

Tópicos de trabajo social en salud



Claudia Yudith Reyna Tejada
María Eugenia López Caamal
María Ermila Moo Mezeta
Coordinadoras



Tópicos de trabajo social en salud

Claudia Yudith Reyna Tejada
María Eugenia López Caamal
María Ermila Moo Mezeta
Coordinadoras



Primera Edición: noviembre de 2024

© 2024 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social

ISBN: 978-607-8987-14-6

DOI: <https://doi.org/10.62621/8b7w1c23>

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social
Red Nacional de Investigación de Trabajo Social en Salud
Universidad Autónoma de Coahuila
Universidad Autónoma de Yucatán
Instituto Campechano

© 2024 Por características tipográficas y de diseño editorial ACANITS A.C.

Portada: Martín Castro Guzmán

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

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
Primer eje temático: Salud de las y los adolescentes y jóvenes	
Cutting y expectativas de vida en jóvenes.	15
<i>Cindy margarita López Murillo</i>	
<i>Belinda Espinosa Cazarez</i>	
<i>Guadalupe Lizeth Serrano Ponce</i>	
Factores de riesgo vinculados en el consumo de drogas ilegales durante la adolescencia: Caso la Amapa, Mazatlan Sinaloa.	39
<i>Nayeli Guadalupe Aguilar Téllez</i>	
<i>Citlalith Guadalupe Cruz Espinoza</i>	
<i>Gandhi Isabel Peralta Corona</i>	
Autoestima en estudiantes universitarias del área de Ciencias Sociales y conductas alimentarias.	59
<i>Sandra Rubí Amador Corral</i>	
<i>Martha Leticia Cabello Garza</i>	
Segundo eje temático: Salud de las mujeres	
Sobrepeso y obesidad en mujeres: determinantes socioculturales en las prácticas alimentarias y la intervención en Trabajo Social.	78
<i>Emma Georgina Gómez Ontiveros</i>	
<i>Laura Elena López Rentería</i>	
<i>Leonor Velarde Páez</i>	
Significados sociales de la diabetes mellitus, experiencias y afrontamientos de la enfermedad de mujeres atendidas por las Instituciones de Salud en Sinaloa.	114
<i>Gladis Zulema Acosta Moreno</i>	
<i>Lourdes Militza Pérez Silva</i>	
<i>Rosa María Moreno Lugo</i>	

Envejecimiento y diabetes: percepciones y experiencias de adultos mayores en relación con el conocimiento sobre su enfermedad. 141

Citlalli Teresita De León Soto

Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos

Francisca Elizabeth Pérez Tovar

Nivel de habilidades sociales en mujeres participantes en el proyecto Bienestar Comunitario en Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán. 167

Nancy Guadalupe Uc Escobedo

María Ermila Moo Mezeta

Josué Méndez Cano

Tercer eje temático: Salud en el adulto mayor

Impacto del covid-19 en la calidad de vida de las personas mayores. 191

Porfiria Calixto Juárez

José Aldo Hernández Murúa

Guillermina De la Cruz Jiménez Godínez

Conocimiento de la medicina tradicional en San Antonio Calpulalpan, Tlaxcala: Patrimonio de ayuda en la sociedad. 211

Alfonso Hernández Cervantes

Laura Vallejo Hernández

Vivencias de las personas con enfermedad renal crónica y trasplante: Una revisión del estado del arte desde la mirada de Trabajo Social. 239

Anita Hernández Montenegro

Xolyanetzin Montero Pardo

Acceso a los servicios de salud. Un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes con discapacidad auditiva y motriz del Hospital Regional de Cd. Guzmán, Jalisco. 269

Lydia Karen Chávez Saldaña

Martha Leticia Cabello Garza

Introducción

Hoy más que nunca se ratifica que la salud es el bien más preciado y la conservación de está fue y es la mayor preocupación de los gobiernos, instituciones de salud y la sociedad en general, sobre todo después de experimentar una de las peores crisis sanitaria a nivel mundial provocada por el Covid-19.

