultados porcentuales se identifica el *contexto personal* como el más afectado entre los tres contextos explorados durante la cuarentena y el confinamiento por la pandemia.

De las ocho situaciones personales afectadas en el estudiantado las tres con mayor incremento fueron: *enojo/irritabilidad (66%), cansancio extremo (64%), y miedo/inseguridad (60%),* las cuales se posicionan con un porcentaje superior al 60%, que las identifica como importantes.

En sentido contrario, también se subrayan aquellas que se observaron con menor porcentaje: *ansiedad/angustia (22%) y depresión/tristeza (31%);* aun cuando no se ubican en los extremos porcentuales, hay dos situaciones que presentan cifras elevadas: *insomnio (54%)* y *hartazgo (51%),* por tanto, han de considerarse importantes en razón de que alcanzaron más del 50% en la población participante, y llama la atención que se relacione con una necesidad básica para todo ser humano como es la ausencia de sueño.

Para los jóvenes de entre 14 y 21 años, la situación que ha generado la pandemia es la gran prueba de sus vidas; las personas que implementan la filosofía de "a mal tiempo, buena cara" lo van a poder sobrellevar mejor, sin embargo, un grupo muy golpeado son los adolescentes, que al no poder estar con sus amigos y hacer lo que les gusta, se sienten aislados y frustrados (Acevedo, 2020).

En el análisis por año, en el 2020 las situaciones personales negativas no rebasaban el 25%, la *ansiedad/angustia (25%),* fue la que alcanzó el porcentaje más alto, antecedida de *enojo/irritabilidad (18%)* y *miedo/inseguridad (13%).* Con menor porcentaje se encontró hartazgo (4%) y cansancio extremo (6%).

En el 2021, el segundo año de pandemia, se posicionaron en los porcentajes más altos: *enojo/irritabilidad (84%), insomnio (76%)* y *miedo/inseguridad (73%),* muy cerca de las tres se ubicó *cansancio extremo (70%).*

Las que presentaron menor porcentaje fueron: *depresión/tristeza (42%), ansiedad/angustia (47%)* y *hartazgo (55%)*; cabe significar que, aunque presentan los porcentajes más bajos, tienen una representatividad importante al encontrarse presente en más del 40% de los universitarios.

Es relevante señalar las modificaciones que se presentaron en el *contexto personal*, ya que dos de las situaciones que presentaban menor porcentaje en el 2020, en el 2021 se posicionaron con porcentajes medios, siendo el caso de *"cansancio extremo"* y *"hartazgo" (Tabla 3).*

Los resultados del contexto personal, coinciden con la información proporcionada por Hugo Morales Ortiz, jefe del Departamento de Psicopedagogía del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la UNAM, quien explicó en una entrevista que los efectos emocionales del COVID-19 en los jóvenes son "el enojo, se alteran fácilmente, se desesperan, hay ataques de furia, de rabia, de ansiedad, de impotencia; también tienen miedo de lo que les espera, de sí podrán estudiar, si van a pasar sus clases, si no hay los medios y apoyos necesarios" (HumanidadEs Comunidad, 2021), situaciones que se encontraron en el estudiantado universitario del Instituto Campechano, respecto al enejo/irritabilidad y miedo/inseguridad.

Según un estudio mundial realizado por UNICEF y GALLUP en 21 países como parte del proyecto "Changing Childhood", alrededor de uno de cada cinco jóvenes de entre 15 y 24 años afirmó que a menudo se sentía deprimido o tenía poco interés por hacer planes (UNICEF, 2021). La interrupción de las rutinas, la educación, la recreación, así como la preocupación por los ingresos familiares y la salud, hace que muchos de ellos se sientan temerosos, enojados o preocupados por su futuro (ONU, 2021).

Tabla 3

En este periodo de pandemia has experimentado

Situación	2020 (%)	2021 (%)	Dif (%)
Ansiedad/Angustia	25	47	+22
Depresión/Tristeza	11	42	+31
Miedo/Inseguridad	13	73	+60
Enojo/Irritabilidad	18	84	+66
Hartazgo	4	55	+51
Cansancio extremo	6	70	+64
Insomnio	22	76	+54

Fuente. Elaboración propia.

En el análisis realizado de las situaciones y/o condiciones en los tres contextos –social, familiar, personal-, se identifica que el *contexto social*, referido a las relaciones sociales del estudiantado universitario, es el que presentó menor repercusión en el periodo de cuarentena y confinamiento. La condición que prevaleció fue que las relaciones sociales *"se mantuvieron igual"*, observándose una tendencia de mejoría del año 2020 al 2021 al subir el porcentaje de la condición *"mejoraron"*.

En el *contexto familiar* las situaciones y/o repercusiones se hicieron presente con porcentajes superiores a los obtenidos en el contexto social, en específico en dos aspectos en los que se encontró los porcentajes más desfavorables *"desorganización"* y *"malos entendidos y discusiones"* en el seno familiar, encontrando en la comparación del año 2020 al 2021 una tendencia positiva al disminuir el criterio de *"ninguno"* para incrementarse el criterio de *"mejoraron"*, haciendo referencia a la inexistencia de alguna condición negativa en el contexto familiar.

En el *contexto personal*, se concluye que, de los tres contextos, este es el que obtuvo porcentajes más altos en las situaciones/condiciones desfavorables, por lo que la esfera personal es la de mayor afectación durante la cuarentena y el confinamiento. En el *contexto personal* se identificaron dos situaciones desfavorables de mayor presencia *"enojo/irritabilidad"* y *"cansancio* extremo", relacionadas con los cambios en las actividades y horarios del estudiantado, principalmente en la esfera académica, sin soslayar aquellos que se ubican en el ámbito de la dinámica familiar y social.

En el orden de afectación, el contexto personal se ubica en primer lugar, en segunda posición el contexto familiar y el que presenta menor repercusión es el contexto social en el que se contemplaron las relaciones sociales; en razón de ello, se infiere que las redes de comunicación digital contribuyeron a que las afectaciones en esta esfera fueran menores.

El enfoque ecológico aplicado al estudio realizado permite identificar la diversidad de situaciones problemáticas en el campo de las relaciones sociales de la población participante, a través de una visión holística, pero también identificar las necesidades de los contextos para intervenir de manera asertiva en ella.

Conclusiones

Los resultados dan pauta para que se continúen estudios con relación a las modificaciones y repercusiones derivadas de la pandemia en el estudiantado universitario, considerando que estos se desarrollen desde un enfoque integral.

Así también, es pertinente que las universidades diseñen proyectos dirigidos al estudiantado como parte de la atención integral de la Instituciones de Educación Superior (IES), priorizando en estrategias de intervención en los contextos que presentan mayor repercusión y/o afectación; como se visualiza en el estudio realizado, el área personal de la salud mental es un tema pendiente de atender con prontitud en los universitarios.

Valorar la transcendencia que tendría la generación de profesionales de las diferentes disciplinas, además de contar con un conocimiento específico, disponer de una estabilidad socioemocional; sin duda, los costos-beneficios se esperan sería muy positivos, con repercusión no solo en el entorno universitario, sino también en los grupos sociales y el colectivo.

Referencias

Acevedo, A. (2020). *Semana, Psicología*. Obtenido de La pandemia y sus efectos en la familia: En:
https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/coronavirus--los-efectos-de-la-pandemia-en-la-familia/667187/

Ariño, A., Martínez, M., Llopis, R., Pons, E., & Prades, A. (2019). Via Universitària: Accés, condicions d'aprenentatge, expectatives i retorns dels estudis universitaris (2017-2019). *Xarxa Vives*, 6-44.

Barrero, E., Morales, M., Panerai, J., & Espinosa, R. (09 de Julio de 2020). Reflexiones y propuestas desde la psicología: Docencia, familia y comunidad ante los desafíos actuales y futuros. Colombia, Chile, Brasil y México.

Brian, M.-L., Ornelas, A., & Tello, N. (2021). *Situación del estudiantado de trabajo social a un año de la pandemia.* México: UNAM-ENTS.

Casali, A., & Torres, D. (2021). Impacto del COVID-19 en docentes universitarios argentinos: cambio de prácticas, dificultades y aumento del estrés. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*, 423-431.

Comision Económica para America Latina (CEPAL). (2020). *El desafío social en tiempos del COVID-19*. Obtenido de https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19

Femat, M. D., & Ortiz, A. (2021). Algunas consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la familia y la salud mental. . *Salud Problema*, 91-110.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021*. Obtenido de https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021

Gobierno de México. (2020). *COVID-19: impacto de la pandemia y atención integral de la salud. Cuidar al que cuida.* Obtenido de https://www.gob.mx/salud%7Ccij/articulos/covid-19-impacto-de-la-pandemia-y-atencion-integral-de-la-salud-cuidar-al-que-cuida

HumanidadEs Comunidad (2021). Consecuencias emocionales por la pandemia en las y los Jóvenes. *HumanidadEs Comunidad -UNAM Dirección General de la Divulgación de las Humanidades*. Obtenido

de https://www.humanidadescomunidad.unam.mx/consecuencias-emocionales-por-la-pandemia-en-las-y-los-jovenes/
Kryukova, T., Ekimchik, O., Opekina, T., & Shipova, N. (2020). Estrés y afrontamiento en una familia autoaislada durante la pandemia de COVID-19. *Psicología Social y Sociedad*, 11.
Lacomba, L., Valero, S., Postigo, S., Pérez, M., & Castilla, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la COVID-19: un estudio de díadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 66-72.
Lifeder. (2020). *Ciencia*. Obtenido de Modelo Ecológico de Bronfenbrenner: sistemas y críticas: https://www.lifeder.com/modelo-ecologico-bronfenbrenner/.
Luengo, E. (2019). *Gazeta de Antropología, Ciencias sociales y complejidades, hacia un diálogo de mutuo aprendizaje.* Obtenido de http://www.gazeta-antropologia.es/?p=5144
Medina, G. (2020). Familia y coronavirus. 10 claves para comprender su relación jurídica . *LA LEY*, 1-10.
Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2021). *UNICEF- La pandemia de COVID-19 dejará una "huella imborrable" en la salud mental de niños y jóvenes*. Obtenido de https://news.un.org/es/story/2021/10/1497862
Orellana, C., & Orellana, L. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19. *Actualidades en Psicología, vol. 34, núm. 128*, 103-120.
Orte, C., Nevot, L., & Ballester, L. (2020). Apoyo familiar ante el Covid-19 en España. *ResearchGate*, 1-10.
Programa de las Naciones Unidas (PNUD). (2020). *COVID-19 y Objetivos Mundiales-Cómo una pandemia podría alterar la "hoja de ruta" de la humanidad*. Obtenido de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: https://feature.undp.org/covid-19-and-the-sdgs/es/
Posada, S., Bejarano, M., Rincón, L., Trujillo, L., & Vargas, N. (2021). Cambios en las relaciones interpersonales de los jóvenes

universitarios durante la pandemia. *Revista Habitus Semilleros de Investigación*, 1-12.

Rico, C., Vargas, G., Poblete, F., Carrillo, J., Gallegos, J., Mena, B., . . . Reséndiz, J. (2020). Hábitos de actividad física y estado de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Espacios*, 1-10.

Robles, A., Junco, J., & Martínez, V. (2021). Conflictos familiares y económicos en universitarios en confinamiento social por covid-19. *Cuidarte; 10(19)*, 43-57.

Sierra, A. (2020). ¿Cómo será el mundo después del coronavirus? En A. y. Vázquez Atochero, *Reflexiones desconfinadas para la era posCOVID-19.* (págs. 247-263). Badajoz, España: AnthropiQa 2.0.

Supo, J. (2012). *Seminario de Investigación Científica.* Obtenido de Biostadístico.com: http://seminariosdeinvestigacion.com/sinopsis

Dificultades sociales que viven las mujeres con diabetes tipo 2 en zonas serranas de Sinaloa para el acceso y apego al tratamiento

Gladis Zulema Acosta Moreno[11]
Rosario Edith Ortiz Félix
Gloria Isabel Camacho Bejarano

Resumen

La diabetes mellitus tipo 2, es considerada un problema epidemiológico que está afectando a todos los grupos sociales, pero al momento la población más afectada son las mujeres. La obesidad, la inadecuada alimentación, el sedentarismo, los roles de género y las dificultades del acceso a los servicios médicos son algunos factores de riesgo de esta patología y un sector de la población que posee dificultades para el acceso y seguimiento del tratamiento son las mujeres adultas de las zonas serranas de Sinaloa. El objetivo de este trabajo fue comprender las dificultades de acceso y apego al tratamiento de las mujeres de la zona serrana de Sinaloa, desde su propia perspectiva, por lo que se planteó un estudio de enfoque cualitativo-transversal, de alcance exploratorio descriptivo, con el uso de la entrevista y cédula socioeconómica. Los principales resultados de este estudio con respecto a las dificultades, es la inseguridad alimentaria de la región, hábitos alimenticios, los roles de género que dificultan el horario de las comidas, el olvido de la toma de medicamentos, el cuidado de los miembros de la familia, así como el traslado hacia las instituciones de salud para seguimiento adecuado de su condición de salud y recibir medicamentos.

[11] Universidad Autónoma de Sinaloa. Facultad de Trabajo social Culiacán

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 es considerada un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de quienes la padecen, debido a los costos por el tratamiento y los cuidados requeridos. Actualmente, esta enfermedad es considerada una pandemia por la alta prevalencia de muerte a nivel mundial; desde el 2000 esta enfermedad es una de las diez causas principales de muerte en todo el mundo. La diabetes se caracteriza por los niveles elevados de glucosa en la sangre, siendo la diabetes tipo 2 (DT2) la más común, la cual afecta generalmente a la población adulta, y la diabetes tipo 1 es la menos común, se caracteriza porque el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no se produce en cantidades suficientes (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2023 y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

De acuerdo con la OMS (2023) y OPS (2023), la prevalencia de DMT2 en el mundo fue de 420 millones y en la región de las Américas 62 millones de personas. En el 2019, murieron en América 284 049 personas por DT2, con una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 20. 9 por 100.000 habitantes. En el caso de México, para el 2020 hubo una tasa de 151 019 personas que fallecieron a causa de DT2, lo cual equivale a 14% del total de defunciones (1 086 743) ocurridas en el país; 78 922 defunciones en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%) (Instituto Nacional de Estadística y Geográfica [INEGI), 2021).

Esto hace que la DT2 sea un tema prioritario para la salud pública, creando acciones de atención y prevención de la enfermedad desde las instituciones sanitarias plasmados en los programas de preventivos como el Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas del Instituto del Seguro Social (IMSS), MIDE (Manejo Integral de Diabetes por Etapas) basado en siete comportamientos del autocuidado del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Programas de Acción Específicas de Promoción a la Salud 2020-2024, y Cardio metabólicas de la Secretaría de Salud (SSA).

Sin embargo, a pesar de las acciones de las instituciones de Salud sobre la atención y prevención de la diabetes, la presencia de esta enfermedad en la población adulta mexicana y en el mundo va en

aumento, se estima que para el 2030, las cifras de personas con diabetes aumenten a 578 millones y 700 millones en 2045 (Federación Internacional de la Diabetes, 2019). Las edades donde se ha observado un diagnóstico de la enfermedad son en la población adulta de 60-69 años (25.8%) que representa el 2.3 millones de personas y en el caso de las mujeres de esta edad se presenta la prevalencia más alta con 35.6% (1.4 millones) (INEGI, 2021).

Los principales factores de incidencia en la presencia y aumento de la enfermedad, según Buichia-Sombra y otros (2020) son aquellos aspectos relacionados con la situación socioeconómicas y socioculturales de los pacientes que dificultan el apego al tratamiento de quienes ya son atendidos por las instituciones de salud. La adherencia al tratamiento es "comportamiento activo, automatizado y autodirigido del paciente, que implica el compromiso consigo mismo y con los profesionales de la salud que lo atienden, con el fin de alcanzar los objetivos biomédicos relacionados con el tratamiento, la adopción de un estilo de vida más saludable, y el mejoramiento de su calidad de vida en consonancia con su proyecto vital" (Martin, 2004 como se citó en Herrera -Delgado et al, 2019, pág. 58).

La adherencia al tratamiento según Figueroa (2010) involucra factores como la cultura, creencias, conocimientos, capacidad de resiliencia, sentimientos y sensaciones, así como factores relacionados con el ambiente, el contexto familiar, comunitario, factores asociados al contexto económico, como gastos de tratamiento, terapias, acceso a los servicios de salud y factores de socialización y aceptación de la información dada y trato del profesional de salud al paciente.

Por otra parte, Carrillo (2018) menciona que es necesario trabajar en estrategias de autocuidado, específicamente en los factores que afectan la enfermedad si se abusa o no se realizan de forma adecuada, tales como el peso corporal, la actividad física, consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio según su alimentación adecuada y aquellos factores que condicionan estas prácticas de autocuidado son la edad, sexo, el sistema familiar, la educación, aspectos socioculturales, creencias, costumbres, la disponibilidad de recursos, hábitos, y prácticas de las familias y las comunidades a las que pertenecen.

El grupo vulnerable que presenta mayor dificultad para el apego al tratamiento terapéutico son las mujeres que padecen la enfermedad. Los principales factores de incidencia son las desigualdades sociales en cuanto al género, nulo o bajo salarios, niveles bajos de educación, problemas de salud mental, de funcionalidad física y un peor autocuidado, donde se incluyen los estilos de vida (Sandín, et al, 2011). De esa manera se relaciona que la mujer al presentar mayores factores relacionados con el desapego al tratamiento por las cuestiones de desigualdad social coincide con la mayor prevalencia y muerte de mujeres que padecen esta enfermedad.

Aunado a los factores identificados que se relacionan con el desapego al tratamiento de las mujeres y la prevalencia de muertes por este padecimiento, existen grupos de mujeres de las zonas serranas caracterizadas por la pobreza extrema y condiciones geográficas donde se dificulta el acceso a los servicios de salud, donde se ve agudizado la presencia de la enfermedad y visibilizadas todas aquellas dificultades que están presenten para que se tenga un apego al tratamiento adecuado, como lo es la población con carencia social del Estado de Sinaloa.

El Estado de Sinaloa se caracteriza por tener población en pobreza y pobreza extrema, específicamente en las zonas serranas y comunidades inmigrantes. Las estadísticas muestran que el 2018, el 3.1% de la población estuvo en situación de pobreza y para el 2020, el 28.0% solo el 2.2% y 2.4% en pobreza extrema (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2022), según este organismo entre el 2018 y 2020, el porcentaje de la población en situación de pobreza aumentó de 41.9% a 43.9%. El porcentaje de la población en situación de pobreza extrema presentó un incremento de 7.0% a 8.5% entre 2018 y 2020. Las personas con pobreza extrema se encuentran en los municipios de Badiraguato con 16.5%, Choix, 14.2% y Cosalá con 11.7%, municipios que están ubicados en la zona serrana de Sinaloa.

El mismo organismo CONEVAL (2022), mencionó que en el 2020, la carencia por acceso a la seguridad social fue la que tuvo mayor incidencia en la población de Sinaloa, con mayor afectación en el rubro de la carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad con

29.3%, como segunda carencia es el acceso a los servicios de salud de 20.0% para el 2020. En el caso de la población femenina, la presencia de la carencia de seguridad social fue más elevada que la de los hombres con 36.7%. La segunda carencia fue el acceso a la alimentación nutritiva y de calidad, con 21.7% y acceso a los servicios de salud con el 16.7 % para el 2020.

En el caso de Sinaloa Municipio, entidad a la que pertenece la comunidad de Las Huacapas, la cual es parte de la muestra de este estudio, la mayoría de las poblaciones se encuentran en zonas rurales, y por estar ubicado por donde atraviesa la Madre Sierra Occidental, la mayoría de las comunidades son serranas. El municipio cuenta con 95,521 habitantes, con 707 comunidades rurales, de las cuales la mayoría está ubicada en la zona Serrana, excepto los poblados con poblaciones más grandes, tales como: Estación Naranjo, Género Estrada, Gabriel Leyva Velázquez y Sinaloa de Leyva cabecera municipal. El nivel de pobreza moderada es de 37.8% y extrema de 7.6% y un 54.735% de la población que no cuenta con seguridad social, un 41% no cuenta con los servicios básicos y un 18.4% de alimentación (INEGI, 2021).