México ante la pandemia enfrentó grandes retos de salud pública muy particulares, los factores de riesgo y afecciones presentes en su población, que incrementaron la vulnerabilidad de ciertos grupos ante el virus, principalmente en adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con algún o más diagnóstico de enfermedades crónicas, como la hipertensión, diabetes mellitus, infecciones respiratorias agudas, obesidad, insuficiencia renal, enfermedades del corazón, cáncer, entre otras; convirtiéndose en las principales causas que agravaron la enfermedad y asociadas a la mortalidad durante la pandemia.

En virtud de lo anterior, y en postpandemia, resulta necesario desde la disciplina de Trabajo Social el estudio, análisis, discusión y reflexiones en torno a los diversos tópicos de salud, así como la propuesta de nuevos posicionamientos en torno a la comprensión de estos, que respondan a las grandes interrogantes y que tienen relación con la promoción, atención y conservación de la salud.

La presente obra se suma a las múltiples aportaciones de las y los investigadores de Trabajo Social, miembros de la Academia Nacional de Trabajo Social (ACANITS), con la finalidad de contribuir al fortalecimiento del campo de la Salud desde la mirada de la disciplina y las Ciencias Sociales.

El libro se integra por Tres Ejes Temáticos a saber: en el Primer Eje Temático, denominado "*Salud de las y los adolescentes y jóvenes*" está compuesto tres capítulos; en el primero, *Cutting y expectativas de vida*

por *Cindy Margarita López Murillo, Belinda Espinosa Cazarez y Guadalupe Lizeth Serrano Ponce*, presentan un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo fue analizar la práctica del cutting y las expectativas de vida de jóvenes, encontrando que esta práctica afecta cada vez más a jóvenes lo cual se ha convertido en un riesgo para la salud física y mental, lo que implica dificultades para generar expectativas de vida sanas a largo plazo.

En el segundo capítulo del primer Eje, denominado *Factores de riesgo vinculados con el consumo de drogas ilegales en la adolescencia: Caso la Amapa, Mazatlan Sinaloa*; de la autoría de *Nayeli Guadalupe Aguilar Téllez, Citlalith Guadalupe Cruz Espinoza y Gandhi Isabel Peralta Corona*; bajo un enfoque cualitativo, con el método narrativo identifican los factores vinculados al consumo de drogas, concluyendo que: la iniciación de los jóvenes en el consumo de sustancias psicoactivas surge de la combinación de distintos factores, que incluyen, la búsqueda de evasión familiar, la necesidad inherente de pertenencia a un grupo y el deseo de obtener reconocimiento entre sus pares.

En el tercer capítulo, *Sandra Rubí Amador Corral y Martha Leticia Cabello Garza* abordan el tema de las *Conductas alimentarias de riesgo y autoestima en estudiantes universitarias del área de Ciencias Sociales*, en donde hacen un estudio que les permite describir las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la autoestima en jóvenes universitarias estudiantes del área académica de ciencias sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo una metodología cuantitativa de tipo descriptivo con una muestra representativa de 3506 mujeres estudiantes para analizar la frecuencia de las CAR y su relación con el nivel de autoestima; dentro de los principales resultados se puede destacar que las principales CAR que se presentan en la población estudiada y que se relacionan con una baja autoestima son los atracones, seguido de las conductas compensatorias y por último las conductas purgativas.

En el Segundo Eje Temático: "*Salud de las mujeres*", se encuentra integrado por tres capítulos a saber. En el primero, se aborda el *Sobrepeso y obesidad en mujeres: Determinantes socioculturales en las prácticas alimentarias y la intervención del trabajo social* de las autoras Emma Georgina Gómez Ontiveros, Laura Elena López y Leonor Velarde Paéz, quienes a través de un estudio bibliográfico analizan la relación de sobrepeso y obesidad, como parte de las determinantes socioculturales de las prácticas alimentarias en mujeres, sistematizando para la búsqueda de investigaciones publicadas en bases de datos electrónicas, concluyendo que existe una veta importante que resulta significativa respecto a la escasez de estudios con perspectiva de género y en específico que retomen los aportes del enfoque de la interseccionalidad y de la intervención del trabajo social para la atención de esta problemática.

En el segundo capítulo de este segundo Eje, se hace una reflexión de los *Significados sociales de la diabetes mellitus, experiencias y afrontamientos de la enfermedad de mujeres atendidas por las Instituciones de Salud en Sinaloa*, bajo la autoría de Gladis Zulema Acosta Moreno, Lourdes Militza Pérez Silva y Rosa María Moreno Lug, quienes plantean como objetivo el comprender los significados que las mujeres con padecimientos diabéticos poseen sobre la enfermedad y su tratamiento en la idea de proporcionar elementos de carácter cualitativo en la atención a la enfermedad desde los programas de educación para la salud, con una muestra de trece mujeres. Los resultados mostraron significados asociados a la negación de no querer ser parte de un grupo de pacientes diabéticos de por vida, de muerte, así como una enfermedad incurable que afecta su forma de vida, los cuales las han llevado a presentar episodios de estrés, ansiedad y depresión, asociados por ellas mismas a las dificultades que han presentado en su vida cotidiana para el apego al tratamiento y algunas estrategias de afrontamiento que las mujeres han utilizado para enfrentar las crisis de salud tanto físicas como mentales.

En un tercer capítulo, se aborda el *Envejecimiento y diabetes: percepciones y experiencias de adultos mayores en relación con el*

conocimiento sobre su enfermedad, con la autoría de Citlalli Teresita De León Soto, Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos y Francisca Elizabeth Pérez Tovar, quienes hacen un acercamiento de la problemática de la Diabetes Tipo 2, como una enfermedad crónico-degenerativa en aumento y que afecta en gran escala a los adultos mayores en México.

En el cuarto capítulo del segundo Eje, Nancy Guadalupe Uc Escobedo, María Ermila Moo Mezeta y Josué Méndez Cano, abordan el nivel de habilidades sociales que posee la población de mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad Médica Rural número 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tixcaltuyub, Yaxcabá, Yucatán y que se encuentran inmersas en el proyecto “Bienestar Comunitario” que aplica la Universidad Autónoma de Yucatán.

El Tercer Eje Temático: “*Salud en el adulto mayor*” está conformado por cuatro capítulos; en el primer capítulo titulado *Impacto del Covid-19 en la calidad de vida de las personas mayores*, de la autoría de Porfiria Calixto Juárez, José Aldo Hernández Murúa y Guillermina de la Cruz Jiménez Godínez, describir el impacto que dejó la COVID-19 en la calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las Personas Mayores. Entre los hallazgos encontrados, muestran desde un enfoque cuantitativo, no experimental y transversal, una medida normal en su calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental.

Asimismo, como parte de este Eje, en el segundo capítulo *Alfonso Hernández Cervantes y Laura Vallejo Hernández* abordan el *Conocimiento de la medicina tradicional en San Antonio de Calpulalpan, Tlaxcala: Patrimonio de ayuda en la sociedad* como parte de la cultura, la tradición y el lenguaje que aún persiste y se manifiesta en cada una de las comunidades indígenas de Tlaxcala, reflexionando en los conocimientos lingüístico-social y etnolingüístico para que a partir del estudio se fomente su desarrollo y revalorización como una manera de fortalecer la identidad de las comunidades de Tlaxcala.

En el tercer capítulo, *Anita Hernández Montenegro, Xolyanetzin Montero Pardo y Carlos Francisco Meza García*, presentan un estudio sobre las *Vivencias de las personas con enfermedad renal crónica y trasplante: una revisión del estado del arte desde la mirada de Trabajo Social*, Estudio que les permitió comprender las vivencias del sujeto social, con enfermedad renal crónica y el trasplante, bajo un enfoque metodológico cualitativo, donde la subjetividad y lo tangible están presentes en la cotidianidad de los sujetos sociales, así como los cambios físicos y las emociones.