Se destaca que una de las principales carencias en el municipio es que la población no cuenta con seguridad social, es decir con servicios de salud y protección, lo que lleva a tener poblaciones vulnerables en cuanto a la atención a la salud, aspecto reflejado en la población más alejada de los poblados con mayor número de habitantes y la cabecera municipal. Y uno de los grupos con mayor rezago social, son las mujeres a quienes se les caracteriza por ser también una población que presenta mayor carga de enfermedades, como la diabetes.

Ante este panorama, desde la disciplina de Trabajo Social se reconoce conocer de forma detallada los factores sociales, económicos y culturales que afectan el apego al tratamiento, en la idea de tener un diagnóstico general de los condicionantes sociales y culturales de las mujeres en situación de vulnerabilidad para generar dispositivos pedagógicos con respecto al apego del tratamiento de las mujeres en la zonas serranas del Estado de Sinaloa, vinculados a las Instituciones de Salud, quienes llevan los servicios de salud a las zonas serranas por

medio de las Caravanas de la Salud y las Clínicas comunitarias de Salud.

Por lo que se planteó el objetivo de comprender los factores que influyen en el no apego al tratamiento de las mujeres con Diabetes Mellitus de la zona serrana del Estado de Sinaloa desde la mirada de las participantes.

Metodología

El diseño de este estudio se realizó desde el enfoque cualitativo, tipo exploratorio con el uso de la fenomenología como método de análisis y el uso de la entrevista semiestructurada y la observación no participante, como técnicas para la recogida de datos (Ruiz-Olabuenágana, 2012). Los instrumentos fueron un guion de entrevista que contiene datos sociodemográficos y preguntas sobre la adherencia al tratamiento. La muestra utilizada fue a conveniencia, se seleccionaron 7 mujeres que padecen Diabetes Mellitus 1 y 2, que habitan en la comunidad de Las Huacapas, quien posee 86 habitantes, pertenecientes a la entidad de Sinaloa Municipio. Esta comunidad se ubica geográficamente en las Zonas Serranas donde atraviesa la Sierra Madre Occidental, al este de las ciudades donde la población acude a recibir apoyo médico, servicios y compra de productos de sobrevivencia, tales como Guamúchil, Mocorito y Sinaloa de Leyva cabecera municipal de Sinaloa.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres de diferentes edades que tengan padecimientos de Diabetes Mellitus 2, pero que además estén en tratamiento médico y que desearon participar en el estudio. Los criterios de inclusión para la selección de las comunidades fueron que pertenecieran a la zona serrana del Estado de Sinaloa, con población adulta que tuviera padecimientos crónicos y que presentara dificultades de acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con las normas científicas y administrativas de los proyectos de investigación, se utilizó el consentimiento informado verbal y escrito como consideración ética, se les dio libertad para contestar las preguntas y retirarse de la investigación cuando ellas desearan. La validez de la investigación se fundamentó en la

implementación y la transcripción de las entrevistas de manera detallada y correcta, destacando que los hallazgos presentaron información de los participantes que cumplen con las preguntas y objetivos planteados.

Las características sociodemográficas de las 7 participantes del estudio son las siguientes: el estado civil de las participantes son cinco casadas y dos en unión libre, con edades de 39 a 75 años, su ocupación principal son amas de casa y solamente una de las mujeres se dedica al oficio de quiropráctico popular o como se les nombra coloquialmente en las zonas serranas "sobadora" o "componedora", 5 de ellas viven en familias extensas y 2 en familias denominadas nido vacío, según Díaz-Aguirre y otros (2022), los servicios médicos con los que cuentan o acuden a la atención a la salud son las Casas de salud, que forman parte del programa de "Caravanas de la Salud y Clínicas comunitarias" del Instituto Mexicano del Seguro Social, establecidas en comunidades estratégicas para atención de poblaciones de la sierra de Mocorito y Sinaloa Municipio.

Los padecimientos de las participantes del estudio en cuanto a la salud son principalmente la Diabetes mellitus 1 y 2, hipertensión, tiroides y sobrepeso, diagnosticados hace 10 años, otros 4 y 2 años, las cuales son atendidas por los profesionales de la salud de las Casas de Salud y Clínicas Comunitarias. No cuentan con transporte propio y utilizan el camión, bicicleta, motocicleta o carro; se organizan para utilizar un transporte privado para asistir a los chequeos médicos, pero en ocasiones asisten caminando.

Resultados del estudio

En relacion a las principales dificultades que enfrentan las mujeres para la adherencia al tratamiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) clasificó aquellos determinantes que inciden en la adherencia al tratamiento en cinco dimensiones: socioeconómicos, políticas de salud, en este caso del sistema sanitario, aquellos aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico, con la patología y factores que forman parte del paciente. En ese sentido se presentan los

resultados de esta investigación dirigida a mujeres diabéticas de la zona serrana del Estado de Sinaloa.

Dificultades socioeconómicas para comprar alimentos recomendados y asistencia a los chequeos médicos

Uno de los principales factores relacionados con la falta de adherencia identificados en las mujeres con Diabetes Mellitus de la zona serrana de Sinaloa, son aquellos aspectos estructurales como es la pobreza, manifestada en el bajo ingreso económico de las familias que pertenecen a la comunidad de Las Huacapas. En esta comunidad viven 25 familias, la mayoría adultos mayores, que su principal ingreso es la pensión que otorga el Gobierno Federal, el empleo temporal y el Programa Sembrando Vidas, por lo que el ingreso familiar es de 4000 mil pesos por mes en quienes reciben ingresos de los programas. El resto de la población subsiste por remesas de los hijos que viven en el extranjero poco frecuente y el autoempleo, tales como mecánicos, siembra de productos agrícolas por temporada, como el maíz para la subsistencia y cacahuate para el comercio.

El bajo ingreso es considerado para las mujeres con diabetes una dificultad que impide llevar una dieta saludable, la compra de medicamentos y el acceso a ellos. Con respecto a la alimentación las mujeres expresaron que el bajo ingreso impide sobre todo llevar una dieta variada y adecuada, aspecto que se dibuja en el siguiente fragmento de la entrevista:

> *Yo compro la insulina, cuando ellos no traen, me la dan por dos meses, pero muchas veces no traen, entonces yo tengo que ir a Guamúchil o Mocorito a comprarlo y a veces no tengo dinero pa todo, o compro el medicamento o cómo, nunca me he quedado sin él, porque prefiero comprar poquito mandado, lo que ocupo y no comprar cosas buenas, frutas, verduras (E 2, 8 de abril del 2023). Cuando no hay, tengo que comprarla, dejo un día dos (E5, 10 de abril de 2023).*
>
> *A veces que no hay con qué, a veces hay, a veces no hay para comprar lo que el doctor dice, dice que coman esto, coman aquello, esa es una dificultad que ¡No hay dinero! (E 1, 30 de abril del 2023).*

> *Ya vez que la dieta de un diabético sale cara, sale más cara la dieta de un diabético que la normal, de la alimentación normal, la dieta de un diabético sale más cara, tratas de comer lo más sano que puedas, aunque te salga un poco carito (E 2, 10 de abril de 2023).*

Con las expresiones anteriores de las mujeres sobre la falta de ingreso económico y el poco dinero que ingresa al hogar se analiza que el ingreso percibido no alcanza para el consumo de alimentos adecuados o recomendados por el doctor. Un aspecto que es necesario resaltar, es la ausencia de empleo en las comunidades de la zona serrana, aspecto que es mencionado por las mujeres es la siguiente expresión *"no hay de donde agarrar.* Se refiere a que en la comunidad no hay empleo o autoempleo para percibir un ingreso. Este aspecto es una característica de los problemas de pobreza extrema que viven las zonas serranas del Estado de Sinaloa, el cual es un factor estructural económico que incide en el desapego al tratamiento de las mujeres con diabetes mellitus.

En ese sentido autores como Pagés-Puidemiont y Valverde-Merino (2018), hacen mención que el pertenecer a una clase social baja o tener problemas económicos han sido considerados factores negativos para la adherencia al tratamiento. De la misma manera Toledo y otros (2020), hacen mención que las desigualdades sociales y económicas es uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad, lo que las diferencias de distribución y acceso a los recursos sociales, aspecto que afirman Ortega y otros (2018), mencionando que la pobreza, dificulta el acceso a la atención a la salud y los medicamentos.

Por otra parte, no se tiene una disponibilidad alimentaria, puesto que se consume solo lo que llevan a vender a la comunidad, aspecto que mencionan las sujetas de estudio. *Lo que vende" La papa barata" (E3). Compramos al verdulero que venga y lo que trae, es lo que se le compra, principalmente fruta, es lo que puedes comer (E2,).* Ante esa expresión es importante resaltar que, desde las observaciones de campo, se pudo identificar que la única venta de alimentos de frutas y verduras de la comunidad es de manera ambulante que asiste cada 10 o 15 días.

Además, se observó que los productos no son de buena calidad, por lo que también los precios son más bajos que los de la ciudad (Observación, 14 de abril del 2023) y comparando con el apodo que le asigna la comunidad al vendedor ambulante el "papa barata" un nombre coloquial que caracteriza lo que ofrece o vende, se empata con lo observado. Ante este detalle, se analiza que la inseguridad alimentaria de la región es un factor que tiene relación con los hábitos alimentarios que construyen los habitantes de una región, aspecto que señala Zaldívar (2022), al mencionar que es posible inferir que la inseguridad alimentaria de una región, donde la incapacidad económica, el acceso físico de los alimentos, determinan las cantidades en el consumo, gustos y necesidades alimentarias.

Otra de las dificultades es la asistencia a las instituciones de salud por causa del bajo ingreso, el cual no les alcanza para tener un transporte propio, esto dificulta la asistencia mensual pero que además somete a las mujeres con este padecimiento a enfrentarse a estrés para buscar transporte para trasladarse a la Clínica comunitaria (IMSS) ubicada en la comunidad de Cahuinahuato, perteneciente al municipio de Mocorito y que está a 21 km de distancia, de la misma manera a la Casa de Salud (SSA), que está a 2.8 km (Google mapas). Ante este aspecto las mujeres sujetas de estudio mencionaron lo siguiente….

> *A veces nos vamos caminando, nos agilamos a caminar haya a la caravana y a veces que hay raite (E1,).*
> *Cuando conseguimos raite, pero a veces nos vamos a pie, yo llego muy mal, me da un bajón de azúcar y he azotado (E2).*

En ese sentido la accesibilidad a los sistemas de salud se convierte en un problema debido a que la cobertura del Sistema Sanitario Mexicano no llega a los espacios más remotos donde se dificulta el acceso por cuestiones geográficas. Aunque la accesibilidad es un Derecho Humano obligatorio, artículo 4 constitucional (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2022) la implementación de la política en materia de salud no incluye de manera igual a las personas (Sánchez-Torreza, 2017). En este caso, quedan vulnerados el derecho a la salud por condición social y de salud las mujeres con padecimientos crónicos que no pueden llegar a los espacios en donde se presta el servicio de salud debido a la falta de transporte público y propio, así como la

condición de la enfermedad de quienes padecen altos niveles de azúcares y presión arterial alta, pues se les dificulta caminar en condiciones adversar por el clima.

Estilos de vida inadecuados (hábitos de consumo alimentario y poca actividad física)

Los estilos de vida son el conjunto de comportamientos que una persona pone en práctica de manera permanente en su cotidianidad, que puede ser de beneficio para la salud y evitar riesgos de enfermedades (Morales, 2007). En el caso de las mujeres que padecen diabetes de la zona serrana presenta dificultades para mantener rutinas permanentes en cuanto a la formación de hábitos saludables y actividad física. Con respecto a la conformación de hábitos alimenticios, tales como horarios, alimentos, formas de elaboración y consumo, entre otros (Bourges,1990), se les dificulta el consumo de alimentos saludables, o de evitar alimentos que son dañinos para su salud. Aspecto mencionado por las sujetas de estudio cuando se les cuestionó sobre las dificultades para seguir las recomendaciones de los doctores (ver las siguientes frases).

> *No pues sí eso sí, pues es que ya ves que tienes que dejar la tortilla, por el maíz, pero si come uno, ¿pues cómo uno la deja? (E5).*
>
> *Pos si, se me dificulta dejar lo que uno come normalmente, en el desayuno siempre como calentado, quesadillas, en la comida de todo, como mucho la carne y eso me hace daño y en la cena igual, quesadillas, frijoles, queso y hacía mucho de harina (E6).*
>
> *No, si me regañan para que no coma o tome coca, ¡pero yo soy la que traigo!* (lo dice en voz baja) *(E6, 10 de abril de 2023).*

Las frases de las sujetas de estudio mencionan dificultades en dejar los alimentos y bebidas que son dañinas, específicamente las tortillas y las bebidas azucaradas, el cual forma parte de la dieta cotidiana construida a lo largo de la historia; se les complica hacer el cambio o reducción del consumo y a menudo se enfrentan a situaciones dificultosas, ya que por un lado, la base de la alimentación mexicana es la tortilla, el cual está arraigada de manera subjetiva y en lo biológico como algo que le es imprescindible al cuerpo. Por otro lado, durante décadas han construido

gustos por las bebidas azucaradas formado ya parte de las dietas de las familias de las zonas serranas, esto se debe a que el consumo es mucho más frecuente que un agua fresca de frutas, esto es debido a la disponibilidad de frutas de la región (observación de campo, 2023).

Los alimentos más frecuentes que consumen de manera cotidiana son la tortilla, huevo con verdura, sopas, frijoles, tortillas de harina, carnes, pollo, etc. (ver las siguientes frases).

> *Como normalmente, en el desayuno siempre como calentado, quesadillas, en la comida de todo, como mucho la carne y eso me hace daño y en la cena igual, quesadillas, frijoles, queso y hacía mucho de harina (E6).*
> *Hago tortillas, después desayuno, pues papas con huevo, huevo solo, sopas con machaca, después veo las vacas y ya en la comida, hacemos sopas, lo que haiga y en la cena cualquier cosa (E5).*
> *Sopas (*voz baja*) ayer desayune nopales con machaca, sopitas, ahora desayune 4 claras de huevo, en la comida lo que hay, caldito de carne, compro pollo y lo frio … (E6).*
> *Yo si no como huevo, no es desayuno para mí, siempre le hecho sopitas y lo revuelvo, casi siempre los como así (E3,).*

Después de revisar los discursos sobre el consumo de los alimentos frecuentes, se analiza que las familias de las zonas serranas han conformado dietas alimentarias con pocos alimentos, donde predomina la base de la tortilla, frijoles, huevos, papas, queso, pastas, verduras, carnes, nopales y frutas como la manzana, que muchos de ellos al consumirlos de manera frecuente son dañinos para la salud. Las comidas con pocos nutrientes y muy frecuente ocasionan un déficit de nutrientes en el cuerpo, lo que lleva a una malnutrición (Castro-Vega et al, 2017).

Por lo tanto, se puede considerar que las dietas de las zonas rurales se convierten en estilos de vida poco saludables. En ese sentido Chisaguano y Ushiña (2015) mencionan, que los estilos de vida inadecuados aumentan las posibilidades de cursar complicaciones agudas y crónicas en los enfermos con diabetes, sin embargo, se discute que el problema de las dificultades para seguir un tratamiento adecuado

de los enfermos con diabetes de la población con pobreza, y ubicada en espacios geográficos donde no se tiene el acceso de la salud, es un problema que no está alcance de las políticas públicas diseñadas hasta este momento, debido a que se conjugan aspectos estructurales como la pobreza, dificultades geográficas, estilos de vida y subjetividades de las personas.

Si bien es cierto que la pobreza, los aspectos conductuales y subjetivos son reconocidos como determinantes sociales de la salud, algunos de ellos son modificables como los estilos de vida (OMS, 2020), sin embargo, estos determinantes modificables son factores que están presentes y que se han convertido en un problema social de salud, porque inciden en el desapego al tratamiento de las personas con diabetes, por lo que es prioridad para la agenda de salud, precisamente modificar estilos de vida en riesgo como la alimentación y el ejercicio físico, especialmente en establecer rutinas diarias de actividad física con propósito.

La actividad física es todo movimiento corporal parcial o total, que permite el gasto de energía que se hace para cubrir una necesidad física de la vida cotidiana (Arias, 2015). Las mujeres sujetas de estudio refieren hacer actividad física todo el día y que se les dificulta hacer ejercicio físico, como el salir a caminar o trotar, debido a la cantidad de labores domésticas que desarrollan, el cual usan de pretexto para establecer rutinas de ejercicio. (Ver los siguientes discursos).

> *Ahorita tengo rato que no camino, pero si caminaba, ya me voy a empezar a levantar más temprano porque ya no hay tanto frío, como sufro de alergia ambiental por no a caminar (E5).*
> *De ir a caminar, como rutina la mera verdad no (E3)*

Por otra parte, existe una confusión de función de la actividad y el ejercicio físicos, este último es una actividad física realizada de forma estructurada, repetida, sistematizada y que tiene un objetivo que es mejorar la capacidad física (Arias, 2015). En ese aspecto, las mujeres objeto de estudio mencionaron sopesar la actividad física que hacen de manera cotidiana en el hogar, como barrer patios, darle de comer y beber a las vacas y ordeñarlas es parte del ejercicio físico que hacen (ver siguientes discursos).

A mí me ayudado el caminar, como te digo, camina uno ahí, no va a caminar al camino, agarra una ruta, voy a caminar una media hora, no camino para haya, pero eso que corre pa ya, corre pa ca con las vacas, si me ayudado, yo siento (E).
Si no tuviera uno ese movimiento en la casa, porque uno no sale a caminar, estuviéramos peor (E3).

Roles de género que obstaculizan el tratamiento

El género como construcción social y base de la cultura general de la población está asociada a las conductas relacionadas con la salud, como por ejemplo los estereotipos y roles asignados culturalmente marcan pautas de riesgo a la salud, tales como los hábitos alimentarios y la actividad física. Pero además los roles de género asignados en las mujeres están vinculados al desapego del tratamiento farmacológico, específicamente en como las funciones de las mujeres en las dinámicas familiares las lleva a olvidar la toma de medicamentos. Aspecto identificado en los discursos de las mujeres con tratamientos farmacológicos para control de la diabetes, sujetas de este estudio.

La verdad a mi si se me olvida, si pues es cuando están con el afán de que los negocios y el trabajo, que estás ocupada (E2)
Hay veces que salgo a afanar paca y se me olvida tomármelo en la mañana, hay veces que no me acuerdo hasta en la noche me la tomo (E3).
Si me acuerdo, porque uno anda atareado en los afanes, si no me la tomo cuando me acuerdo en la mañana ya no me la tomo (E 6).

Los roles establecidos por el sistema patriarcal a las mujeres las ha situado en situaciones de vulnerabilidad social, pero además a la salud; el estado civil y la situación económica familiar, las relaciones de convivencia, los papeles de esposas y madres y empleo laboral se han convertido en determinantes sociales de la salud de las mujeres. Sin embargo, un aspecto adicional que sitúa a las mujeres en desigualdades en la salud, son las desiguales distribuciones de las responsabilidades familiares entre hombre y mujeres (Artarcoz, 2002).

Otro de los aspectos donde se ve afectada la mujer debido a sus roles de madres, esposas y el trabajo doméstico es en el desarrollo del ejercicio físico, ya que las mujeres de estudio hacen mención que se les dificulta salir hacer actividad física con propósito o establecer rutinas de ejercicio debido a que le dan prioridad a las actividades domésticas. (ver los siguientes discursos).

> *Hay muchas cosas que hacer en la casa y cuando uno termina de hacer las cosas, ya está bien fuerte el sol y en la tarde pues ya me da flojera (E1).*
>
> *Nombre que voy a hacer ejercicio, si con lo que hago aquí es suficiente, que corre palla, que corre pa ca (E3).*
>
> *Yo caminaba, caminaba mucho, solo que ahora me entro la flojera, le digo que anoche no dormí, hasta las cuanto de la mañana me dormí y me tuve que levantar a las seis de la mañana (E7).*

La falta de tiempo es para las mujeres el principal factor que les impide desarrollar ejercicio físico y su justificación son las actividades domésticas, ya que también son consideradas parte de su responsabilidad. Este es un papel construido que las identifica como madres-esposas, y hacer ejercicio físico es una negociación o un acuerdo entre parejas o miembros de la familia, pues requiere asignar actividades a otros. Este aspecto es argumentado por Ruiz et al. (2014) en el siguiente fragmento "el papel de esposa y madre forma parte de esta identidad, la cual implica la construcción de una subjetividad de pertenencia a la pareja y a su familia, estableciendo una relación de dependencia, lo cual limita tanto la toma de decisiones, como la disponibilidad de tiempo para sí misma" (p.713).