El cuarto capítulo denominado *Acceso a los servicios de salud. Un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes con discapacidad auditiva y motriz del Hospital Regional de CD. Guzmán, Jalisco. Lidia Karen Chávez Saldaña y Martha Leticia Cabello Garza*, presentan resultados preliminares de una investigación cualitativa cuyo objetivo fue explorar la percepción que tanto el personal de salud, específicamente trabajo social y enfermería, así como los pacientes con discapacidad motriz y auditiva, tienen a cerca de los servicios que brinda el Hospital. Estos profesionales de la salud refieren que se ofrece una atención aislada con rechazo y sin procesos específicos de atención especializada. Se resalta la imperante necesidad de la capacitación del personal de salud, a fin de incidir en la transformación de la realidad en la atención de pacientes con discapacidad auditiva y motriz en un segundo nivel de atención. Lo anterior presentado por

Claudia Yudith Reyna Tejada
María Eugenia López Caamal
María Ermila Moo Mezeta

Primer eje temático:
Salud de las y los adolescentes
y jóvenes

Cutting y expectativas de vida en jóvenes

Cindy Margarita López Murillo,
Belinda Espinosa Cazarez,
Guadalupe Lizeth Serrano Ponce¹

Resumen

El cutting o también conocido como risuka o self injury, se define como las lesiones corporales intencionalmente infligidas a sí mismo sin propósito suicida. Es una autoagresión realizada con la finalidad de disminuir el dolor emocional, las angustias, sufrimientos, situaciones estresantes, tensiones internas, es una manera de externalizar y manejar los conflictos emocionales. Esta conducta autodestructiva se ha convertido en patrón de comportamiento en jóvenes que limita el desarrollo saludable y las expectativas hacia el futuro, centrándose en las dificultades del manejo de emociones y situaciones de vida conflictivas. Para algunos jóvenes es un grito de ayuda ante problemas sociofamiliares, escolares, de violencia, entre otros que estén viviendo. Objetivo: analizar la práctica del cutting y las expectativas de vida de jóvenes. El método es cuantitativo, descriptivo, transversal, no probabilístico, con la técnica del cuestionario aplicado a una muestra de jóvenes estudiantes de Sinaloa. Resultados preliminares: el cutting afecta cada vez más a jóvenes lo cual se ha convertido en un riesgo para la salud física y mental, lo que implica dificultades para generar expectativas de vida sanas a largo plazo. Conclusiones: el cutting es una forma no adecuada de solucionar problemas socioemocionales, es una forma de transformar el dolor emocional por dolor físico que está

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

afectando a jóvenes en su vida diaria. El peligro de esta práctica autoagresiva puede ser la puerta a otras conductas de riesgo letales.

Introducción

Hablar de juventud conlleva diversas acepciones, se define como una de las etapas del desarrollo humano que se ubica entre la adolescencia y la adultez. Implica más allá de cambios físicos, psicológicos, sociales. Refiere a debates que buscan esclarecer si es juventud o juventudes. Para Duarte (2001) existen cuatro sentidos: la juventud como etapa de la vida que puede hacer alusión a una etapa diferenciada de otras y una etapa que se prepara para el mundo adulto; el segundo sentido corresponde a la juventud como grupo social; el tercer sentido la juventud como conjunto de actitudes ante la vida, por ejemplo puede referir a un estado mental y de salud vital, el porvenir, vistos en mayor medida desde la concepción de adultos por mencionar algunos aspectos; el cuarto sentido la juventud como la generación futura, que alude a las y los jóvenes que en los próximos años desempeñarán los roles de adultos.

Es decir, con lo anterior, se muestra una pincelada de la diversidad de variables que puede incluir debatir sobre la juventud. Aportes de Hernández-González y Alfaro-Beracoechea (2023) señalan que la juventud se "trata de una generación marcada por la conectividad a través del internet y las redes sociales, que permea en las relaciones interpersonales, sociales y las convierte en posibilidades de interacción y acción global" (p. 13). De acuerdo con Rojas en Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020) "Ser joven es sinónimo de cambio, progreso, futuro. Ser joven es, a todas luces, enfrentar los desafíos y crear o recrear un espacio para el desarrollo pleno y el futuro. Convertir problemas en oportunidades, en soluciones, ser el motor impulsor de las sociedades". No obstante, existen otras definiciones que abordan conflictividades que viven las y los jóvenes en su vida cotidiana, que obstaculizan su presente y transición a la vida adulta. Por lo que, se puede entender que durante su vida pueden

experimentar situaciones positivas, sanas como difíciles que representa un riesgo para su vida.

Un ejemplo de ello es lo que afirman Casullo et al. (2001) que las problemáticas de la juventud hacen referencia a toda situación que vulnera su autoestima o que obstaculiza su satisfacción de normas y expectativas sociales. Para Machado y Gómez (2006):

gran parte de los jóvenes en el mundo comparten la pobreza, la desigualdad de oportunidades para acceder a una educación de calidad y a un empleo seguro con una remuneración adecuada, así como a los servicios básicos de salud. Por estas carencias confrontan cada vez mayores dificultades para materializar sus proyectos de vida y crear una familia propia, la cual en caso de constituirse se desenvuelve en condiciones sumamente precarias. En el presente estas calamidades no son privativas de los países periféricos, pues los jóvenes de las naciones desarrolladas (p. 4).

Como se detalla en el párrafo anterior, abordar la juventud o juventudes implica experiencias de vida que conllevan cierta complejidad influenciada por factores internos y externos, internos que puede representar su subjetividad que detalla los significados, decisiones y las formas que interpretar las experiencias de vida y por otra los factores externos que no dependen de sí mismos sino de una política nacional, familiar, social, económica que limita las oportunidades de desarrollo.

En este sentido, según el estudio realizado por la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe y la Organización Iberoamericana de Juventud (2004), los jóvenes son afectados por un decálogo de contradicciones, a saber:

Disfrutan de un mayor acceso a la educación y menos oportunidades de empleo. Gozan de más acceso a información y menos acceso a poder. Poseen más destrezas para la sociedad de la comunicación y menos opciones de autonomía. Están mejor provistos de salud, pero menos reconocidos en su

morbimortalidad. Son más dúctiles y móviles, pero están más afectados por trayectorias migratorias inciertas. Son más cohesionados hacia adentro, pero más segmentados en grupos heterogéneos hacia fuera. (Se refiere a la generación de identidades colectivas y la participación en universos simbólicos, pero estas identidades son consolidadas, fragmentarias y cerradas). Más aptos para el cambio productivo, pero más excluidos del mismo. Dan muestras de una mayor autodeterminación y protagonismo. Son receptores de políticas en las que aparecen como protagonistas de cambios. Detentan un mayor consumo simbólico (medios de comunicación, universos virtuales, etc.) (p. 7).

A partir de este panorama, se interpreta una serie de oportunidades y limitaciones, que refiere a habilidades y capacidades que desarrollan, pero también con componentes que obstaculizan sus proyectos de vida, así como una adecuada transición a la vida adulta donde adquieren una serie de responsabilidades en materia personal, familiar, social, económica, inclusive ecológica, etc. Para Fandiño (2011) "entender la condición de joven conlleva no sólo poder y saber caracterizarlos, sino asumirlos como sujetos históricos y actores sociales enfrentados a incertidumbres que determinan y configuran no sólo las cuestiones que los influyen sino las singularidades que los caracterizan. (p.155)

En este sentido las y los jóvenes enfrentan una serie de situaciones que contribuyen a su crecimiento, en el sentido opuesto, viven experiencias que pueden conducirlos a conductas de riesgo con salidas a los problemas que enfrentan, un ejemplo de ello son las prácticas de cutting durante la juventud. De acuerdo con Carvajal, Choque, Poppe, Gantier y Rivera (2014):

el cutting es el acto de cortarse, fenómeno de moda entre algunos adolescentes denominado por ellos mismos como "Self Injury" y "Self-Cutting", predomina entre las más diversas manifestaciones conceptualizadas como conductas autolesivas y autoagresivas... La autolesión es un acto que intenta alterar

un estado de ánimo al infligir un daño físico en los tejidos del cuerpo. El "daño a tejidos" normalmente se refiere a daño que rompe, raspa o quema la piel, algo que cause el sangrado o marcas que no desaparecen en unos cuantos minutos (p.50).