Desconfianza en el servicio médico y medicamentos

Una de las dificultades que están presentes en las subjetividades de las mujeres con diabetes de la zona serrana es la desconfianza en el tratamiento farmacológico y en los conocimientos de la enfermedad por parte los profesionales de la salud, así como maltratos o regaños de las pacientes que manejan muy altos niveles de masa corporal y azúcar. Con respecto a la toma de medicamentos las mujeres sujetas de estudio hacen referencia a que a veces no se toman el medicamento porque les

cae mal y tienen cierto temor por los nuevos medicamentos, así como resistencia a seguir tratamientos y atención médica de larga duración. (ver los siguientes discursos).

> *Me daban la Grangina y la Lechosa, pero esa nunca me la han dado, y me dieron la Metformina, pero esa me hizo daño, por eso no me la tome, ahora me dieron otra, la Metforzida, a ver cómo me cae, pues es que mi edad ya uno no se atreve a tomar tanta pastilla (E4).*

Los discursos de las sujetas de estudio, permiten analizar que existe cierta desconfianza en la toma de medicamentos, debido a la falta de conocimiento u orientación médica o de los profesionales de la salud con respecto al consumo del medicamento. En cual es uno de los factores identificados a la falta de apego al tratamiento de las personas con diabetes. El sector sanitario puede influir negativa o positivamente en el consumo de medicamentos, y un factor identificado es la falta de comunicación adecuada entre el paciente y el profesional de la salud (Ortega-Cerda, et al. 2018).

Pero además un factor social identificado en este estudio es la resistencia que tienen las mujeres a tener tratamientos largos, debido a la lejanía y dificultades del acceso a los servicios médicos, como lo menciona la sujeta de estudio número siete. *Yo creo que yo ya necesito que me cambien de medicamento, quisiera ir, pero a la vez eso va a hacer un ¡largooooo!, oyes va uno, ya vez el del pie, fui como seis ocho veces (E7).* Un efecto negativo que tiene el sector rural, son las dificultades al acceso a la atención médica, por distancias incompatibilidad de horarios en la atención y recogida de medicamentos (Ortega-Cerda et al, 2018).

Otro aspecto identificado que mencionaron las mujeres es el maltrato de los profesionales de la salud a los pacientes, por tener azúcar y presión alta (ver siguiente discurso).

> *Yo ya no fui pa la clínica ni a la caravana de la salud, porque iba pa la clínica y pasaba sentaaada yo, y sin comer y ya me empezaba sentir mal, entonces cuando ya me tocaba mi turno, una regañadota, trae la azúcar muy alta, la presión muy alta, es que en todas partes le toman el azúcar a uno y tienes que ir sin*

desayunar pues, yo a veces desayunaba y me salía alto, fui con el cardiólogo después, seguí y me pusieron la cita más larga, y fui pa la clínica, noooo, la rosita bien enojada (E7).

El no recibir instrucciones claras sobre el tratamiento, así como tener preinscripciones realizadas por diferentes profesionales también es un aspecto identificado que incide en el desapego al tratamiento (Ortega-Cerda, 2018). Sin embargo, esos aspectos señalados por el autor se dan en ocasiones por el maltrato de los profesionales, ya que se identificó en los discursos de las mujeres una inconsistencia en seguir el tratamiento, debido a que se presentó una incomprensión entre el personal de atención médica y el paciente, así mismo mala comunicación o desconocimiento del trato que deben de tener los pacientes con diabetes mellitus.

Así mismo se destaca que el maltrato o incomprensión de los médicos, enfermeros o profesionales de la salud provoca en los pacientes con diabetes se genere sentimientos de frustración, rechazo al profesional de salud, al tratamiento farmacológico y recomendaciones de para cambio de sus estilos de vida, pero además temor, miedos y angustia (Hoyos, et al 2011). Este aspecto es considerado también una dificultad en el apego al tratamiento médico de los enfermos con diabetes, y en el caso de las mujeres con estos padecimientos de la Sierra de Sinaloa han mencionado disgusto por los malos tratos de los profesionales de la salud, lo que ha provocado cambios de médicos, nulos o inadecuados tratamientos, en ocasiones auto recetado por la propia persona.

Conclusiones

Después de haber presentado los principales hallazgos de esta investigación exploratoria, se concluye que la falta de adherencia al tratamiento de las mujeres con diabetes mellitus de la zona serrana del Estado Sinaloa, es determinado por factores estructurales como la pobreza, la inseguridad alimentaria, las desigualdades en el acceso a las políticas sanitarias y los roles de género establecidos culturalmente. Pero además se visualizaron determinantes intermedios como los estilos de vida de las mujeres, donde los hábitos y costumbres de consumo del

maíz, base de la alimentación mexicana es elaborado en diversas modalidades de comidas y que a su vez se ha convierte en un problema que desde las perspectivas de las mujeres se les dificulta hacer cambios en el consumo.

Por otra parte, se identificaron confusiones en lo que es la actividad y el ejercicio físicos, ya que se encontraron el mismo significado y justifican el uso de la actividad física por la falta de ejercicio físico. Es también considerado una actividad que no es prioritaria para las mujeres, debido a que prefieren desarrollar primeramente las actividades domésticas quedando nada o poco tiempo para hacer el ejercicio físico, mismo que no es realizado conforme las sugerencias médicas.

Finalmente se destaca que tanto los profesionales de la salud y la participación del paciente son considerados de suma importancia en los tratamientos diabéticos ya que son de larga duración, por lo que se requiere una mejor comunicación entre ambos. Además de que se requiere una mayor participación del Estado en generar servicios sanitarios con calidad, conocimientos adecuados sobre la enfermedad y la aplicabilidad de una política de salud adecuada y con mayor cobertura, específicamente en los lugares de difícil acceso. Se menciona además que estos hallazgos permitieron identificar posibles líneas de investigación y proyectos de intervención desde la línea de Trabajo Social sobre profundizar en el estudio de la implementación de los programas de prevención a la diabetes en las zonas serranas, así como la prevención de la enfermedad en las comunidades de difícil acceso de los programas de salud comunitaria.

Referencias

Arias Vázquez, P I. (2015). Actividad Física en Diabetes Mellitus Tipo II, un Elemento Terapéutico Eficaz: Revisión del Impacto Clínico Duazary. 12 (12). pp. 147-156. (redalyc.org).

Artarcoz L, (2002). Salud y género. Instituto Municipal de la Salud Pública, España.

Bourges, H (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimenticios. Cuadernos de Nutrición. 13 (2).

Buichia-Sombra, Félix Gerardo; Dórame-López, Norma Alicia; Miranda-Félix, Patricia Enedina; Castro-Juárez, Alejandro Arturo; Esparza-Romero, Julián (2020). Prevalencia y factores asociados a diabetes mellitus tipo 2 en población indígena de México: revisión sistemática. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 58. 3. 2020. 317-327. DOI: https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000036.

Carrillo, M (2018). Factores Determinantes de la no Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Universidad Autónoma de Zacatecas. icaxcan.uaz.edu.mx/jspui/handle/20.500.11845/1548.

Castro- Vega I.,Veses-Martin S., Cantero Liorca J., Barrios-Marta., Monzo Albiach N., Bañuls Morant y Hernández- Mijarez A. (2017). Prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en población ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada en un departamento de salud. Nutr. Hosp.34(4). https://dx.doi.org/10.20960/nh.847.

Chisaguano, E y Ushiña, R. (2015). Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud N.- 1 de la ciudad de Latacunga de julio-agosto del 2015, (Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería) Ecuador. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006- 040.pd

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2022) Estimación de Pobreza Multidimensional 2018-2020. Pobreza en México En: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/.

Díaz-Aguirre, A J., Restrepo-Álvarez K., Pérez Narváez, M C. (2022). El nido vacío: una mirada desde la trayectoria vital de las familias urbanas y rurales (Tesis de grado de Trabajo Social). Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Trabajo Social. Colombia. DiazJulian_2022_NidoVacioTrayectoria.pdf (udea.edu.co)

Federación Internacional de la Diabetes (2019). Atlas de la Diabetes de la FID.

Figueroa, C. (2010). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010. (Tesis de maestría, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia). Recuperado de http://tangara.uis.edu.co/ biblioweb/tesis/2011/142042.pdf

Herrera-Delgado C., Vargas- Olano, M O., Rocha-Nieto., L M. (2019). El rompecabezas de la adherencia al tratamiento. La mirada de los actores: pacientes, familias-cuidadores y equipo de salud. Rev. Enfermería Cardiología. 26 (78). 57-68.

Hoyos, T N., Arteaga, M V., Muñoz, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Inves Educ Enferm. 29(2). 194-203. https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400005.pdf

Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social, 2021, Sinaloa. Gobierno Federal. Informes anuales sobre la situación de pobreza y rezago social | Secretaría de Bienestar | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2021). Prevalencia, defunciones y servicios en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia al tratamiento. Revista Cubana de Salud Pública. 30(4). 123-128.

Morales C. (2007). Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud. Editorial UniSon. México. ISBN 968-7713-23-2.

Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. En https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182

Organización Mundial de la salud [OMS] (2023). *Diabetes*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2023). *Panorama de la Diabetes en la Región de las Américas.* Washington, D.C.: OPS.

https://doi.org/10.37774/9789275326336.
https://www.paho.org/es/temas/diabetes.
Organización Mundial de la Salud[OMS] (2020). WHO *Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. Web Annex. Evidence profiles ISBN 978-92-4-0015111. https://www.paho.org/en/node/76463.
Ortega- Cerda J J., Sánchez Herrera D., Rodríguez Miranda A., Ortega Legaspi J M (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles,.16(3). 226-232.
Pagés- Puigdemiont N. & Valverde- Merino M I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm. España http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357.
Ruiz Olabuénaga, J I.(2012). Metodología de Investigación Cualitativa, 5ta edición, Deusto. Bilbao- ISBN 978-84-9830-673-6.
Ruiz-Rodríguez., Arenas-Monreal., Bonilla-Fernández., Valdez Santiago., Rueda Neria y Hernández Tezoquipa (2014). Género y actividad física en mujeres mexicanas con experiencia migratoria a Estados Unidos de América. *Rev. salud pública*. 16 (5). 709-718. DOI: http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n5.43047.
Sánchez-Torreza, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 55 (1) pp. 82-89.
Sandin M., Espelt A., Escolar Pujolar, A., Arriola L., Larrañaga I. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. Avances de Diabetologia. 27 (3). 78-87. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia - ScienceDirect.
Toledo, A. A. García, O. y Álvarez, A. S (2020). Relación entre nivel socioeconómico y el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Med Gen Fam. 2020 9(2): 61-65. https://mgyf.org/wp-content/uploads/2020/06/MGYF2020_015.pdf
Zaldivar, M. G C. (2022). Seguridad Alimentaria y hábitos alimentarios en pobladores del distrito de San Pedro de Lloc,2022. Universidad de Cesar Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/104388

Los significados del embarazo adolescente y la formación del proyecto de vida en jóvenes al estar en la adolescencia

Guadalupe Lizeth Serrano Ponce[12]
Cindy Margarita López Murillo
Belinda Espinosa Cazarez

Resumen

El embarazo durante la adolescencia es una problemática social compleja, que está transversalizado por las construcciones de género que emanan del contexto social y cultural en que se desarrollan las adolescentes desde la infancia y son transmitidas de generación en generación a través de los mandatos de género, las cuales tienen como eje central la reproducción de un orden hegemónico respecto a la maternidad que debe ser asumido al desarrollarse en la adolescencia. En este sentido, el objetivo estuvo centrado en interpretar las construcciones del orden social de género que son interiorizadas por las adolescentes respecto al significado del embarazo y la formación de su proyecto de vida al participar en el programa "*Bebés Virtuales"*.

El sustento teórico es desde la epistemología feminista y la perspectiva analítica de género. La metodología fue cualitativa, correspondió a un estudio descriptivo, interpretativo y retrospectivo, se utilizó el método cuasi-etnográfico, la muestra estuvo integrada por 10 jóvenes que participaron en el programa "*Bebés virtuales"* durante la adolescencia. Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron la observación participante, entrevistas a profundidad, a través del consentimiento informado, anonimato y confidencialidad. Los

[12] Universidad Autónoma de Sinaloa Campus Culiacán

resultados encontrados versan en otorgar al embarazo adolescente significados de emociones inesperadas, doble jornada de roles y funciones, se convierte en algo anhelado y esperado en su proyecto de vida, y llena un vacío de soledad. Por lo que, el significado está está anclado al rol de madre, que desean vivir a futuro en sus proyectos de vida, después de realizarse profesionalmente y lograr su estabilidad económica.

Introducción

El tema del embarazo está sujeto a la reproducción de roles de género establecidos por la cultura, que sufre modificaciones al incorporarse la mujer a nuevos espacios educativos y laborales, al tener como resultado la reconfiguración del espacio público y privado. Lo cual es producto de una transformación en el campo de la salud sexual y reproductiva, de manera específica, por los avances en materia de planificación familiar y la influencia de las instituciones que reproducen los objetivos que emanan de las políticas sociales.

En lo específico, adentrarse en el embarazo adolescente trae consigo momentos divergentes en el tiempo, al ser aceptado o rechazado ante la época en que se presenta. Al respecto, Stern (2012) señala que para las generaciones anteriores los embarazos de jóvenes entre los 15 y los 20 años de edad no eran considerados por la población como algo indebido o indeseable, cuando menos no en el mismo grado en que lo son ahora. Debido a que la maternidad era la única función de la mujer y la postergación de la unión o matrimonio hasta después de los 20 años no constituía una norma. Aspectos que divergen con la forma en la que se visualiza la maternidad en la actualidad, tal como lo expresa Nóblega (2009) "el discurso social sanciona la maternidad temprana y le atribuye consecuencias desfavorables para las adolescentes" (p. 48). Por lo que, el ser madre en la adolescencia pasó a constituirse como un hecho sancionado negativamente por las normas sociales.

Los avances progresivos en materia educativa y económica ofrecieron a la población ubicar a la niñez y adolescencia en escenarios benéficos para desarrollar roles y funciones. Feixa (1996) señala, que se debe diferenciar la edad como condición social que asigna una serie

de estatus y de roles desiguales a las personas, y la edad como imagen cultural que atribuye un conjunto de valores, estereotipos y significados a los mismos. Por lo que, el ideal es que la población adolescente este desarrollándose en su formación educativa.

Por consiguiente, abordar el tema del embarazo adolescente parte de dos conceptos que se han construido a lo largo de la historia: el embarazo, impregnado de discursos y significados que de acuerdo con la época aprueban o señalan la edad idónea para ejercer la maternidad; y la adolescencia, una etapa que se surge de las transformaciones en la educación y del trabajo. Por lo que, la conjunción de ambos lleva a posicionar al embarazo adolescente como un problema que emana de construcciones y modificaciones en la actualidad.

Uno de los elementos centrales en el tema del embarazo adolescente es el género, que se manifiesta a través de las prácticas sociales que se transmiten de manera generacional y se espera que se reproduzcan, tal como lo describe Thompson (1998) "históricamente transmitidos y encarnados en formas simbólicas, en virtud de los cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias" (p. 197). Por lo tanto, la maternidad como práctica social está rodeada de los significados y símbolos que establece la cultura alrededor de ella, además permean ideales de la forma en que se debe asumir y las acciones a realizar para cumplir con lo esperado por la sociedad.

Otro de los elementos a considerar al abordar el embarazo adolescente son los avances del feminismo, principalmente al término de la segunda ola feminista, señalados por De Beauvoir, quien abre el horizonte al cuestionamiento de la subordinación de la mujer por la relación paralela mujer es igual a madre, al asumirse la reproducción como esencia de la feminidad. De Beauvoir (2013) enfatiza que "la función reproductora ya no está determinada por el solo azar biológico, sino que está controlada por la voluntad" (p. 464), y que ésta es producto de una construcción social que delinean los espacios que las mujeres deben asumir por su capacidad de reproducción.

A lo anterior, se van a sumar las transformaciones impulsadas por el feminismo de la tercera ola, el cual otorgó nuevos tintes a la sexualidad, tal como lo expresa en sus líneas Varela (2008) "la libertad sexual fue el centro de debate. Se desvinculó la procreación de la práctica sexual […] la sexualidad y los derechos reproductivos tuvieron un impacto social duradero y modificaron realmente los valores y las prácticas públicas y personales" (p. 89). Este movimiento rompió paradigmas en la forma de percibir y vivir la procreación en algunas de las mujeres, e impulsando la libertad sexual y la autonomía. Convirtiéndose así en los antecedentes que llevarían poco a poco a visualizar a los adolescentes como sujetos de derechos sexuales y reproductivos.

Es a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en el Cairo 1994 (Naciones Unidas 2023), que presentan propuestas sobre la sexualidad, educación y acceso de las y los adolescentes a los servicios sexuales y reproductivos. Fue ahí donde se les reconoce como sujetos de derechos y con la facultad de recibir educación en materia de sexualidad. De esta manera, se abre un horizonte que trae consigo debates con relación a la forma de concebir a las adolescentes en el contexto social. Así, el tema de la adolescencia empezó a incorporarse en el ámbito de la esfera política y comenzó a ser un tema de Estado, sujeto a elementos estructurales del neoliberalismo, así como a organismos internacionales tales como: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Las acciones realizadas desde diferentes espacios develan interés en atender las temáticas de sexualidad y reducir la tasa del embarazo adolescente. Estos índices se muestran en las últimas estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), en el grupo de población de menores de 20 años, en el periodo del 2007 al 2012 se registró un porcentaje del 17.8% al 19.4% del total de nacimientos, estas cifras se mantuvieron estáticas hasta el 2013. Estadísticas que posteriormente disminuyeron del 2014 al 2016 a un 17.8%. Posteriormente, en el 2017 se presentó un aumento al 17.9 % y del 2018 al 2019 el porcentaje de nacimientos disminuyó al 17%.

De manera específica en el Estado de Sinaloa en el periodo de 2010 a 2012 el porcentaje fue arriba del 20% del total de nacimientos, disminuyó en 2013 a 19.9%, aumentó en 2014 al 20.2%, en 2015 se redujo a 18.6% y para el 2016 bajó a 17.6%; esta última cifra posicionó a la entidad de Sinaloa en el lugar número 18 a nivel nacional. En 2017 se presentó un aumento al 17.9%, igual que la media nacional, de 2018 a 2019 el porcentaje descendió al 16.6 % colocándose por debajo de la media nacional.

Para conocer el problema más a profundidad es pertinente adentrarse a los espacios educativos e instancias de atención a la salud, las cuales ejecutan acciones y programas para prevenir el embarazo adolescente. De manera específica, en el estado de Sinaloa se implementa el programa *Bebés virtuales*, por el Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia DIF municipal Culiacán en escuelas secundarias y preparatorias que solicitan el programa o por la búsqueda de escenarios educativos por quien funge como responsable. Otra de las instituciones que desarrolla dicho programa es la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), en sus respectivas preparatorias. A partir de ello, el objetivo de la investigación fue interpretar las construcciones del orden social de género que son interiorizadas por las adolescentes respecto al significado del embarazo y la formación de su proyecto de vida al participar en el programa *"Bebés virtuales"*

Abordaje teórico

El lente teórico que guio el trabajo de investigación fue la epistemología feminista y la perspectiva analítica de género. Al respecto Hasse y otros (2010), puntualizan a "la epistemología feminista como un campo disciplinario que, a partir de la segunda mitad del siglo XX, posibilita escuchar la voz de las mujeres que levantan una crítica a la episteme de la ciencia occidental moderna" (p. 47). Al buscar nuevas formas de recuperar las experiencias de las mujeres, con el objetivo de proporcionar nuevas miradas en la ciencia que reflejaran las situaciones particulares en que se ha estructurado su vida.

Así, la epistemología feminista parte de considerar al género como una categoría que figura de manera transversal en la sociedad, al

cuestionar la forma en que se ha construido el conocimiento en la ciencia, al estar basadas únicamente en el punto de vista masculino. Blazquez (2012) específica al respecto que las críticas feministas a la epistemología tradicional de las ciencias naturales y de las ciencias sociales "muestran que esas teorías del conocimiento se basan en el punto de vista masculino del mundo, por lo que se enseña a observar sólo las características de los seres vivos o de los seres sociales que son de interés para los hombres, con una perspectiva androcéntrica y distante" (p. 23)

La epistemología feminista cuestiona la forma en que se ha desarrollado la ciencia y la manera tradicional de validar el conocimiento. Por lo cual, sitúa al género como categoría analítica, al ser considerado el ordenador social e interactuar con otras categorías tales como: clase, edad, preferencia sexual, etnia, relaciones estructurales entre los individuos y la sociedad. En este caso, el embarazo se instaura desde la dicotomía que se establecen en las concepciones de género, al prevalecer la masculinidad y la feminidad, al ser polarizadas las actitudes, comportamientos y posición en la sociedad, generando desigualdades. Por lo que, posicionarse desde la epistemología feminista otorga al fenómeno de estudio una visión que pone en cuestión las normas impuestas ante la presencia del embarazo y desarrollo de la maternidad, así como la forma en que ha sido abordado desde las diferentes posturas epistemológicas (Blázquez, 2012)

A lo anterior se unen los planteamientos feministas De Beauvoir (2013) al declarar no se nace mujer, se llega a serlo" (p. 87), al poner en el centro a la cultura como elemento decisivo para el análisis de las causas de la opresión de las mujeres que se había reproducido en la sociedad. Esto debido a que las mujeres eran definidas de acuerdo a la dependencia del hombre, tal como lo describe entre líneas De Beauvoir (2013) "la mujer se determina y se diferencia con relación al hombre, y no éste con relación a ella; la mujer es lo inesencial frente a lo esencial […] como lo Otro absoluto, sin reciprocidad" (p. 18). Por lo que, la presencia de la mujer solo adquiría significado a través de la relación que establecía con el hombre, se mostraba la mujer al mundo como carente de las cualidades que poseía el varón, lo cual solo legitimaba

las relaciones jerárquicas de poder; siendo la mujer una figura subordinada.

Otra de las grandes posturas fue la de Badinter (1981) al cuestionar el instinto materno y romantizar el amor materno como algo espontaneo que las mujeres poseen y que solo necesitan tener hijos o hijas para desarrollarlo. De manera textual Badinter (1981) lo expresa en las siguientes líneas:

> Hemos concebido durante tanto tiempo el amor maternal en términos de instinto, que de buena gana creemos que se trata de un comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer cualquiera sea el tiempo y el espacio que la rodean. Creemos que al convertirse en madre la mujer encuentra en ella misma todas las respuestas a su nueva condición. Como si se tratara de una actividad preformada, automática y necesaria que sólo espera la oportunidad de ejercerse. Como la procreación es natural, nos imaginamos que al fenómeno biológico y fisiológico del embarazo debe corresponder una actitud maternal determinada (p. 12).

Por lo que, Badinter (1981) deconstruye el concepto de instinto maternal como esencia de la feminidad, al cuestionar que no existe una relación afectiva madre-hijo madre-hija innata en las mujeres y que ésta se desarrolla al convertirse en madres. Al respecto, Ferro (1991) puntualiza que el instinto maternal se convierte en una expresión de sujeción y dominación de gran fuerza social, centrado en la idea del deseo o en una necesidad que deben satisfacer todas las mujeres al ser vista la maternidad como un modelo hegemónico. En este sentido, las críticas desde el punto de vista feminista llevan a irrumpir en el deber de ejercer la maternidad solo por el hecho de ser mujer y cumplir con uno de los discursos que se atribuye a la feminidad: el instinto materno.

Otro de los posicionamientos feministas trascendentales fue el de Chodorow (1984). El cual destaca que la maternidad no es un hecho natural, ante lo cual considera que también es necesario estudiar la categoría de maternaje (maternazgo) como un proceso que se asigna a las mujeres el papel de cuidadoras. Por lo que, de acuerdo con la autora, el ejercicio de la maternidad tiene una relación directa con las

asignaciones particulares que se le asignan a las mujeres desde antes de llegar a la reproducción.

De manera más contemporánea, desde la perspectiva de la maternidad en el feminismo como una construcción social se encuentran las aportaciones de Palomar (2004), al señalar que la maternidad es una experiencia sobrecargada de significados sociales, es una experiencia subjetiva, y a su vez, una práctica social que no es acompañada de un proceso reflexivo acerca de lo que motiva la experiencia ni de las formas que adopta, mucho menos un cuestionamiento sobre el deseo de vivir la maternidad. Sino un proceso de construcción social que supone la generación de mandatos que se encuentran encarnados tanto en los sujetos como en las instituciones, reproducidos en los discursos, en las imágenes y en las representaciones que se producen.

Así, todas las posturas feministas anteriores tienen como eje la crítica a la maternidad como algo natural que esta interiorizado en el cuerpo de las mujeres, para Badinter (1081), Chodorow (1984) y Palomar (2004), la maternidad es una construcción más compleja, es una práctica social que se vive cargada de significados y de símbolos, producto de los imaginarios que se crean en los contextos donde prevalecen los discursos que marcan las asimetrías entre hombres y mujeres, además, dicha construcción se impregna de los acontecimientos históricos de la época en que se vive.

Desarrollo metodológico

La perspectiva metodológica utilizada para esta investigación fue cualitativa. Este tipo de metodología se caracteriza, de acuerdo a Vasilachis (2006), por "comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes" (p. 48), lo cual posibilita recuperar el significado singular que cada persona construye al ser el narrador o la narradora de su propia historia, y al implicar una relación cara a cara, entre investigador o investigadora y sujeto social (Ruiz, 2003; Dreher, 2012). Otra de sus singularidades es que permite, a las y los investigadores, estar cerca de los escenarios naturales en donde suceden los fenómenos sociales sin

distorsionar la realidad, ni someterla a controles experimentales (Ruiz, 2003; Taylor y Bogdan, 2002). En este sentido, pensar esta investigación desde la metodología cualitativa lleva a considerar a las adolescentes como personas que construyen significados únicos del embarazo a partir de la singular combinación de los factores culturales, sociales, de género y económicas presentes en sus escenarios.

El alcance de la investigación fue descriptivo, interpretativo y retrospectivo. De manera específica, el alcance descriptivo, de acuerdo con Batthyány y Cabrera (2011), "busca caracterizar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis" (p. 34). El alcance interpretativo explica los significados subjetivos que los actores sociales asignan a sus acciones, descubre el conjunto de las reglas sociales que dan sentido a sus actividades y revela las estructuras de inteligibilidad de por qué dichas acciones tienen sentido para las personas (González, 2001). Por su parte, el alcance retrospectivo hace referencia a cualquier fenómeno que haya acontecido en una población con anterioridad al inicio del estudio (Veiga, De la Fuente y Zimmerman, 2008), es decir, se reconstruye el pasado a partir de los datos que se obtienen en el presente (Cabrera, et. al, 2006).

Para el desarrollo del trabajo de campo se adoptó el método cuasi-etnográfico, el cual busca una imagen completa de una comunidad en particular para lo cual es necesario acceder a aquellos lugares que son de relevancia para la investigación. Se asume que no es necesario estar en un solo lugar y se toma distancia del planteamiento de que tiempo máximo es igual a conocimiento máximo. Por el contrario, se considera que en un tiempo mínimo es posible generar un conocimiento suficiente (Silva y Burgos, 2011).

La investigación se llevó a cabo en la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), se seleccionó la Facultad de Trabajo Social Culiacán que pertenece a la misma universidad para abordar la mirada retrospectiva y conocer las experiencias de las jóvenes que al ser adolescentes participaron en dicho programa. Por lo tanto, las participantes de la investigación se agruparon en 2 grupos: jóvenes que durante su adolescencia estuvieron en dicho programa y no tuvieron un

embarazo en su adolescencia (MS) madres sin hijos y aquellas jóvenes que sí tuvieron un embarazo y se convirtieron en madres en su adolescecia (MA) madres adolescentes. El total de la muestra fue de 10 participantes. Los criterios de selección fueron: ser estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social en Culiacán, durante el ciclo escolar 2019-2020, participaron en el programa *Bebés virtuales* durante su adolescencia, se les pudo contactar por teléfono a través de llamada, mensajes de WhatsApp o de texto, y decidieron participar de manera voluntaria en la investigación. Las técnicas utilizadas fueron: observación participante y entrevista a profundidad, y el trabajo de campo se desarrolló bajo los principios de consentimiento informado, confidencialidad y el anonimato. Para mantener el anonimato las citas textuales de las participantes pusimos entre paréntesis varias siglas ejem (MJJS5) Consideremos que las primeras 2 letras corresponden a las iniciales del nombre de la participante; las siguientes dos letras (JS) se refieren a las jóvenes que participan en el programa y que no tuvieron hijos en la adolescencia (joven sin hijos) o (MA) que corresponde a madres adolescentes que fueron mamás durante la adolescencia. el numero 5 corresponde al número de entrevista de ese grupo.

Resultados

El análisis de los resultados refiere a tres aspectos: el significado que las jóvenes le otorgan al embarazo al encontrarse en su etapa adolescente, al lugar que ocupa el embarazo como parte de su proyecto de vida, y la recuperación de las experiencias de las jóvenes al participar en el programa *Bebés virtuales*, las cuales develan parte de la construcción de su proyecto de vida.

Otorgando significados al embarazo durante la adolescencia

El significado del embarazo adolescente en las participantes es definido de diferente manera, para el grupo de las jóvenes que no tuvieron hijos o hijas en la adolescencia y vivieron la experiencia del “bebé virtual”, describen el embarazo en la etapa adolescente como un suceso bonito.

Así, la participante [13]MJJS5 al tomar como referencia alguna de las experiencias que han vivido personas cercanas a ella menciona *"pues yo tengo una prima que está embarazada, pues dice que es una etapa muy bonita".* Mientras que, en el relato de GZJS3 el significado del embarazo como algo bonito está relacionado al matrimonio y a la realidad ficticia que se presenta en los cuentos donde los personajes centrales son princesas:

> *"[…] yo lo miraba muy bonito, me gustaba mucho. O sea, me hacía una idea de que ¡ay, ¡qué bonito el embarazo! […] pues yo tenía esa idea de que pues un embarazo, me caso y todo bien pues, yo, yo lo miraba de princesa. Todo bien, de todo bonito".*

Por lo que, tanto la enseñanza de responsabilidad de considerar el embarazo como algo bonito reafirman las ideas de Jiménez, Granados y Rosales (2017), quienes puntualizan que el llegar al embarazo hace que la maternidad sea considerada una opción viable y deseable para las adolescentes. Dicha opción viene a ser un comportamiento que está arraigado en la naturaleza de las mujeres y es independiente del tiempo y el espacio que las rodea (Badinter, 1981).

No obstante, a las jóvenes que en la adolescencia se convirtieron en madres y se presentó el embarazo como algo que no fue planeado, la noticia les provocó un estado de shock, principalmente por tener que externar la noticia a la madre *"[…] entré, así como en un shock, porque no sabía cómo lo iba tomar mi mamá, o sea, mi mamá todavía estaba muy mal en su estado de ánimo [se refiere al fallecimiento de su papá]"* (RYMA1)[14].

Mientras que, otra de ellas se refiere a su estado de embarazo como un periodo de tiempo aburrido y un momento no deseado:

> *"[…] hay, se me hacía muy feo […] no… yo no quería tener hijos, no quería tener esos (no se entiende) de estar embarazada. Y yo*

[13] Consideremos que las primeras 2 letras corresponden a las iniciales del nombre de la participante; las siguientes dos letras (JS) se refieren a las jóvenes que participan en el programa y que no tuvieron hijos en la adolescencia (joven sin hijos) el número 5 corresponde al número de entrevista de ese grupo

[14] Las 2 primeras siglas son las iniciales de su nombre MA corresponde a madres adolescentes que fueron mamás durante la adolescencia.

> *decía que, que no iba a tener, que no quería y que no quería" […] se me hacía muy aburrido, se me hacía muy cansado […] yo a veces no sé, como de que, yo me quería olvidar de que estaba embarazada y me iba a la prepa, o me iba a donde… a donde me invitaran, como que yo quería disfrutar embarazada lo que no disfrute antes de estarlo, porque yo pensaba que ya no lo iba a poder hacer teniendo a mi hijo, pues que menos lo iba a hacer"* (BAMA4).

Los dos últimos fragmentos desmitifican el lado romántico que algunas de las adolescentes le atribuyen al embarazo. Mismos que se contraponen a los relatos de las jóvenes que deseaban tener un embarazo, al externar que para ellas el embarazo fue un acontecimiento deseado sin importar la edad en que ocurrió. La participante AXMA3 al saber que estaba embarazada lo describe como un momento de felicidad *"pues sentí mucha felicidad porque pues yo quería tener un niño"*, y a su vez, afirma su deseo de tener un hijo a su edad. A esto se sumará la descripción que realiza PKMA2 al detallar *"fue muy bonito, como que mucha felicidad, pero de esa que te hace llorar [risas] […] yo siempre le dije a él [a su esposo] que si uno no se cuida pues uno sabe lo que puede pasar"*. Situación a la cual le antecede el deseo de tener un bebé a temprana edad por motivos de soledad en casa:

> *"[…] yo ya estoy bien con mi familia, pero yo siempre estaba sola. Yo siempre estaba sola en mi casa y todo eso, y entonces haz de cuenta que yo vivía sola y yo decía ´quiero un bebé´ ´hace falta un bebé´, pero no de mi hermana. Yo siempre había dicho que quería ser madre joven, como siempre estaba sola, yo decía eso, pero, yo siento que sí me sentía preparada, no sé [risas]".*

Pensando el embarazo como parte del proyecto de vida

En la construcción del proyecto de vida en las adolescentes, el embarazo es considerado un suceso importante y de significados que justifican las razones para vivir su experiencia. Aparecen discursos que expresan la importancia a través de asignarle un valor en una escala del 1 al 10, donde el embarazo tiene el nivel más alto, es decir, el número 10 *"pues… yo siento que es mucha importancia la que le doy a eso, a ese tema […] en el 10"* (FMJS4).

Lo anterior también se específica en el relato de SAJS2 *"pues si se me hace muy importante como, no es una prioridad, de que digas lo tengo lo primerito en mi lista [risas], ¡no! [risas], no, pero sí, si es importante"*. Sin embargo, el establecer la edad para vivir un embarazo está condicionada a tres elementos principales que deben cubrirse antes de llegar ha dicho embarazo, los cuales son: realización profesional, estabilidad económica en el futuro y el matrimonio. En lo que respecta a su formación académica, las participantes describen que primero desean realizarse de manera profesional *"a menos de que yo ya me sienta realizada como persona o como una, un en mi caso una profesional"* (BAMA4). Asimismo, GZJS3 puntualiza *"pues yo ahorita pienso que me gustaría ya que terminara la, mi carrera"*. Esto coincide con FMCD3 al utilizar la frase de estar preparada *"yo pienso tener un bebé ya que esté preparada".* Por su parte MMJS1 lo describe como "*ya con mis estudios"* y MYMA5 *"yo dije ¡no!, pues primero más que nada es terminar mis, mis estudios".*

Otro de los elementos considerados como esenciales antes de un embarazo es la estabilidad económica, las participantes refieren que es necesario contar con recursos *"ser o tener los recursos necesarios para tener un bebe"* (MMJS1). Igual de importante es tener un trabajo y cubrir primero sus necesidades, relatado por FMJS4 *"que tenga a lo mejor un trabajo estable y poder sostenerme por si me pasa lo mismo que a la mayoría [se refiere a no depender de alguien]"*.

De igual manera, para algunas de las participantes en su proyecto de vida antes de llegar al embarazo es fundamental el matrimonio, al respecto MMJS1 puntualizó *"o sea casarme y ya pues.... no sé, tener un bebé, algo".* Otras de las participantes hacen referencia al acompañamiento en pareja *"estoy hablando de unos cinco años, sí, si encuentro una pareja ya bien estable pues, igual ya con metas, igual que yo estudiado o así"* (MYMA5). Esto coincide con el relato de FMCD3 *"si tengo pareja en ese entonces. Pues, entonces sí tendría, ¡ay! Entonces mucho entonces, pero entonces ¡ah! pero ya tendría el bebé"*.

Por lo tanto, el ideal para llegar a vivir un embarazo o un segundo embarazo en las jóvenes que ya fueron madres es cumplir con ciclo que está estructurado por tiempos y en momentos. Es necesario mencionar, que la mayoría de las participantes no visualizan un proyecto de vida sin la presencia de un embarazo. De modo que, el embarazo es parte del proyecto de vida que las jóvenes construyen para su futuro, al pensar en realizarse de manera profesional para contar con el recurso económico, el cual les brindará una estabilidad en sus vidas y les permitirá vivir una experiencia positiva del embarazo, lo que Miño (2008), especifica como estar en el momento oportuno, al tener cubiertas sus necesidades materiales y estar dentro del contexto del matrimonio.

La experiencia del "bebé virtual" para otorgar significados al embarazo adolescente

Al recuperar los relatos de las participantes describieron la experiencia del "bebé virtual" de manera distinta, para MJJS5 lo consideró una batalla y sentirse desesperada, *"es una batalla… […] me sentía bien, pero a la vez era desesperante porque no se callaba […] presionada porque no sabía cómo callarlo".* SAJS2 lo recuerda *"como muy estresante. Bueno al principio muy bien, casi no lloraba el bebé […] pero ya al final […] despertando a todos aquí en la casa, y yo, ¡ya cállate!, no sabía lo que tenía".* Por su parte, MMJS1 solo lo recuerda por las necesidades fisiológicas que debía atender de él *"hay pues que tenía que levantarme en la madrugada a cambiarle el pañal, a darle bibi y eso".*

Otra de las madres puntualizó la experiencia como un cúmulo de emociones "*sentía como si era, como si bonito porque ahí cuando tenga mi hijo, no sé"* (AXMA3). Cabe mencionar que una de las jóvenes que fue madre en la adolescencia señaló que su participación fue por tener experiencia en cuidados a infantes "*yo anteriormente ya había cuidado a la hija de una prima. Y yo ya la había cuidado, de hecho, la niña nomas quería estar conmigo […] conmigo pues y conmigo dormía, entonces más o menos si me sentía preparada"* (RYMA1).

En este sentido, la experiencia del "bebé virtual" para las adolescentes se convirtió en un acercamiento vivencial de las

necesidades que demanda un bebé en sus primeros meses de vida, al otorgar aprendizajes acerca de la crianza y mostrar las modificaciones que se presentarían en sus vidas, principalmente en el ámbito familiar, de recreación e interrupción de sus hábitos de sueño (Didion y Gatzke: 2004; De Anda:2006).

Por consiguiente, la experiencia obtenida en el programa *Bebés virtuales* influyó para que las jóvenes fueran madres en su etapa adolescente, una de las razones es la perpetuación de los roles y estereotipos de género que se producen desde la infancia en la división de lo considerado como femenino y masculino a través del uso de juguetes muy específicos para cada sexo. Otra de las razones son los comportamientos generadores de modelos sociales que legitiman las emociones y sentimientos aprobados por la cultura (Lamas, 2002; Velasco, 2009; Zamora, 2013).

Conclusiones

Respecto a la postura epistemológica feminista asumida en esta investigación, permitió dos cosas: apropiarse de un posicionamiento epistémico distinto a la literatura consultada para aportar una nueva mirada teórica a las líneas de investigación del embarazo adolescente; transversalizar la categoría de género en el desarrollo del trabajo, a través de la cual se interpretó de forma más puntual los mandatos de género que se manifiestan con la presencia o no de un embarazo en la adolescencia, o bien, al forjar el proyecto de vida; así como, ser parte de las investigaciones que buscan recuperar las experiencias y significados de las mujeres y distanciarse de una postura androcéntrica.

En lo que concierne a las construcciones de género que están presentes en el significado del embarazo y el proyecto de vida, se encontró que la mayoría de las jóvenes le otorgan al embarazo un rol que está anclado al rol de madre, que desean vivir a futuro en sus proyectos de vida; sin embargo, al llegar a la etapa del embarazo, este anhelo es desplazado por dos aspiraciones personales: realizarse profesionalmente y lograr estabilidad económica, por lo que, hay transformaciones en sus proyectos de vida al postergar la unión y/o el matrimonio. Sumado que se visualiza una apropiación de deseos

personales e individuales antes de llegar a cumplir con el rol social de la maternidad; cabe mencionar que esto se presentó en las dos dimensiones analizadas o sea madres adolescentes y madres sin hijos.