Para Chan, Escalante y Fuentes (2017) "el cutting o autolesión deliberada se define como la lesión intencional y directa del tejido corporal sin intención suicida" (p.23). Por su parte, Mosquera, (2008) describe a alguien que sufre, es el "lenguaje del dolor", el acto de dañarse a uno mismo con la intención de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. También es la intención de luchar y de seguir con vida, pues la mayoría de las personas que se autolesionan quieren vivir, no morir (p. 8). Otra característica según Carvajal, Choque, Poppe, Gantier y Rivera (2014) es que este tipo de autolesión es reiterativa (que se repite) ... "NO es autolesionarse si el propósito principal es: placer sexual, decoración de la piel, iluminación espiritual (rituales), ser parte un grupo" (p.51).

En este sentido, esta práctica autolesiva no solo daña físicamente sino también mental, consiste en sufrimiento profundo, dolor, angustia, desesperanza, emociones trastocas y sentimientos que interpretan las situaciones complejas que experimentan. Es una respuesta para hacer frente a las circunstancias negativas de sus vidas, es una práctica reiterativa que lastima el cuerpo y su mente. Con respecto a los aportes de Sánchez, Médicos y Asociados (2024) señalan que el cutting "suele practicarse en lugares poco visibles del cuerpo, como los muslos, los brazos, los codos, las rodillas, el pecho o el vientre. Áreas en las que saben que nadie notará las lesiones, pues existe la consciencia de que está mal hacerlo" (p. 1).

Lo cual reduce las posibilidades de prevención y atención, al ser ocultadas por quien realiza la práctica autodañina al tener claro que es un acto que no es la forma acertada para resolver el problema, cabe señalar que este tipo de conducta al no ser atendidas puede abrir la puerta a otras conductas de riesgo letales, al no encontrar las

estrategias o el apoyo para resolver las situaciones que le ocasionan malestar o sufrimiento emocional. Las autolesiones no suicidas están contempladas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] (2014) citado en Zaragozano (2017), los criterios que se aportan no son definitivos ni oficiales en la actualidad por lo que se recomienda utilizarlos con cierta precaución ante propósitos clínicos. Algunos de los criterios propuestos para definir esta afección son los siguientes:

en al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, como por ejemplo cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso, etc., con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, sin intención suicida). *El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:* para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. Para resolver una dificultad interpersonal. Para inducir un estado de sentimientos positivos. *Las autolesiones intencionadas se asocian con, al menos, una de las siguientes:* dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo... El comportamiento no está aceptado socialmente, como por ejemplo «piercings», tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural, y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonales, académica u otras áreas importantes del funcionamiento... (p. 40-41).

Es decir, las características de la práctica del cutting involucra un real daño físico no suicida, que busca aliviar sentimientos negativos, es una forma errónea de resolución y puede ser provocado por una serie de factores que obstaculizan un sano desarrollo en todas las aristas de la vida. Cabe mencionar, que se espera que las posibles soluciones no

dependan únicamente de las y los jóvenes, sino en todas las personas que se encuentran implicadas en la situación o problema, de igual forma en un equipo interdisciplinario preparado para encontrar lo que detona este comportamiento y que además limita la mirada y expectativas hacia el futuro. Algunas de las expectativas de jóvenes incluyen bienestar en aristas como socioeconómicas, familiares, laborales, de salud, por mencionar algunas, para Gómez (2018) y Verdugo (2018)

Las expectativas de futuro de los jóvenes incluyen, a menudo, el deseo de tener una huella positiva en la sociedad y de trabajar en áreas relacionadas con la justicia social y el cambio político. Las expectativas parentales, las experiencias de los hermanos mayores y la influencia de los amigos pueden influir en las decisiones y aspiraciones de los jóvenes. Las trayectorias educativas y laborales, así como los proyectos de vida, se están volviendo cada vez más fluidas y diversas. Los problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, pueden tener efectos en la forma en que los jóvenes perciben su futuro.