Por consiguiente, las experiencias en el programa *Bebés virtuales* para las jóvenes, el vivir la experiencia del "bebé virtual" por un fin de semana, proporcionó conocimientos mínimos respecto al embarazo, debido a que la experiencia relatada se reconstruye a partir de pensar en la maternidad y su relación a la crianza. En este sentido, la maternidad constituye un eje que está presente en sus proyectos de vida, que se espera volver a vivir por quienes fueron madres en la adolescencia, siempre y cuando se cumpla con las aspiraciones profesionales, económicas y de pareja.

Por su parte, la dimensión retrospectiva que se conforma por el grupo de las jóvenes que no tuvieron descendencia en la adolescencia, las experiencias se acentuaron en el conocimiento acerca de cómo ser mamá. Mientras que, en el grupo de las jóvenes que se convirtieron en madres, el "bebé virtual" reafirmó el deseo de ser madres a edad temprana.

Referencias

Badinter, E. (1981). *"¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX"*. Paidós/Pomaire.

Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial.* Universidad de la República.

Blazquez, N. (2012). Epistemología feminista: temas centrales. En N. Blazquez, F. Flores y M. Ríos (Eds.), *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 21-38). Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cabrera, L., Bethencourt, J. T., González, M., y Álvarez, P., (2006). Un estudio transversal retrospectivo sobre prolongación y abandono de estudios universitarios. *Relieve. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa, 12*(1). 105-127.

Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona. Gedisa.

Naciones Unidas (2023) Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo en el Cairo 1994. https://www.un.org/es/conferences/population/cairo1994

De Anda, D. (2006). Baby Think It Over: Evaluation of an Infant Simulation Intervention for Adolescent Pregnancy Prevention. Healt & Social Work, 31(1), 26-35.

De Beauvoir, S. (2013). *El segundo sexo*. D.F., México: Random House Mondadori.

Didion, J. and Gatzke, H. (2004), The Baby Think It Over™ Experience to Prevent Teen Pregnancy: A Postintervention Evaluation. *Public Health Nursing*, 21: 331-337. https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21406.x

Dreher, J. (2012). Fenomenología: Alfred Schutz y Thomas Luckmann. En E. De la Garza y G. Leyva (Eds.), *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 97-139). USA: Fondo De cultura Económica.

Feixas, C. (1996) "Antropología de las edades" en J. Prat & A. Martínez (eds). Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat. Barcelona: Ariel. Disponible en Biblioteca virtual de ciencias sociales www.cholonautas.edu.pe

Ferro N. (1991). El instinto maternal o la necesidad de un mito. Barcelona: Siglo XXI

González, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejas interrogantes. *Cuestiones pedagógicas*, *15*, 227-246.

Hasse, V., Ketterer, L., y Arellano, A. (2010). El punto de vista de las mujeres: la epistemología feminista. Un acercamiento desde la historia y la política. *Educación y Humanidades, 1*(1), 46-69.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Natalidad y fecundidad. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/

Instituto Nacional de las Mujeres (2017). Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/Cartilla-Derechos-Sexuales-Adolescentes-Jovenes.pdf

Jiménez, A., Granados, J. A., y Rosales R. A. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud pública de México, 59*(1).

Lamas, M. (2002). Cuerpo: diferencia sexual y género, D.F., México: Taurus.

Nóblega, M. (2009). La maternidad en la vida de las adolescentes: implicaciones para la acción. *Revista de Psicología.* 27 (1), 29-54.

Palomar, C. (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista, 30,* 12-34.

Ruiz, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa.* Universidad de Deusto Bilbao.

Silva, C y Burgos C. (2011). Tiempo mínimo-conocimiento suficiente la cuasietnografía sociotécnica en psicología social. *Perspectivas, 10*(2), 87-108.

Stern, C. (2012). *El problema del embarazo en la adolescencia, contribuciones a un debate.* México, D.F.: El Colegio de México.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.

Thompson, J. (1998). *Ideología y cultura moderna.* México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

Troman, G., & Jeffrey, B. (2010). *The promise of ethnography for exploring creative learning*. In Researching Creative Learning (pp. 88-97). Routledge.

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Ediciones B.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Veiga, J., De la Fuente, E., y Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo, LIV* (210), 81-8

Velasco, S. (2009). Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid, España: Minerva.

Zamora, E. C. (2013). La construcción de la identidad en la adolescencia. El reto de apropiarse de un lugar en el mundo. Eutopía, 19, 57-63.

Prácticas de riesgo del contexto para la salud mental de alumnos (as) de la escuela Secundaria Lic. Adolfo López Mateos de Culiacán Sinaloa

Yazmín Margarita Reyes García[15]
Beatriz Delia Cota Elizalde
Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera

Resumen

Los estudios sobre la salud mental en jóvenes son de gran importancia para el Trabajo Social, existen diversos factores que influyen en la salud mental de los adolescentes, como son los ambientes en los que se desenvuelven; en las escuelas se realizan prácticas que influyen en la salud mental de los mismos, como el grito, los reportes, expulsión. El carácter hostil de estas prácticas tiene vínculo con los factores sociales de riesgo que son determinantes en la salud mental, por ello se investiga el caso de los alumnos de primero y segundo grado de la escuela secundaria Adolfo López Mateos de la sindicatura de Aguaruto de la ciudad de Culiacán Sinaloa, México. Nuestro objetivo principal en el proceso investigativo fue caracterizar el contexto donde emerge el carácter social que rige la salud mental de los alumnos con bajo desempeño académico y con reportes por conductas que alteran el orden. Con los resultados de esta investigación evidenciamos como los jóvenes que han sido reportados por presentar transgresiones al orden, en su mayoría, presentan barreras en su desempeño académico, sin embrago se pudo constatar a través de un estudio etnometodológico de la vida cotidiana y el contexto en el que emerge, que las actividades por las que fueron sancionados a través del reporte se han consolidado como prácticas instauradas en la vida cotidiana donde la hostilidad y la

[15] Universidad Autónoma de Sinaloa

intimidación son el carácter social que las vincula siendo estas prácticas conductas como gritarse hostilmente, empujarse, y ridiculizarse unos a otros, y como hallazgo encontramos que no es exclusivo entre alumnos, sino también con maestros.

Introducción

En la realidad social situada de la escuela Secundaria Adolfo López Mateos se puede distinguir como parte constituyente de la vida cotidiana, algunas prácticas sociales como: el reporte (recurso formal de orden interno); el grito (instrumento informal de intimidación por parte de maestros a alumnos y de alumnos a maestros); los grafitis (grafías de insultos en las paredes de baños y salones) donde el común denominador de estas prácticas radica el carácter hostil proveniente de la situación social que se vive. Estas prácticas dejan expuesto el carácter social de la vida cotidiana dentro de la institución educativa. Por tanto, el orden que se establece en la realidad social de los educandos es una realidad donde el grito, la denostación y la intimidación constituyen las prácticas sociales que vinculan a los integrantes del contexto escolar, incidiendo así, en las motivaciones que tienen los alumnos al ejecutar prácticas que traen consigo sanciones por partes de los docentes y que obstaculizan su desempeño académico.

El carácter hostil de estas prácticas tiene vínculo con los factores sociales de riesgo que son determinantes en la salud mental, debido a que las experiencias que estas prácticas generan están alejadas la definición de Fromm y la OMS (2013) sobre salud mental y la intervención de la sociedad en el mantenimiento de esta, Fromm (1964) señala que: “Una sociedad sana desarrolla la capacidad del hombre para amar a sus prójimos, para trabajar creadoramente, para desarrollar su razón y su objetividad, para tener un sentimiento de sí mismo basado en el de sus propias capacidades productivas” (p.64).

Los componentes básicos que constituyen las sociedades parten del principio de preservar la existencia humana, componentes materiales e inmateriales que establecen una relación dialéctica entre las necesidades y la capacidad de los individuos y grupos para satisfacerlas, donde la interacción social es el medio que permite este equilibrio

dinámico. La interacción social emerge al momento de compartir, como miembros de la especie humana, las mismas necesidades básicas y de trascendencia, estableciendo mediante la interacción, prácticas sociales orientadas al alcance de las mismas metas. Para Fromm (1964) "una sociedad sana es la que corresponde a las necesidades del hombre" (p.25). Por lo que, el propósito de vivir en sociedad radica en la satisfacción de necesidades materiales e inmateriales que permitan al género humano la perpetuidad de la especie, y se genera con ello el equilibrio dinámico que propicia el desarrollo de las sociedades.

En el misterio de la vida está la salud, por lo que satisfacer estas necesidades es una decisión intrínseca en la naturaleza humana (Gadamer, 2017). Satisfacer las necesidades propias de la naturaleza humana es un impulso que se comparte con la sociedad, siendo éste una característica que propicia su carácter social, dado que la función del carácter social según Fromm (1964) consiste en:

Modelar las energías de los individuos de la sociedad, de tal suerte que su conducta no sea asunto de decisión consiente en cuanto a seguir o no seguir la norma social, sino asunto de que se tiene que obrar como tienen que obrar, se encuentra al mismo tiempo placer en obrar como se tiene que obrar. (p.71)

El carácter social que vincula a sus miembros propicia que las necesidades materiales e inmateriales sean compartidas con los otros, al igual que las estrategias para abastecerlas; por lo que, no se puede pensar que una persona pueda vivir alejada del resto del grupo y de las reglas que permite que estos se vinculen. Según Giddens (1993) los interaccionistas son personas que pueden describirse como actores hábiles y creadores (p.23).

Lo anterior confluye con las ideas de Fromm, ya que este se refiere a las personas como creadoras y poseedoras de las cualidades para relacionarse con otros y participar de manera activa en su contexto. Habilidades fundamentales para alcanzar la satisfacción de sus necesidades, lo cual no significa que la relación entre las personas sea simbiótica, es decir, una sociedad sana no trata a sus miembros como instrumentos sino como colaboradores. Para Fromm (1964) las

personas son portadoras de las capacidades necesarias para la satisfacción de sus necesidades siempre y una vez que las condiciones socioculturales sean las idóneas para desarrollarse biopsicosocialmente.

En función de lo anterior el objetivo del estudio fue caracterizar el contexto donde emerge el carácter social que rige la salud mental de los alumnos con bajo desempeño académico y con reportes por conductas que alteran el orden.

Metodología

Esta investigación es cualitativa y analiza las características y las circunstancias de prácticas sociales del contexto sociocultural de la institución educativa, se recurrió a la etnometodología como metodología y la población a investigar fue la de los adolescentes de primer y segundo año con bajo rendimiento académico y que además han sido canalizados al personal de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular USAER por tener reportes por conductas que perturban el orden, siendo la entrevista a profundidad, la técnica a utilizar; y como instrumentos: el diario de campo y el cuestionario auto administrado. Para la compresión de los elementos subjetivos insertos en el contexto sociocultural que sirve de plataforma para las interacciones de la población escolar de la escuela Secundaria Adolfo López Mateos se eligió el análisis del discurso (AD) como método para analizar los datos simbólicos y los mensajes que pertenecen a este contexto (Diccionario de las Ciencias Sociales,2009).

Resultados

Al concebir Fromm a las personas como seres capaces de solventar sus necesidades pone el peso de su teoría sobre la salud mental en el *carácter social* que gobierna la interacción social. Los distintos modos de interactuar son organizados por las motivaciones que vinculan a las personas y las respuestas a esta interacción transitan entre el amor o la impiedad, la hostilidad y la solidaridad. En el caso particular de los alumnos de la escuela secundaria Adolfo López Mateos, ubicada en la sindicatura de Aguaruto en Culiacán, Sinaloa, el desarrollo del potencial del adolescente está engarzado con su desempeño académico

que a su vez expone los elementos que están a su alrededor y si estos permiten condiciones para que se mantenga o no la salud mental, individual y la del colectivo, ya que el poseerla devela su integración efectiva y afectiva al entorno. Según Fromm (1964):

> la persona mentalmente sana es la persona productiva y no enajenada; la persona que se relaciona amorosamente con el mundo y que emplea su razón para captar la realidad objetivamente; que se siente a sí misma como una entidad individual única, y al mismo tiempo se siente identificada con su prójimo; que no está sometida a una autoridad irracional y acepta de buena voluntad la autoridad racional; que está en proceso de nacer mientras vive, y considera el regalo de la vida como la oportunidad más. (p.5)

El carácter social de las diferentes situaciones hostiles que se presentan dentro y fuera de la institución educativa radica en lo que Fromm explica como "el núcleo de la estructura que es compartida por la mayoría de los individuos que comparten una misma cultura" (Fromm, 1964, p.71). El orden instaurado por la estructura como la asignación de roles, horarios, reglamentos oficiales, el reporte y las subsecuentes estrategias con las cuales se pretende mantener la disciplina tienen como resultado prácticas hostiles que significan un riesgo para la salud mental de la comunidad debido a que son la materialización de un carácter social hostil.

El carácter social hostil tiene como conducto prácticas sociales que emergen de contexto de la comunidad escolar de la Secundaria Adolfo López Mateos.

Estas prácticas hostiles modelan las respuestas de los alumnos de tal manera que se genera un orden informal propio del escenario sociocultural en el que se desarrolla la interacción de la comunidad escolar, dicho orden informal se mantiene a través de peleas fuera de la secundaria, *peleas* que debido a su recursividad (Giddens, 2011) se integran como practicas dentro del contexto sociocultural en el que sucede la vida cotidiana, por lo que de manera informal los estudiantes ostentan al poder físico sobre algunos de sus compañeros manteniendo el orden informal, mismo orden que necesita la intervención de la fuerza

pública para contener esta práctica sin conseguirlo, pues al día siguiente o cuando amerite un recordatorio de quien tiene el poder sobre tal situación, las peleas aparecen de nuevo ya que *la práctica de pelear fuera de las instalaciones de la secundaria* son asumidas como "lo que se tiene que hacer" es decir prácticas sociales que comunican a los integrantes de una comunidad.

Entonces se tiene que al ordenarse las prácticas sociales en el contexto establecen la ruta que sigue la dinámica de la vida cotidiana, donde una situación recurrente se convierte en una práctica (Giddens, 2011). Por lo que a la *práctica de pelear* como recurso para resolver desacuerdos se le suma como otra práctica recursiva y reflexiva la de acudir a la fuerza pública, la *práctica de tener patrullas* en los horarios de entrada y salida para tratar de mantener el orden, motivo por lo cual los integrantes de esta comunidad saben que iniciaran su día escolar con la presencia de *patrullas* para resguardar el orden (DC, 2018).

Las y los alumnos traspasan la frontera que significa la puerta e ingresan a un espacio donde los significados le han sido dados. Por ejemplo, el sonido de la chicharra avisa el inicio de las actividades académicas es un elemento que organiza la vida cotidiana escolar a la que él y ella se integran como parte de una generación más. La experiencia que se vive debido al significado que se le da al sonido se genera en tiempo presente *In situ*.

Se puede concebir la distinción de la puerta de entrada a la secundaria como la frontera de un territorio que se puede conquistar mientras se cumpla con los requisitos de ser parte de la comunidad escolar. Ejemplo de lo anterior se manifiesta en el siguiente fragmento:

> El uniforme de los hombres es pantalón azul que no se entalle al cuerpo y camisa de vestir blanca, pelo corto, y bien peinado. Las mujeres falda a la rodilla, sin maquillaje ni pintura en uñas, y blusa blanca bien planchada; donde pasadas las siete de la mañana la oportunidad de traspasar aquella frontera se pierde. (DC, 2018)

Las reglas de acceso al interior de la escuela establecen que ningún alumno o alumna ingresa al plantel después de las siete de la mañana, sin embargo, no todos se resignan a ser excluidos de un día escolar y

luchan contra las reglas y con el ejecutor de las mismas, quien de siete de la mañana a una de la tarde experimenta el poder de regresar a sus casas a los estudiantes. Giddens (2011) explica que en la organización social de la vida cotidiana la estructura posibilita la acción, atribuyéndole como propiedad las reglas y los recursos con los cuales las actividades de la acción tienen sentido en la realidad social. Estas reglas son asumidas por los alumnos de la comunidad escolar permitiendo que la rutina fluya. Sin embargo, al darse una ruptura en la rutina de los agentes se generan circunstancias en las cuales entran en operación los recursos con los que los participantes tratan de incorporase al flujo de la vida cotidiana. En palabras de Goffman sería reducir la contingencia.

En esta región la circunstancia generada por el retraso de una alumna y la obligación de mantener la puerta con cerrojo propicia la interacción de ambos, circunstancia que la alumna pretende transformar a través de la negociación, a pesar de que la regla especifica que "nadie puede ingresar al plantel después de la hora de entrada" y para hacerla valer, el personal hace uso de un candado del cual posee la llave.

En estas negociaciones se pone de manifiesto el acervo de estrategias naturalizadas por el escenario sociocultural e integradas como propias por cada agente, ya que "la cultura, ese documento activo, es pues pública" (Geertz 1992, p.24). Y aún, al depender de la encargada en ese momento de la entrada el abrir o dejar la puerta cerrada, esta interpela a la estudiante y argumenta que el motivo por el cual no se le permite ingresar al plantel no es un asunto de respetar las reglas establecidas sino porque: ¡no te quieren adentro los maestros! (le grita a la estudiante). (DC,2018). Obteniendo como respuesta un Si, si, ¡cállate! (contesta la estudiante) (DC, 2018)

Estas negociaciones se suscitan gracias a los conocimientos mutuos propiciados por las experiencias que le precede a la situación, pues como Kant afirma "no hay duda de que todos nuestros conocimientos comienzan con la experiencia" (Gadamer, 2017, p.5) y con las cuales se apropian de los elementos que regulan la acción. Esta interacción es vehiculizada por el discurso de los actores, motivo por el cual, el

discurso como acción social une a los participantes y evidencia el conocimiento adquirido en el escenario sociocultural imperante.

Si bien, las reglas sobre la manera en la que se deben dar las interacciones entre el personal administrativo y los alumnos de la secundaria no existen de manera escrita ni tienen una sanción punitiva, se puede observar que éstas aparecen al trastocar la cordialidad, y es en ese momento que

> la alumna responde gritando a la empleada e ignora la orden de retirarse de la puerta, y esta argumente - ¡Voy a esperar a las plebes!" (DC, 2018),
>
> esta situación podría pasar desapercibida o como un momento desafortunado, sin embargo, se pudo observar que: la psicóloga supliendo a la prefecta impedía a empujones y gritos a los alumnos que salieran del salón de clase - ¡que te metas! - ¡No. no vas a salir! -. (DC, 2018)

De esta acción se tuvo como respuesta la resistencia y hostilidad por parte de los estudiantes, generando así una relación de confrontación entre la autoridad y los estudiantes. (DC, 2018)

Al infringir la regla implícita de la cordialidad se tiene como resultado la misma intensidad con la cual se inició la ruptura de la regla pues de esta acción se tuvo como respuesta la resistencia y hostilidad por parte de los educandos, estableciendo como precedente del orden que llevará la interacción: los gritos. En los dos casos se trata de justificar que los gritos son necesarios pues la psicóloga al sentirse observada argumentó - los "plebes" no se aguantan-. (DC, 2018). En ambos casos existen elementos no verbales que muestran como estrategias el uso del poder físico, ya que la psicóloga impide que los alumnos salgan del salón a empujones y gritos y la empleada de la entrada al plantel trata de que la alumna se quite de la puerta, razón por la cual le grita a la joven.

Entendemos el grito como una herramienta sonora integrada por el personal para someter a los alumnos, si lo que se dice se analiza fuera del contexto y los gestos correspondieran a la cordialidad, se pensaría que no se transgreden las reglas prácticas implícitas en la interacción

social, sin embargo, se puede leer en Goffman que “en la interacción, lo que uno dice cuenta, pero lo que uno hace es igual de importante” (Galindo, 2014, p.25). Los roles que se asumen en cada contexto llevan implícitos esquemas de comportamiento que permiten a los otros orientar la acción y la respuesta que se espera de dicha interacción.

Otra práctica social que surge de las interacciones en la sede de la escuela secundaria son las palabras *hostiles en las paredes de los espacios públicos* como salones y baños donde se puede leer:

> vas a ver hija de tu #$%& madre, te llevó la #$%& [ambas expresiones significan amenazas latentes] zorra, #$%& [palabras para exponer la promiscuidad sexual de las destinatarias] (DC. 2018).

Estas estrategias son creadas con este lenguaje como elemento con el que los entrevistados constituyen sus marcos referenciales, mismos que servirán de medio de reproducción, pues gracias a la influencia que ejerce el lenguaje sobre la conducta misma sirven del marco de referencia al cual se recurre. (Giddens, 1993).

El amor se pone de manifiesto en el momento en el que los integrantes de la sociedad se sienten vinculados con los otros y hay condiciones para desplegar su potencial, por lo cual establecen alianzas para lograr el bien común. Sin embargo, en un contexto donde el lenguaje posee conceptos con los cuales se puede intimidar a sus miembros o palabras que significaran la humillación pública, el estudiante se contiene de desplegar esas competencias que no lo unen con el resto del grupo o colectivo.

La interacción delimitada por la jornada escolar y en la geografía de la secundaria genera experiencias que se integran al flujo de la vida cotidiana (Giddens, 2011) y se convierten en prácticas hostiles que se alejan de ser protectoras de la salud mental, Gadamer explica que el amor es un sentimiento propio de la naturaleza humana donde reside la salud, además subraya que la salud mental de las personas está en su relación con el mundo, partiendo de la visión de un ser social conectado al lugar que pertenece.

Revela que la "salud mental es, precisamente, un estado de la persona en su totalidad y no tan sólo el de un manojo de sus capacidades […] y abarca toda su relación con el mundo" (Gadamer, 2017, p.71). Pero si el contexto escolar al que pertenece la comunidad estudiantil, está constituido por prácticas desprovistas de amor, donde la hostilidad es el carácter social que modela las interacciones con los otros y provee del lenguaje con el cual se interpretará dicha relación, la identificación con los otros es modelada bajo los principios de hostilidad que afectan la salud mental, no solo de uno de los miembros sino que esta comunidad contiene elementos insalubres para la salud mental de la comunidad, aunque solo algunos de los integrantes presente síntomas según los estándares de las autoridades que ostentan el rol de expertos dentro de la secundaria.

El estudiante en su calidad de agente desde la perspectiva de Giddens (2011) construye su historia en circunstancias que le son dadas a través de las prácticas sociales que reproduce y produce siendo el ejercicio de su agencia el elemento que consolida el carácter hostil de la situación social mediante la interacción de los miembros de la comunidad.

La hostilidad que se manifiesta en las interacciones de los maestros o prefectos con los alumnos modela las respuestas de los estudiantes donde la recursividad de este tipo de interacciones naturaliza su respuesta, pues al enfrentarse a un personal que a empujones o arrebatando celulares que tratan de imponer un orden que no queda claro, estos responden a la interacción hostil con las practicas que ofrece el contexto.

> ¿Sabe por qué mandamos a la $#%"& [*insulto*] a las profes? - Ellos reconocían que no cumplían con algunas de las reglas impuestas por la institución, pero que los maestros cuando pasaban el reporte les adjudicaban más cargos de los que en realidad eran. Los alumnos del tercer grado narraron que en una ocasión su prefecta les exigió que le dieran el celular y al no ver respuesta, esta procedió a arrebatarles el dispositivo móvil. (DC, 2018).

Este carácter hostil que modela estas *palabras* o el *arrebatar los celulares* tiene como conducto las prácticas sociales pues estas

organizan la vida cotidiana y además son naturalizadas Galindo (2014), como estrategias en la interacción con los estudiantes, ya que según Giddens (2011) perpetúan y mantienen las condiciones en las cuales suceden los encuentros cara a cara de los diferentes actores dentro de la escuela secundaria, por lo que, la experiencia es producto de las practicas hostiles (Gadamer, 2017), de los alumnos y maestros o prefectos estableciendo vínculos hostiles o enajenados.

La presencia en la comunidad escolar de integrantes que perturban el bien común con acciones contrarias a la pauta que mantiene el orden social ponen en evidencia las formas de interacción social y los marcos referenciales dentro del contexto cultural al cual se pertenece (Galindo, 2014 y Van Dijk, 2013). Lo anterior puede entenderse partiendo de que "el hombre, está determinado por la organización social en que vive" (Fromm, 1964, p.19). Por lo tanto, la integración armoniosa entre las capacidades de las personas, la satisfacción de sus necesidades vitales y la cultura, generan el equilibrio social que pone de manifiesto la salud mental, porque como afirma Fromm (1964), una sociedad que propicia la salud mental es aquella que:

> Fomenta la solidaridad humana y que no sólo permite, sino que estimula, a sus individuos a tratarse con amor; una sociedad sana estimula la actividad productiva de todo el mundo en su trabajo, fomenta el desarrollo de la razón. (p. 225)

Las determinantes sociales de la salud mental según la oficina de investigación científica y tecnológica para el congreso de la unión (INCYTU, 2018) señalan varios factores de riesgo en el contexto escolar, siendo el primero de ellos las peleas, de las cuales se obtuvo evidencia empírica recabada mediante las entrevistas a los empleados donde afirmaron que:

Se pelean cada tercer día. El otro día, unas muchachas se estaban peleando y yo las separe, una estaba enferma del corazón y no se quería pelear, pero la jalaban para la vuelta para pelearse. (Empleada de uno de los comercios fuera del plantel, (DC, 2018)

Otro factor de riesgo en las escuelas son la carencia de vínculos afectivos ([amigos y maestros] INCYTU, 2018) en las entrevistas los alumnos y alumnas expresaron que:

- Las plebes me molestan que, porque apesto, pero no es cierto, la otra vez ni estaba en el salón, cuando entré, todos empezaron a decir que apestaba. (A: 1)
- Yo nomas le hago caso a mi novia y a mi mamá […] lo maestros la traen conmigo. (A: 7)
- Me caen mal los maestros, nunca cumplen sus tratos, por eso me les pinteo. (A: 3)
- Pues fui por la silla, y cuando me iba a sentar, estaban […] -compañeras de la entrevistada- agarraron sus libros y los pusieron ahí y ¿A mí qué me da a entender? pues que la tienen ocupada, que no quieren que me siente, y me dijeron aquí no hay ninguna silla. Y me dijo él -el maestro-, ya siéntate o no nos vamos a ir. (A: 4)
- Yo parada ahí y un compañero tenía las piernas así […] y viendo lo que estaba haciendo el profe no fue para quitar las piernas, una amiga le dijo -a un compañero de ella- baja las piernas por favor. (A: 3)
- Es que la mayoría me dice: es que estás bien fea. (A: 2)
- Si. Ese profe me trata muy feo. (A: 2)
- Mientras que los discursos persuasivos de algunos maestros para que los alumnos mantengan la conducta adecuada dentro del salón son expresiones hostiles, como a continuación lo indican los entrevistados:
- Y me dijo ¡Sí ya perra vete a sentar! y yo me quede, así como, no pues yo no dije nada. (A: 2)

A estos factores de riesgo le siguen el manejo inadecuado de la conducta, fracaso o deserción escolar, cambios de escuela, relaciones insatisfactorias, falta de expectativas y expectativas falsas, en este punto los entrevistados respondieron que:

- Los maestros no cumplen sus propias reglas. (A: 5)
- Yo me la pinteo porque mis amigos me dicen, sé que está mal,
- pero ni modo que me quede sola. (A: 4)

Tabla 1

Total de alumnos de 1 y 2 grado con reportes y bajo desempeño académico.

Grupo	1A	B	1C	1D	2A	2B	2C	2D
Género Femenino	1	1	4	2	1	2	2	1
Género Masculino	5	3	4	2	2	2	2	1

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la tabla 1 según los criterios de INCYTU 2018 existe una relación entre los reportes por conductas que perturban el orden y el bajo desempeño académico, sin embargo, las acciones que dieron motivo a dicho reporte están consolidadas en el contexto escolar como prácticas hostiles que son ejecutadas también por maestros y prefectos. En la tabla 2 se puede observar el grito y los empujones como motivo del reporte a los estudiantes se ve a continuación:

Tabla 2. Motivo del reporte

# de entrevista	**Género**	**Grado**	**No. De Reportes.**	**Motivo del reporte.**
1	M	2do.	4	*Peleas*, platicas durante las clases, pintearse [salir sin permiso del salón de clase], defenderse de los compañeros.
2	F	1ero	7	Pintearse, *gritarle al maestro*, no trabajar, platicar durante la clase, *peleas*.
3	M	2do	15	Pintearse, *gritarle al maestro, peleas*, flojera.
4	F	2do	0	Pintearse y platicas durante las clases. (sin ser descubierta)
5	M	1ero	3	Pintearse y flojera.
6	F	2do	4	Platicar y *gritarles a los maestros pelear*.
7	M	1ero	15-20	Gritarles a los maestros, peleas, jugar futbol.

Fuente: Elaboración propia

Las prácticas sociales comunican el carácter social de los actos realizados, proporcionan estrategias a los alumnos para la resolución de los conflictos que se les presentan en la convivencia día a día, de modo

que las palabras “puta”, “zorra”, planchada en las paredes de la escuela y los gritos por parte del personal administrativo y aquellos regaños en los que afectan su identidad son elementos con los cuales ellos responden y que cuya consecuencia de sus reacciones contribuye a ser propenso a afectar su salud mental y bajo desempeño académico o un alumno con un número significativo de reportes.

Conclusiones

La construcción del otro como receptor y emisor de la hostilidad, se produce y reproduce dentro de los esquemas referenciales generados en el contexto. Las decisiones que los agentes han tomado al dar respuesta a las interacciones han allanado el camino por el cual transitan y lo han hecho con elementos que ellos mismos han encontrado y producido para trazar esa ruta a su destino.

En la escuela secundaria Adolfo López Mateos podemos distinguir en alumnos y alumnas con reportes por transgredir el orden, la influencia tanto práctica como discursiva de la hostilidad, la agresividad e intimidación como el carácter social que se materializa en prácticas sociales de riesgo para la salud mental de la comunidad. Por lo que se puede concluir que al integrarse estas prácticas al escenario sociocultural generan circunstancias fecundas propicias para la aparición de futuros problemas de salud mental.

Los alumnos son sancionados a través del reporte por gritarles a sus profesores y por peleas con otros miembros de la comunidad escolar dentro de la institución educativa, sin embargo, se encontró como resultado de las observaciones y entrevistas al interior del plantel que a estas prácticas sociales de riesgo también son ejecutadas por el personal académico y administrativo, prácticas que forman parte de un conjunto de conductas que según el protocolo de actuación de la Secretaria de Educación Pública se catalogan como conductas que perturban el orden. El carácter hostil de estas prácticas sociales las vincula a aquellas que son determinantes sociales para la obstaculización de la salud mental de la comunidad, motivo por el cual el grito y las peleas son práctica de riesgo para la salud mental de los integrantes que comparten el carácter hostil del contexto escolar.

Estas prácticas de riesgo emergieron de la experiencia sui generis de los agentes, que interactúan con los elementos del orden informal en la escuela, teniendo como consecuencia la integración de estas prácticas al orden naturalizado por los agentes en el interior de la institución educativa. Esta dinámica es la que provoca que se integren gradualmente a las prácticas constituyentes de la vida escolar generando el orden y la forma en la que sucede la realidad social, se propicia así que las prácticas de riesgo sean utilizadas recurrentemente como parte de las respuestas de las interacciones.

Las prácticas sociales de riesgo son la manifestación de los contenidos y significados que impregnan la vida cotidiana del alumnado, escenario sobre el cual operan los conocimientos adquiridos, aprendizajes que para los alumnos representan estrategias para defenderse y que para los maestros, prefectos y personal administrativo son la manifestación de los problemas de conducta de los estudiantes.

Estas prácticas sociales de carácter hostil se han consolidado porque son producto de la creación e interpretación de los participantes de la vida social. El grito, las peleas y el grafiti representan el carácter hostil de las interacciones. Estas prácticas de riesgo dentro de la institución educativa significan un puente a aquellas determinantes sociales que afectan la salud mental de una comunidad por lo que los programas de gobierno no logran transformar la realidad sentida de las personas en su contexto, aun cuando el compromiso y la vocación del director y algunos miembros de USAER y la planta docente, así como la dedicación de madres y padres de familia se manifieste, no tiene los resultados que se han propuesto.

Los problemas de conducta de alumnos y alumnas que tienen bajo desempeño académico no son exclusivos del grupo de entrevistados, por el contrario según los resultados expuestos, estas situaciones se pueden agravar de no intervenir en las prácticas que pusieron en esta posición a los jóvenes, por lo que estas prácticas sociales de riesgo generan la posibilidad de que en un futuro presenten alguno de los trastornos mentales catalogados por la OMS, situación que significaría un obstáculo en la acreditación de competencias con las cuales puedan ingresar al bachillerato como peldaño de una meta superior.

La expansión de estas situaciones es evidencia de la falta del elemento integrador de las estrategias emprendidas en beneficio de mejorar las condiciones en las cuales los estudiantes cursan su vida académica, donde el elemento integrador entre los recursos diseñados y propuestos por las instancias gubernamentales y las acciones emprendidas por los actores sociales son las prácticas sociales de la vida cotidiana in situ que contenga el carácter social del amor al otro en la esencia de las prácticas.

Prácticas sociales que sean modeladas por la solidaridad, la empatía, y la misericordia, y estas sean los elementos mediante los cuales se construya la identidad colectiva y por lo tanto se expongan como elementos para resolver las vicisitudes propias de la vida en sociedad y estas sean reproducidas por agentes que reflexionen su accionar con elementos que mantienen y perpetúan prácticas que propician condiciones en las que los integrantes de la sociedad puedan en libertad desplegar de manera óptima su potencialidad y mejorar su salud mental.

Referencias

Fromm, E. (1964). Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Hacia una sociedad sana. Fondo de cultura económica. México.

Gadamer H, (2017). El estado oculto de la salud. Editorial GEDISA.

https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9788497842167_A29682731/preview-9788497842167_A29682731.pdf

Galindo, J. (2014) Erving Goffman y el orden de la interacción. Acta sociológicanúm. 66, enero-abril de 2015, pp. 11-34

Geertz, C. (1992) La Interpretación De Las Culturas. Editorial Gedisa, recuperado de: Clifford Geertz-La interpretacion de las Culturas.pdf - Google Drive

Giddens, A. (1993) Las nuevas reglas del método sociológico. Critica positivade las sociologías interpretativas. Editorial Amorrortu.

Giddens, A. (2011) La Constitución De La Sociedad. Editorial Amorrortu. Oficina de información científica y tecnológica para el Congreso de la Unión (2018). Ciudad de México. En:

INCYTU_18-012.pdf (foroconsultivo.org.mx)

Organización Mundial de la Salud (2013) Plan de acción sobre salud

mental 2013-2020. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
Recuperado de www.who.int.
Reyes, R. (2009). Diccionario Crítico de Ciencias Sociales.
Van Dijk, T. (2013) Análisis del discurso y el contexto. (Andrea Lizosain. Trad). Editorial Gedisa. Recuperado de: Discurso y contexto: Un enfoque sociocognitivo (Cla·De·Ma) (Spanish Edition) (clea.edu.mx)

Impacto del Covid 19 en el Aspecto Social y psicológico en los pobladores del Valle del Mantaro, Perú

Julissa Karent Muñoz Rojas
Ricardo Walter Soto Sulca
Yulia Nadia Cáceres Quispea[16]

Resumen

A nivel global estamos inmersos en una crisis de salud masiva que requiere cambios a gran escala en nuestro comportamiento y dentro de los diversos espacios donde nos desenvolvemos. La pandemia trajo consigo impactos a nivel social, político, cultura. A nivel individual el efecto de sobrecarga psicológica es importante para las personas y los efectos se pueden evidenciar en diversos entornos como lo es el entorno social y la salud mental. El Estado peruano instó medidas a fin de evitar un contagio masivo de las personas por ejemplo el aislamiento social, cuarentena y otras acciones necesarias para frenar la rápida expansión del coronavirus y reducir la mortandad. La presente investigación identifica los impactos del COVID-19 en el aspecto social y psicológico de los pobladores del Valle del Mantaro, investigación de enfoque mixto se utilizan técnicas como la encuesta y la entrevista con una muestra de 120 personas entre varones en mujeres que habitan principalmente en las zonas rurales del Valle del Mantaro, haciendo uso del método análisis síntesis. Los resultados mostraron en el aspecto social en relación a la dimensión educación se evidenciado las brechas de desigualdades por el acceso a los servicios de internet, en la dimensión convivencia del hogar, se identificaron aspectos positivos como es la practica permanente de hábitos de higiene en la familia. Con relación al aspecto psicológico los resultados en salud mental muestran

[16] Profesoras de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional del Centro del Perú (UNCP), Huancayo-Perú.

que un elevado número de personas presentaron sentimientos de angustia, ansiedad, miedo, a consecuencia del confinamiento.

Introducción

La propagación del COVID-19, las defunciones que está a generando y las medidas implementadas para frenar su avance ha trastocado nuestras vidas cotidianas hasta extremos inauditos. Países totalmente confinados, desvanecimiento de la economía; por otro lado, países declarándose en estado de emergencia, control en las fronteras, horarios restringidos, implementación de medidas de seguridad, las colas interminables en los centros de abastos y bancos todo ello con el objetivo de controlar la propagación del virus y salvaguardar la vida de todos los ciudadanos. Sin duda alguna la precaución que mayor impacto ha generado probablemente es el confinamiento social obligatorio y el distanciamiento social, que se exige por numerosos Gobiernos. Las medidas de protección de vigilancia de la salud han hecho que las personas dejen de lado sus actividades diarias como por el ejemplo el trabajo y ello trajo consigo el impacto económico, social y psicológico (Asensio, 2020) todo ello sumando al desempleo que causaba la pandemia mostrando los más altos índices en los años 2019-2020 (OIT, 2020).

Para contrarrestar la situación económica de los ciudadanos que no podían desenvolverse en un determinado entorno laboral, el Gobierno tomo una serie de medidas: la entrega de bonos económicos para la población más vulnerable, prórroga de pago de aranceles, surgiendo también diversas maneras de ayuda a las MYPES. Estas normas han cambiado y reestructurado en cada departamento del Perú, algunas aún se mantienen vigentes, sin embargo, a pesar de ello centenares de jefes de familia están obligados a realizar trabajos informales a partir de los despidos injustificados y salarios por debajo del mínimo básico. Ello como consecuencia a que gran parte de las empresas desde la más pequeña se encontraban en quiebra. Según el informe del FocusEconomics Consensus Forecast Laten Focus (2021) “La tasa de desempleo en Perú se ubicará en quinto lugar este año 2021 con 10.3%”

Es inevitable hacer referencia que dicha crisis también trajo consigo la agudización de la pobreza, las desigualdades de clases sociales y el

desconcierto en todas las personas debido a la crisis originada por la pandemia que a su vez impacto de forma negativa, trayendo consigo efectos perjudiciales en lo social, salud, educación y el empleo. Las crisis ocasionadas por la pandemia, afecta también la empleabilidad y con ella las formas, tipos y calidad de trabajo.

Haciendo referencia al aspecto social en la dimensión de la educación, el COVID-19 genera grandes impactos y efectos como son: el cambio de modalidad de enseñanza teniéndose que implementar medidas para una educación virtual a fin de evitar deserción de los estudiantes y pérdida del año académico se instó el programa educativo "aprendo en casa" entre otras medidas emanadas por el ministerio de educación (MINUDU, 2019). Es así que el impacto generado por la actual pandemia, ha considerado a la tecnología como un elemento facilitador que permite apoyar una estrategia más amplia para combatir el distanciamiento social, al tiempo que permite la proximidad social y sirve como una herramienta para mejorar la cohesión social, y por ende la productividad en la mayoría de sectores económicos.

Un dato importante que se debe poner atención es en la escolarización si es factible y accesible para la sociedad, sabemos que es poco probable que proporcione en los estudiantes el mismo conocimiento que la enseñanza presencial. Para muchos niños de los sectores más pobres de la sociedad, esto puede que no solo ser simplemente una opción. Entonces si las medidas continúan afectando al sector educativo durante más tiempo, será probable que muchos nunca regresen a la escuela y entren en su vida laboral antes de lo previsto e incluso aquellos que regresen habrán perdido meses o incluso años de educación, lo que debilitara sus ingresos futuros y sus perspectivas de movilidad social.