En este sentido, las expectativas que pueden llegar a construir las y los jóvenes son diversas, dependerá de las transiciones de las etapas de vida, las situaciones personales, familiares, sociales, económicas, políticas, locales, globales y otras que estén viviendo, así como las conductas saludables o de riesgo que desarrollen en su crecimiento.

Método

El desarrollo metodológico de este estudio se generó desde el enfoque cuantitativo, a nivel descriptivo, transversal, desde el muestro no probabilístico, tipo de muestra por conveniencia, con la técnica del cuestionario, los instrumentos se aplicaron a estudiantes universitarios del Estado de Sinaloa, para el análisis de los resultados se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) con ello se generaron tablas para analizar y detallar a nivel descriptivo.

Para Sánchez (2019):

el enfoque cuantitativo se denomina así porque trata con fenómenos que se pueden medir (esto es, que se les puede asignar un número...) a través de la utilización de técnicas estadísticas para el análisis de los datos recogidos, su propósito más importante radica en la descripción, explicación, predicción y control objetivo de sus causas y la predicción de su ocurrencia a partir del desvelamiento de estas (p. 104)

En este sentido, este estudio se decide desde un enfoque cuantitativo ya que se buscaba medir de manera objetiva las variables del cutting y expectativas de vida. Se pretendía describir y caracterizar los acontecimientos de jóvenes que viven esta situación, desde su práctica, frecuencia, partes del cuerpo donde se producen daño, apoyo profesional y familiar, factores asociados, entre otros elementos. La mencionada investigación fue diseñada a nivel descriptivo la cual de acuerdo con Babativa (2017):

refiere e interpreta minuciosamente en tiempo, lugar y persona los eventos observados; relaciona las condiciones existentes, prácticas que prevalecen, opiniones, puntos de vista o actitudes, procesos en marcha, efectos experimentados, o tendencias que se desarrollan, prevalencia de eventos que se dan en el ciclo vital o las características propias de un daño o enfermedad (p. 51, 52).

En este orden de ideas, se aprecia la utilidad asertiva de la descripción de los datos, al poder rescatar prevalencias de la práctica del cutting, lo que esperan del futuro las y los jóvenes y asociaciones generales en un momento específico, por ello, se consideró como un estudio transversal ya que según con Cvetkovic-Vega, Maguiña, Soto, Lama-Valdivia y Correa-López (2021) un elemento clave que define a este estudio "es la evaluación de un momento específico y determinado de tiempo, en contraposición a los estudios longitudinales que involucran el seguimiento en el tiempo" (p. 180), lo que implica que solo se realizó la toma de información en un solo periodo para una sola cohorte, sin la planeación de volver con los mismos sujetos.

En lo que corresponde al muestreo se trabajó con el tipo no probabilístico el cual “a partir de la muestra se pueden hacer inferencias sobre el total de la población; en uno no probabilístico, solamente la población investigada, es decir, únicamente sobre los elementos estudiados” (Pimienta, 2000:264). De igual forma, se eligió la muestra por conveniencia al permitir “seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen y Manterola, 2017:230). Esto permitió que 280 estudiantes (94.3% mujeres y 5.7% hombres) del turno matutino de la Facultad de Trabajo Social de Culiacán decidirán participar en el estudio, al ser un tema difícil de identificar en la población, es decir, se definen como casos de difícil acceso. Por lo tanto, los datos no se generalizaron, pero si se logró precisar la existencia del problema del cutting y hacer una caracterización.