En relación con la salud mental en los países de Asia y China valora el impacto psicológico de la pandemia como moderado y grave que trae consigo síntomas de ansiedad, síntomas depresivos, niveles de estrés moderado o grave. Se hace también referencia a que la principal preocupación fue que los miembros de la familia se contagiaran de coronavirus (OMS; 2020), es por ello por lo que la presente investigación indaga sobre los efectos psicológicos causados por la

pandemia. Según el Ministerio de Salud en Perú una cara oculta de la pandemia que se vuelve cada vez más evidente son las consecuencias psicológicas que son depresión, estrés, apatía, ansiedad, irritabilidad, insomnio, ira, agotamiento emocional, trastorno de estrés postraumático, dificultad de concentración y deficiente rendimiento laboral. MINSA (2021)

En relación con la convivencia del hogar algunos estudios internacionales en los países de Estados Unidos, China, el Reino Unido y otros hacen referencia que los caos de violencia doméstica se han incrementado desde que comenzó el COVID-19 (UNFPA, 2021). En el Valle del Mantaro, la COVID 19 no sólo ha dejado problemas de salud física, sino también según la DIRESA (2020) "afectó la salud mental de 3 mil 554 personas; quienes recibieron atención en los Centros de Salud Mental Comunitarios" (CSMC) implementados por el Gobierno Regional Junín, con el propósito de atender a la población ante problemas de ansiedad, depresión y trastornos por estrés. Por otro lado, las mujeres fueron privadas de recursos económicos, recurriendo así a trabajos precarios en las calles. "El aumento de las demandas de los hogares también disminuyó sus oportunidades de educación a la vez que aumento su exposición al virus" (Carvajal, 2020)

La fuerte convulsión de la pandemia ha generado innumerables costos tanto económicos como sociales porque llegó después de varios años de un desempeño y tras un periodo de agitación social que perjudico a algunos países a finales de 2019, es probable que los niveles de empleo y aprendizaje reduzcan los ingresos futuros, mientras que en el sector financiero se podría propiciar cierta tensión por el elevado nivel de endeudamiento público y privado y retardar la pronta recuperación de estas.

Se requiere encontrar el equilibrio entre el rol del Estado, el mercado y la sociedad, para así alcanzar un mayor grado de rendición de cuentas y niveles más altos de inclusión para consolidar la democracia, buscando el fortalecimiento del Estado de derecho, protegiendo y promoviendo los derechos humanos. Muchos países latinoamericanos han ido reactivando la economía en sus países y reduciendo el control frente a las medidas asumidas por sus gobiernos como las cuarentenas

obligatorias y los cierres temporales. Debido que, a estas alturas, los gobiernos tienen que concentrarse en proteger a los más vulnerables mientras reajustan algunos estándares de salud y seguridad en todos los sectores y actividades, de modo que la propagación del virus permanezca baja mientras la sociedad continua con sus actividades y la vida cotidiana en la que se encuentran inmersos.

EL efecto que trajo consigo la pandemia es multidimensional ya que nuestro país, tiene diversas características que lo diferencian del resto de los otros países del mundo. Los sistemas de salud son precarios y segmentados, pese al acceso universal que dispone el Estado para garantizar, enfrentar la crisis sanitaria. Según la Organización Peruana de la Salud (2019) "Los sistemas de salud se organizan en torno a servicios en el sector público para las personas de bajos ingresos, servicios del seguro social para los trabajadores formales y servicios privados para quienes puedan costearlos, de esta manera, los sistemas permanecen segregados y claramente desiguales al ofrecer servicios de distinta calidad a diferentes grupos poblacionales".

Además, COVID-19 ha ocasionado diversas manifestaciones de violencia dentro de las familias donde en algunos casos generó más agudización de la misma por ende el incremento de casos que trae consigo las posibilidades de no acceder a justicia, desprotección y el escaso bienestar para quienes son víctimas de estas formas de violencia. Además, sumado a ello la carga laboral doméstico ha recaído con mayor episodio en las mujeres siendo aún más vulnerables. Por ello, es sumamente indispensable difundir la gravedad del impacto de género de la pandemia, que busque atender las necesidades específicas de las mujeres.

Por lo descrito anteriormente, el presente trabajo de investigación busca identificar el impacto del COVID 19 en las manifestaciones sociales/aspecto social y psicológico, pues la sociedad está inmersa en la primera pandemia global de la historia, que se transmitió tan velozmente como ninguna otra, una enfermedad que consiguió poner a los países declararse en estado de emergencia, incluso antes que se expanda físicamente el virus. Donde las formas de tratar de controlar la pandemia como el de estar en una cuarentena total y el distanciamiento

social, fueron básicas permitiendo así el control y manejo hospitalario del virus de tal manera que nos permitió el cuidado al derecho fundamental que emana de nuestra constitución política del Perú que es el derecho a la vida, permitiendo el cuidado y vigilancia de la salud, sin embargo, todo ello ocasiono un efecto en el aspecto social y psicológico de las personas. Por lo tanto, es posible haber sistematizado la información sobre los efectos de la COVID19 en los aspectos sociales y psicológicos, además, para producir bibliografía actual y esencial para el desarrollo de medidas de prevención en la Comunidad, para reducir el riesgo de desastres contra COVID-19.

Materiales y Métodos

Es un estudio de diseño no experimental descriptiva, la investigación busca medir el efecto que ocasiono el COVID-19 en los pobladores del Valle del Mantaro y determinar cómo se relaciona con el aspecto psicológico y social. La investigación fue de enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo las técnicas empleadas para la recolección de datos fueron la encuesta y la entrevista utilizándose el método de análisis síntesis. Los participantes en el estudio fueron 120 pobladores del Valle del Mantaro.

Resultados

Aspecto social: en relación al aspecto social, en la presente investigación se identifican dos dimensiones principales:

- *Educación*

Un aspecto más relevante de analizar es la educación y el impacto que trajo consigo el COVID 19 en el proceso de enseñanza de los estudiantes de los diferentes niveles, de tal manera que para la presente investigación se analiza y describe las características principales de la educación en tiempos de pandemia, siendo así necesario conocer la educación antes y durante la pandemia.

En primer lugar, se identificó la percepción de los pobladores en relación con la educación antes y durante la pandemia a fin de encontrar

diferencias o similitudes sobre las respuestas que después nos conllevaran a realizar un análisis exhaustivo en tal sentido se obtuvieron los siguientes resultados:

> …Era maso menos, no tan buena, pero si se veía que aprendían en la escuela (E1.M32)
>
> …De manera presencial, aprendían mejor y ocupaban su tiempo en actividades positivas para la educación y desarrollo personal. (E2 F36)
>
> …Presencial y con bastante contacto con su docente y fluidez, así mismo con bastante carga de actividades formativas y educativas (E10 F32)

Tabla 1. La pandemia afecto la educación

N°	Alternativas	Frecuencia
1	Si	75
2	No	5.4
3	No sabe /no opina	12.5

Fuente: Encuesta aplicada a pobladores del Valle del Mantaro 2022

Al consultar sobre si la pandemia afecto la educación 75% de entrevistados responden que sí; la manera de como afecto la educación se obtienen las siguientes respuestas:

> … En las clases virtuales se distraían, no era igual que en presencial, pues en la casa hay muchos más distractores (E1.M32)
>
> …. Que no prestaban atención por las distracciones y no tenían la posibilidad de preguntar al docente libremente si había algún problema (E2 F36)
>
> … Porque mi hijo no socializo con sus compañeros y el retorno de clases fue complicado (E4 F38)

El 75% de encuestados hacen referencia que la pandemia afecto la educación de sus hijos porque las clases virtuales no eran iguales a la clases presenciales, se evidencia respuestas relacionados a nivel del estudiante que encontraban muchos distractores al momento de realizar sus clases (redes sociales, chats, entre otros); así mismo manifiestan que algunos docentes no conocían el adecuado manejo de la tecnología lo que limitaba el desarrollo de las clases con normalidad; y finalmente los padres de familia señalan que fueron ellos los que tenían que estar

sentados o vigilar el proceso de enseñanza de sus hijos sobre todo los del nivel inicial.

Otro aspecto importante a describir dentro de la educación es el acceso a los medios digitales de las familias; puesto que para el inicio de las clases virtuales demanda la utilización de computadores, celulares de tecnología media y sobre todo el acceso a internet.Se evidencia que el 55.4% de los entrevistados contaban con acceso a los medios digitales para el desarrollo de las clases, entre las respuestas más resaltantes podemos destacar que contaban con celulares de gama media y estos contaban con acceso a internet. Sin embargo, el 44.6 % no contaban con los medios digitales necesarios para la realización de las clases virtuales. En este sentido, se cuestionó sobre las acciones que realizan si no contaban con los medios digitales, obteniendo como respuestas:

> …Mi hija estudiaba con mi celular y gracias a una vecina quien pudo brindarnos internet, pero claramente teníamos que pagar al mes mediante su utilidad (E6 F50)
>
> …Acudíamos al municipio, que ellos si contaban con internet (E11 F62.)
>
> …Ahorrar para adquirir una laptop y pedir prestado algún familiar (E20 F46)

Tabla 2. Medios digitales para el acceso a clases

No.	Alternativas	Frecuencia
1	Si	55.4
2	No	44.6
3	No sabe /no opina	0

Fuente: Encuesta aplicada a pobladores del Valle del Mantaro 2022.

En las respuestas se resalta los diversos mecanismos mediante los cuales los padres tuvieron que hacerle frente a esta necesidad de contar con los medios digitales, siendo las acciones más frecuentes el préstamo, el ahorro para la compra de un equipo de cómputo, entre otras estrategias que faciliten el desarrollo de clases de sus hijos.

Otro aspecto importante para conocer en la presente investigación es sobre si las clases virtuales ofrecían que los niños adquieran aprendizajes significativos, obteniendo los siguientes resultados: los

padres de familia entrevistados responden en 46.4% que sus hijos no obtuvieron aprendizajes significativos por diversas razones los distractores de los niños; en relación a los docentes se hace referencia a la falta de seguimiento adecuado y la metodología de enseñanza. Así mismo el 37.5% hacen referencia de que si aprendieron sus hijos pero que fueron ellos los que acompañaron el proceso de desarrollo de clases durante la virtualidad:

> …Porque no hay la atención ni facilidades como en clases presenciales, menos la exigencia; se veía el bajo nivel durante los exámenes (E2 F36
>
> … No ha aprendido mucho porque no era tan exigente y no había un seguimiento adecuado por parte de los profesores (E3 F25
>
> … porque como esta en inicial tuve que sentarme con las todas las clases, nunca lo dejé solo en sus clases porque temía que no aprendiera (E4 F38)
>
> … Porque los maestros no dictaban clases virtuales, y solo dejaban tarea sin ninguna explicación. (E11 F62)

Tabla 3. Aprendizaje en la educación virtual

No.	Alternativas	Frecuencia
1	Si	37.5
2	No	46.4
3	No sabe /no opina	12

Fuente: Encuesta aplicada a pobladores del Valle del Mantaro 2022.

Convivencia en el hogar:

Así mismo, como se hizo referencia, a fin de evitar el contagio por COVID el estado peruano tomo una serie de medias necesarios para contrarrestar los efectos del COVID, siendo una orden permanecer en estado de cuarentena y la inmovilización social, por ello se considera trascendente analizar la convivencia dentro del hogar en vista al cambio drástico que se da en relación a la permanencia en los hogares y paralizar las diversas actividades económicas, en tal sentido se realizaron preguntas a cómo era la convivencia en el hogar antes de la pandemia y después de la pandemia. Obteniendo los siguientes resultados:

> …tranquilo y los miembros de la familia que éramos jóvenes teníamos que asumir nuevos roles con la finalidad de cuidar a los adultos mayores y niños de casa (E4 F38)
> …Si, Era normal, unos trabajábamos otros estudiábamos, solo en las comidas compartíamos un poco nuestro día (E1.M32)
> Al preguntar sobre la convivencia durante la pandemia:
> … Si, Fue un poco más unida, teníamos un poco más de tiempo para conversar y compartir en familia (E1.M32)
> … Parecía que ya no se aguantaban ver, empezó a dificultarse (E9 F44)
> … con temor porque nos separamos de familiares que nos visitaban y teníamos que aislarnos y no siempre fue fácil manejar esa situación (E10 F32)

Dentro de las respuestas brindadas por los entrevistados manifiestan que la convivencia dentro del hogar era buena y durante la pandemia dentro de la convivencia en el hogar se expresaban situaciones de corte psicosocial como por ejemplo estrés, algunas discusiones dentro del hogar.

En tal sentido en base a las respuestas obtenidas, se determinó necesario elaborar la pregunta en base a que la pandemia agudizo algunos problemas sociales dentro del hogar, obteniéndose que el 65% de entrevistados hacen referencia de que la pandemia agudizo problemas dentro del hogar, puesto que como no se podía trabajar o realizar actividades que permitan la solvencia económica del hogar señalan como principal problema los del entorno económico que se presentaban en la pandemia; así mismo se hace importante señalar que entre otros problemas que se presentan es la limitación de los espacios de socialización de sus hijos en vista que se encuentran aislados en casa.

> Problemas relacionados a la economía con los trabajos independientes que realizaban (E4 F38)
> Problemas económicos y de salud, así mismo estrés y poca tolerancia a los vecinos q estaban enfermos o contagiados (E10 F32)
> La socialización de mi hijo, ya no quiere volver a las clases presenciales (E14 F37)

Tabla 4. Agudización de problemas durante la pandemia

No.	Alternativas	Frecuencia
1	Si	65
2	No	42
3	No sabe /no opina	3

Fuente: Entrevista aplicada a pobladores del Valle del Mantaro 2022.

También se puede apreciar que el 42% de familias responden que la pandemia no trajo consigo ningún problema, a lo que se le formula la pregunta de qué aspectos positivos trajo consigo la pandemia, obteniendo como resultado:

> Si, Mayor comunicación y comprensión entre nosotros. (E1.M32)
> Más que nada la comunicación y la unión familiar; tuvimos que hacer frente al COVID todos juntos (E4 F38)
> Porque valoramos más la importancia de la familia y de decirnos el afecto que sentimos el uno por el otro (E10 F32)

Se evidencia que el 57.1% hace referencia que la pandemia trajo consigo aspectos positivos como por ejemplo la mejora de prácticas de higiene y salubridad de la familia, estar mucho más pendiente de la salud y cuidar su salud, y en relación a la familia valoran el sentimiento de cercanía con sus familiares (unión familiar para hacer frente a los problemas del COVID), en algunos casos la mejora de comunicación en el hogar, entre otros.

El Valle del Mantaro es un lugar donde se manifiestan altos índices de violencia familiar, por ello consideramos importante realizar el interrogante relacionado a que si el encuestado fue testigo de un hecho de violencia dentro y fuera de hogar: Donde se evidencia que 73.3% de los entrevistados no fueron testigos o víctimas de violencia familiar dentro de sus hogares o en su vecindario. A diferencia de un 15% que manifestaron que si fueron víctimas de violencia familiar.

> … No fue en mi casa, pero si en la casa donde vivía mi hijo que fue víctima de violencia por parte de su madre (E13 F38)
> … Fue por la separación con mi esposo y por la violencia psicológica que recibía, en ese entonces me fui a vivir a otro cuarto y él se quedó a vivir solo con mi hija, a la cual le agredió verbalmente, pero la situación mejoró notablemente. (E33 F43)

Tabla 5. Aspectos positivos que trajo consigo la pandemia

No.	Alternativas	Frecuencia
1	Si	57.1
2	No	39.3
3	No sabe /no opina	5.4

Fuente: Encuesta aplicada a pobladores del Valle del Mantaro 2022.

Con relación a la variable de aspecto psicológico, la pandemia de COVID 19 cambio la manera de vivir a la que estábamos acostumbrados lo que produjo incertidumbre, rutinas diarias alteras, presiones económicas y el aislamiento social, por ello se considera necesario elaborar preguntasen relación al aspecto psicológico, en tal sentido se formula la interrogante de sentimientos expresados durante la pandemia.

Salud mental

Como se evidencia en los resultados la preocupación por enfermarse, el tiempo de permanecer aislados, la situación económica, el exceso de información errónea, los rumores, entre otros hacen que las personas expresen emociones como es el miedo 43%, angustia 25%, frustración (21%), tristeza (14%). Todos estos sentimientos y emociones se expresan en:

> … Porque había un momento donde queríamos salir, pero no podíamos y a veces estar encerrado deprimía mucho. Además, daba miedo contagiarnos o tristeza al enterarse que un familiar se contagió de COVID (E1.M32)
>
> … Porque no cambio muy drásticamente mi vida, solo las clases y los cuidados de la salud (E2 F36)
>
> … Porque no podía salir, no podía hacer algunas cosas que antes podía, y en mi casa me sentía mal y a veces lloraba (E3 F25)
>
> … Porque ya había perdido muchos familiares por causa del covid y no conocíamos la enfermedad ni sus efectos y todo comenzó a subir de precio y no alcanzábamos a comprar lo necesario (E10 F32)

Por ello se elaboró la pregunta de qué acciones se realizaron para superar estas patologías psicológicas:

… Nos recomendaron, hacer ejercicios y jugar en familia (E1.M32)
… Trabajar y dejar de ver las noticias porque solo me angustiaban mas (E10 F32)
… Busqué nuevas formas de generar ingresos (E13 F38)

Dentro de las acciones que los entrevistas responden se puede evidenciar que se dedicaban a las actividades físicas con la finalidad de evitar entre ellos diversos pensamientos y emociones expresadas entre ellos, como por ejemplo pasar más tiempo en familia y dedicarse al desarrollo de actividades deportivas. Así mismo, dentro de la pandemia y las consecuencias económicas que trajo consigo fue las nuevas formas de reinventarse para hacer frente a la estancada economía de los hogares buscando así nuevos ingresos para enfrentar las necesidades del hogar

Sin duda alguna, el COVID trajo consigo el miedo (44.6%) en las personas, miedo a contagiarse, miedo a la muerte, miedo a la inversión económica para el adecuado tratamiento del mismo y el miedo a las secuelas a la salud como efecto de haber contraído esta enfermedad. En relación a la angustia (35.7) expresado como un sentimiento desagradable que afecta la forma en la que razonamos o actuamos pudiendo hacer más difícil enfrentarse al COVID, así como lidiar con los síntomas, el tratamiento y las secuelas que ésta origina. Todos estos sentimientos fueron expresados por diversas razones como es el de sentirse siempre expuestos al peligro y por las posibles secuelas causadas por haber contraído el virus, así mismo expresan la necesidad de cambiar hábitos para el cuidado de su salud.

Tabla 6. Sentimiento expresado durante la pandemia

No.	Alternativas	Frecuencia
1	Frustrado	21.4
2	Airado	0
3	Triste	14.3
4	Con miedo	42. 9
5	Angustia	25
6	Tranquilo	1.8
7	Otros	0

Fuente: Encuesta aplicada a pobladores del Valle del Mantaro 2022.

Discusiones

La población a nivel mundial está afrontando una situación de emergencia sanitaria por la propagación de la pandemia, evidenciándose múltiples problemáticas en el ámbito social y económico la totalidad de países ha decretado el cierre de todas las actividades presenciales. Nuestro país el 15 de marzo del 2020 declara el estado de emergencia, impulsando una serie de medidas para frenar el incremento de la enfermedad siendo una de ellas el confinamiento de las familias, paralización de las actividades económicas, el cierre de las instituciones educativas entre otras, estos hechos a generado diversos estímulos de estrés, afectando a los factores del bienestar físico y psicológico como la pérdida de hábitos y rutinas, y el estrés psicosocial, de acuerdo al primer estudio que analiza el impacto psicológico de la cuarentena por COVID-19 en China (Wang, Pan et al., 2020).

En el análisis desarrollado en la presente investigación identificamos los impactos que ha generado el aspecto social a nivel de educación el 75% (Tabla 1), de los entrevistadas manifiesta que la pandemia afecto la educación, "De manera presencial, aprendían mejor y ocupaban su tiempo en actividades positivas para la educación y desarrollo personal". (Poblador), "La educación era presencial y más dedicada por los profesores, pero ahora se ve que tratan de delegar más responsabilidad a los padres" (poblador.), Veo que mi hija se estresa rápido, también las clases al no ser presenciales se le dificulta entender. La educación presencial era más efectiva porque desarrollaban actividades extracurriculares, talleres deportivos, el contacto que se generaba en las clases presenciales docentes estudiante permite una fluidez en la comunicación como se sustenta en la teoría socio cultural de Vigosky señala que el estudiante aprende con la interrelación con su medio, hace referencia a un aprendizaje colaborativos. El aprendizaje colaborativo se basa en la labor que realizan los estudiantes para aportar información, orientar su proceso de aprendizaje y dar forma a los contenidos que adquieren. Trabajan en grupo para construir conocimiento compartido en un "proceso" organizado y supervisado por el profesor que guía, plantea cuestiones estimulantes, pero no da las respuestas directamente. (Meses 2007).

Otro de los problemas que se ha identificado en relación a la educación es el acceso al servicio de internet, y a los equipos tecnológicos; del total de entrevistados el 55.4% manifiesta que cuenta con los servicios y equipo, 44,6% no cuenta con los servicios de internet (Tabla 2). La importancia del acceso a Internet como elemento básico para el desarrollo humano en el presente siglo, se ha convertido en algo más que una necesidad y, la ausencia de conectividad es un serio escollo para los individuos, organizaciones y economías modernas (Galperín, 2017).

Frente a esta necesidad del acceso a internet los padres de familia desarrollaron diversas estrategias para adquirir un equipo tecnológico y al acceso del servicio de internet a la pregunta ¿Qué acciones realizaban para lograr que su hijo(a) reciba las clases? "Mi hija estudiaba con mi celular y gracias a una vecina quien pudo brindarnos internet, pero claramente teníamos que pagar al mes mediante su utilidad" (Poblador). Sobre los equipos: las dos trabajan con sus celulares y se prestaron una laptop para que trabajen juntas (Poblador).

Se necesitan condiciones de alistamiento digital, que implican la capacidad de conexión de estudiantes y maestros, dentro de otros rasgos. Estas últimas condiciones generan desigualdades en el acceso a la educación virtual por la carencia de infraestructura y la falta de formación en la población (González y Cabrera 2010). Sumado a estos problemas se encuentran los factores de composición familiar, niveles educativos de los padres, ingresos económicos, número de hijos en el hogar, tipo de familia, entre otros, que afectaron negativamente a todos los estudiantes, más aún a aquellos que pertenecen a hogares desfavorecidos e instituciones educativas públicas (Cabrera 2020). Definitivamente la educación virtual como consecuencia de la pandemia a visibilizado diversos problemas como las limitaciones de las familias a los servicios de internet, no solo por la económica precaria, sino por las zonas geográficas, la dificultad para adquirir un equipo de cómputo; las aulas de clases se trasladaron a los hogares improvisándose espacios para el desarrollo de estos, los padres tuvieron que cumplir un doble rol el de guiar a los niños, aprender el uso de los equipos y las plataformas virtuales resultado todo ello ocasiono que el aprendizaje en los niños no fue el esperado en comparación con una

educación presencial a la pregunta ¿según tú apreciación sus hijos aprendieron con la educación virtual el 46.6% de los entrevistados manifiesta que sus hijos no aprendieron el 37.5% que sí y el 12% no sabe no opina (Tabla 3). “Porque no hay la atención ni facilidades como en clases presenciales, menos la exigencia; se veía el bajo nivel durante los exámenes” (poblador), “No entendían lo que explicaban los profesores, y yo tampoco sabía cómo ayudarlos” (poblador).

Si bien es cierto la educación es un derecho fundamental de todas las personas según la constitución política del Perú, pero a raíz de la pandemia ha pasado a ser un producto del mercado, que quien posee dinero puede acceder y quien no, con ello se amplió la brecha de desigualdad a una educación de calidad.

Otro de los aspectos analizados en el ámbito social fue la convivencia en el hogar a la pregunta ¿Cómo fue la convivencia en el hogar antes de la pandemia? Los entrevistados respondieron Si, “Era normal, unos trabajábamos otros estudiábamos, solo en las comidas compartíamos un poco nuestro día” (poblador). “Era muy buena, con buena comunicación” (poblador), “La convivencia fue un poco complicada ya que por los horarios de trabajo no coincidíamos mucho y solo nos veíamos un par de horas por la noche y no había mucha comunicación” (poblador).

Si bien es cierto antes de la pandemia existía problemas en la convivencia familiar, pero con el confinamiento y las medidas de salubridad se agudizo, las prohibiciones del distanciamiento social el cambio de roles al interior de las familias donde los jóvenes asumieron el rol protector hacia los adultos, los protocolos fuera y dentro de los domicilios cambiaron rotundamente las costumbres y hábitos. De un día para otro se rompió el ciclo de la vida relacional cotidiana, trastocando las vivencias. Se prohibió las visitas a los familiares, los saludos afectivos, cambiaron las formas de recreación y/o distracción evitándose concurrir a lugares aglomerados; el confinamiento fue la única manera de evitar el contagio y salvaguardar su vida. Se recrearon otras formas de diversión, el uso del medio digital se convirtió en la principal herramienta de comunicación las video llamadas, la celebración de fechas especiales “haciendo un zoom” fueron las únicas

formas de mantener conectadas con familiares y amigos, los productos de limpieza pasaron hacer prioridad dentro de la canasta familiar, la higiene fuera y dentro de los hogares fue uno de los hábitos que las familias asumieron como algo primordial, la comunicación entre los integrantes de las familias que estaban confinadas se fortaleció. El estrés se acrecentó. "con temor porque nos separamos de familiares que nos visitaban y teníamos que aislarnos y no siempre fue fácil manejar esa situación", "Mucho estrés a veces nos enojábamos" (poblador)

Definitivamente la pandemia agudizó los problemas al interior de las familias, la economía de las familias cada vez más en descenso, el desempleo, salud, la poca tolerancia a vecinos enfermos y que fueron contagiados ha modificado nuestros comportamientos y formas de actuar. Estábamos acostumbrados a pensar el cuidado a partir de ámbitos privados y desde una esfera más individual; pero de la crisis del coronavirus aprendimos que el cuidado es colectivo, inclusive estamos haciendo prácticas sociales que lo corroboran, con estrategias de interacción que comúnmente no se relacionan con acciones de cuidado "clásico", que implican cercanía y contacto físico; esta vez los cuidados y sus expresiones afectivas se formulan necesariamente a través de otras vías (Rivero 2020).

La cuarentena fue una estrategia que ha sido utilizada para mitigar el impacto sanitario de la pandemia causada por la COVID-19. Sin embargo, existía evidencia previa que advertía sobre el riesgo que conllevan los efectos no previstos de tales medidas, como el aumento de la violencia familiar (Adhiambo Onyango et al., 2019). La información registrada en diversos países durante las primeras semanas de la cuarentena fortaleció esa evidencia previa (UN Women, 2020; World Vision, 2020).

El confinamiento propio de la cuarentena es la segunda razón que explicaría el escalamiento de la violencia hacia las mujeres e integrantes del grupo familiar. El aislamiento de las personas acortó las fases del ciclo de la violencia familiar, las parejas saltan de la fase de tensión a la fase de explosión violenta, ya no es necesaria la fase de reconciliación o luna de miel. El maltratador no tiene que hacer las paces con la víctima, ya ella no puede huir o rechazarlo, porque está "presa" en la

cuarentena. Este aislamiento le suma oportunidad al maltratador y le resta opciones a la víctima para acceder a la tutela jurisdiccional (Hawie L 2021)

Hasta antes de la pandemia el Perú presentaba altos índices de violencia contra las mujeres y otros integrantes del grupo familiar registrados en los centros de emergencia mujer. El confinamiento prolongado por varios meses hizo que estos índices de violencia familiar se elevaran el flujo de llamadas que recibió la Línea 100 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. La Línea 100 es un servicio telefónico gratuito que brinda información, consejería y soporte emocional a víctimas de violencia familiar. Es el único servicio de su tipo en el país. Cuenta con 196 operadoras, mayormente mujeres (80%), que son psicólogas o abogadas. En febrero, el mes anterior al comienzo de la cuarentena, la Línea 100 recibió 13.000 llamadas. Cinco meses después, en julio, recibió el doble, 26.000. Aunque la Línea 100 recibe llamadas que provienen de todo el país, la mayoría corresponden a Lima (55%), pese a que esta ciudad alberga a un tercio de la población nacional. (Hernandez, Cozzubo & otros 2022).

Aspecto psicológico salud mental, otro de los impactos del COVID en la población ha sido en la salud mental, desde la perspectiva psicológica, las alteraciones en la salud mental son causadas por diversos factores, siendo algunos de ellos: económicos, sociales, vitales, educacionales y ocupacionales (García-Viniegras 2000: s/p).

En nuestro caso uno de los factores que conllevó a las personas expresar sentimientos de angustia, frustración y estrés fue a causa del confinamiento, aislamiento, perdida de familiares y amigos, el futuro incierto por no saber qué sucedería, según los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas el 42% de la población sentía miedo, el 25% de la población angustia, el 21.4% frustración y el 14% tristeza (Tabla 6), la cuarentena incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren. Por otro lado, la cuarentena reduce la disponibilidad de intervenciones psicosociales

oportunas y de asesoramiento psicoterapéutico de rutina. (Huarcaya J y V 2020).

Además, las personas han mostrado cambios emocionales, debido al aburrimiento o variaciones en su rutina habitual y ocupacional (Brooks y Webster 2020: 5). Permanecer horas sentadas frente a una computadora, la debilidad en cuanto al manejo de las herramientas digitales, trabajo remoto sin horarios establecidos, el sedentarios han provocado ansiedad en las personas.

Los sentimientos de miedo surgieron por el encierro y el temor hacer contagiados, a ello se sumaba la perdida de algún integrante de la familia o amistades

> "había un momento donde queríamos salir, pero no podíamos y a veces estar encerrado deprimía mucho. Además, daba miedo contagiarnos o tristeza al enterarse que un familiar se contagió de Covid" (poblador),
>
> "no podía salir, no podía hacer algunas cosas que antes podía, y en mi casa me sentía mal y a veces lloraba" (poblador).

Todas estas vivencias experimentadas a partir del confinamiento obligatorio generaron sentimientos de estrés, angustia, miedo en la población

> "Aun trabajando el dinero no llegaba a cubrir bien todos los gastos, tenía miedo que a mi hija le pasara cualquier cosa mala… al yo estar lejos de su lada no podía protegerla y la angustia no me dejaba" (poblador).

Entonces, el aislamiento social se puede evaluar como un obstáculo para las personas en una situación crítica, impidiendo un desarrollo satisfactorio en la vida cotidiana. Esto ha generado una situación de estrés, manifestada a través de arranques emocionales, en especial la frustración, para superar estos sentimientos los pobladores entrevistado han incrementado otros hábitos dentro de su rutina diaria

> "Nos recomendaron, hacer ejercicios y jugar en familia (poblador), "Trabajar y dejar de ver las noticias porque solo me angustiaban más" (poblador),

Finalmente, a modo de conclusión señalamos que los impactos que ha generado el COVID 19 han sido negativos iniciando con la educación se ha visibilizados las brechas de desigualdad un claro ejemple es el acceso oportuno y eficiente, los hábitos en la convivencia familiar se han modificado en este aspecto podemos resaltar aspectos positivos como la integración familiar, los hábitos de higiene, que no solamente ha prevenido el COVID sino otras enfermedades. En el aspecto negativo incremento de la violencia como consecuencias del estrés. Lo cual ha repercutido en la salud mental posterior a la pandemia.

Agradecimientos

Expresamos nuestros agradecimientos a las personas que han contribuido con la investigación: Romero Encarnación Celina – psicóloga especialista en familia; García Montero Lizbeth, Calderón Ulloa Jackelin Beatriz, Gabriel Reynoso Blanca estudiantes de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional del Centro del Perú, como también a los pobladores, que fueron entrevistados.

Referencias

Ausín, B., González, C., Castellanos, M. A., López, A., Saiz, J., & Ugidos, C. (2020, 13 abril). Estudio del impacto psicológico derivado del Covid-19 en la población española (PSI-Covid-19). Universidad Complutense de Madrid. http://www.infocoponline.es/pdf/Estudio-Impacto-Covid.pdf

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1979 [Citado 08/05/2019];47(2):343-52. Disponible en: Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/c2de/a047d5d71cd6500d92d4cdf2c6e36129d8cf.pdf [Links]

Benéitez, E. (2020). Estudio del impacto de la Covid-19 en la sociedad.

Del Castillo, R. (18 de abril de 2020). ¿Para qué sirven el arte y la cultura en un estado de emergencia? La Mula. https://bit.ly/31QidXo

DIRESA Junín. (2020, 10 octubre). JUNIN EN 25% SE INCREMENTÓ ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS A

CONSECUENCIA DEL COVID-19. DIRESA JUNÍN - Dirección Regional de Salud de Junín - 2021. http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020100922_junin_en_25_se_incremnto_ansiedad_depresin_y_estrs_a_consecuencia_del_covid19/

Hernández, J. (2020, 1 julio). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana. Cuba. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

Huarcaya Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2020 [Citado 29/05/2020];37(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: Disponible en: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419 [Links]

Instituto Nacional de Ciencias Neurálgicas. (2021, 30 abril). Pandemia y su impacto psicológico en la población – INCN. https://www.incn.gob.pe/2021/04/30/pandemia-y-su-impacto-psicologico-en-la-poblacion/. https://www.incn.gob.pe/2021/04/30/pandemia-y-su-impacto-psicologico-en-la-poblacion/

Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. Ciência & saúde colectiva, 25, 2447-2456.

Llanes Torres HM, López Sepúlveda Y, Vázquez Aguilar JL, Hernández Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Medimay [Internet]. 2015 [Citado 29/05/2020];21(1):[aprox. 1 p.]. Disponible en: Disponible en: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707 [Links]

Llanes Torres, H., López Sepúlveda, Y., Vázquez Aguilar, J., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Medimay, 21(1), 65-74. Recuperado de http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Revista de Neuro-Psiquiatria, 83(1), 51–56. https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687

Marquina, R., & Jaramillo, L. (2020). El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. SciELO. Published. https://doi.org/10.1590/scielopreprints.452

Martínez Rodríguez L. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 [Citado 29/05/2020];44(4):[aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible en: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1230 [Links] Explicacion

Mejía CR, Quispe Sancho A, Rodríguez Alarcón JF, Casa Valero L, Ponce López VL, Varela Villanueva ES, et al. Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020. Rev Haban de Cienc Méd [Internet]. 2020 [Citado 29/05/2020];19(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible

Millones-Morales PE, Gonzales-Guevara A. (2021) Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en jefes de hogar de un Asentamiento Humano en Comas. Ágora Rev. Cient; 08(01):34-41. DOI: https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.205

Murueta, M. E. (2020). LA SALUD PSICOLÓGICA EN TIEMPOS DEL CORONAVIRUS 19. Integración Académica en Psicología, 8 (ISSN: 2007–5588). https://integracion-academica.org/attachments/article/272/02%20Salud%20psicologica%20-%20MEMurueta.pdf

Osorio, M., Malca, M., & Condor, Y. (2020). Impacto psicológico de la asistencia de afectados por COVID-19 en personal sanitario del Perú. Instituto Nacional de Salud. Published.

Palomino, C., & Huarcaya, J. (2020). Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. Horizonte Médico, 20 (Núm.4). https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10

QUISPE VICTORIA, F., & GARCIA CURO, G. (2020). Impacto psicológico del covid-19 en la docencia de la Educación Básica Regular. Alpha Centauri, 1(2), 30–41. https://doi.org/10.47422/ac.v1i2.10

Rivas, A. (2021, 4 mayo). Abrazos perdidos: los niños huérfanos por la pandemia. Ojo Público. https://ojo-publico.com/2680/abrazos-perdidos-los-ninos-huerfanos-por-la-pandemia

Vázquez Machado A. Los factores psicosociales y la depresión. MULTIMED [Internet]. 2016 [Citado 29/05/2020];20(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en:

De las coordinadoras

Dra. Martha Leticia Cabello Garza

Licenciada y maestría en Trabajo Social. Doctorado Binacional en Filosofía en Trabajo Social con especialidad en Políticas Comparadas de Bienestar Social, otorgado por la Universidad de Texas en Arlington y la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posdoctorado en Salud Pública otorgado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Doctor Honoris Causa otorgado por el Claustro Doctoral Iberoamericano 2017. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores SNI Nivel 2. Docente y asesora de proyectos sociales, de la Maestría en Desarrollo Social de la ACANITS, de la Universidad Autónoma de Sinaloa y de la UANL. Docente del Programa de Maestría en Investigación en Salud en la Universidad CEDEI (Centro de Estudios Interdisciplinarios) (2019 a la fecha). Organizadora y coordinadora de la Red Nacional de Investigación Social y Familia (2018- a la fecha). Premio Nacional de Salud 2017 como Investigadora Nacional en Trabajo Social. Reconocimiento al Mérito Profesional en Salud categoría Investigación 2023 otorgado por el Colegio de Licenciados en Trabajo Social de Nuevo León. Investigadora principal y colaboradora de Proyectos relacionados con Trabajo Social, Obesidad, Investigación Cualitativa en Salud. Grupos de Ayuda mutua, Modelos de Intervención Social, Prácticas alimenticias, Estilos de Vida Saludable y Salud Pública.

Dra. Marisela Rivera Montoya

Profesora e investigadora de Tiempo completo titular C, adscrita a la Facultad de Trabajo social campus Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Técnica en Trabajo social, licenciada en derecho y trabajo social, maestría y doctorado en Trabajo social con acentuación en sistemas de salud, por l Universidad Autónoma de Sinaloa, perfil PRODEP, Miembro fundadora de la Academia Nacional de Investigación (ACANITS), integrante del Cuerpo Académico (CA 179) Trabajo social y cultura de la Facultad de Trabajo social Mazatlán. investigadora honorífica del sistema Estatal de investigación (CONFIE), Miembro del sistema nacional de investigadores nivel 1, integrante de las redes de investigación Trabajo social y familia, Trabajo social y Género y Trabajo social y migración. Participa en el comité científico de CENEVAL, Cuenta con experiencia laboral en los campos de la salud, empresarial, educación e investigación. participa como conferencista nacional e internacional, ha escrito libros y capítulos de libros de Trabajo social, imparte cursos en pregrado y posgrado.

Mtra. Evelyn Clarissa Zúñiga Rivera

Licenciada en Psicología y Maestría en Trabajo Social con acentuación en sistemas de salud, otorgado por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Pertenece a la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social ACANITS y a la Red Nacional de Familias y Trabajo Social, colabora en el laboratorio de estudios sobre infancias en la Facultad de Psicología de la UAS. Es docente en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Lectora en Tesis en la Licenciatura y Maestría en Trabajo Social, Maestría en Artística y Licenciatura en Psicología, UAS. Premio del primer y segundo lugar en el Encuentro de Jóvenes Investigadores de Sinaloa años 2015 y 2016. Investigadora y colaboradora de Proyectos relacionados con Trabajo Social, con temas de investigación en infancia, inclusión educativa, dinámicas familiares, neurodivergencias, salud mental. Autora y coautora de capítulos de libros, artículos científicos. Parte del Consejo Editorial de Quaderns de Psicología, España.

Intervención de Trabajo Social ante riesgos psicosociales, se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 22 de marzo de 2024. La edición será publicada en la página web de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social; www.acanits.org

ISBN: 978-607-8987-04-7

Los tiempos actuales exigen profesionales en el campo social, que estén dotados de estrategias metodológicas, modelos, técnicas e instrumentos que permitan una aproximación al ser humano desde una visión psicosocial, que retome un conjunto de prácticas, valores y estrategias de intervención desde la psicología principalmente, con una concepción integral del ser humano que considere la relación de la persona y su contexto como un aspecto clave.

La intervención en el Trabajo Social es entendida como la acción organizada y desarrollada por las/los trabajadores/es sociales con las personas, grupos y comunidades. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía. Intervenir desde un enfoque psicosocial implica considerar la particularidad de la población vulnerable, víctima o que se encuentra en la experiencia de un sufrimiento, para con ello realizar el reconocimiento de los múltiples contextos sociales, políticos y culturales relacionados con una situación social.

Esta obra es el resultado de múltiples investigaciones basadas en evidencia científica y un aporte muy importante para los profesionales de la salud y en especial a aquellos que realizan intervenciones en los diversos espacios del ámbito psicosocial.