El instrumento aplicado fue compuesto por un cuestionario, el cual según Meneses (2016) es una:

“herramienta que permite al científico social plantear un conjunto de preguntas para recoger información estructurada sobre una muestra de personas, utilizando el tratamiento cuantitativo y agregado de las respuestas para describir la población a la que pertenecen o contrastar estadísticamente algunas relaciones entre variables de su interés” (p. 9).

El cuestionario aplicado contenía el apartado de preguntas sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, entre otras. El segundo relacionado con el cutting, cabe señalar que para este también se retomaron algunas de las preguntas validadas en español del instrumento para la detección de autolesionismo en adolescentes mexicanos de García-Mijares, Alejo-Galarza, Mayorga-Colunga, Guerrero-Herrera y Ramírez-GarcíaLuna (2015), es importante mencionar que no se realizó prueba piloto debido a que se consideró por expertas que el lenguaje era comprensible para los sujetos de estudio y por su puesto al ser validado en México. El tercer apartado relacionado con expectativas de vida.

En relación con el proceso de recolección de datos se trabajó en 4 etapas: la primera consistió en solicitar autorización por parte de la autoridad correspondiente para hacer el estudio en la Facultad. La segunda etapa referente a la logística, que consistió en solicitar listas de asistencia de las y los estudiantes en total de 20 grupos (5 de primero, 5 de segundo, 5 de tercer y 5 de cuarto grado del turno matutino), además se imprimieron los instrumentos y se organizaron por grado. La tercera etapa fue la aplicación de los cuestionarios, cabe resaltar que los mismos fueron aplicados por un equipo de investigadoras y de estudiantes que están colaborando en el estudio. La cuarta y última etapa fue la captura de los datos obtenidos en el programa SPSS y su análisis.

Es necesario señalar que el instrumento se cierra con una leyenda para la firma del consentimiento informado que garantiza la autorización para utilizar los datos con fines académicos y de investigación y a su vez se genera el compromiso de protección de información por parte del equipo de investigadoras atendiendo a la Ley Federal de Protección de datos particulares (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010).

Por último, los resultados fueron analizados en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), los resultados fueron agrupados en tablas para su análisis descriptivo y arribar a las conclusiones.

Resultados preliminares

En este apartado se presenta una descripción de aspectos sociodemográficos de las y los jóvenes que participaron en el estudio, así como algunas preguntas relacionadas con las prácticas de cutting y las expectativas que tienen hacia el futuro. Para iniciar es importante precisar que en el estudio participaron 280 jóvenes mexicanos del Estado de Sinaloa. De los cuales el 94.3% son del sexo femenino y 5.7% masculino. El 91.2 son solteros/as, el 5.1% casados/as y el 3.6% vive en

unión libre. Respecto al grupo de edad de 17 a 20 año se encontró (56%), de 21 a 25 (42%) y de 26 a 29 (2%), es decir, en el estudio por una mínima diferencia participaron principalmente de la juventud temprana como se muestra en la (ver tabla 1).

Tabla 1 . Edad de la persona encuestada

Grupo de edad	Porcentaje
17-20	56
21-25	42
26-29	2
Total	100

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

En relación con la ocupación, se definieron tres tipos de estudiantes universitarios, el primero con el 88% se dedican a estudiar, el 10.1% son estudiantes, pero además se dedican a trabajar en distintos espacios, con la diferencia del 1.1% que además de acudir a la universidad tienen un negocio propio, por lo cual, tienen la posibilidad de ajustar sus horarios (ver tabla 2).

Tabla 2. Ocupación de la persona encuestada

Ocupación	Porcentaje
Estudiante	88.8
Estudiante y empleada	10.1
Estudiante y negocio propio	1.1
Total	100

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

En el apartado de tipología familiar, se les preguntó ¿con quién viven?, como resultado se identificó que el 69.20% vive en un hogar familiar biparental, es decir, viven con ambos padres; el 17% en una familia monomarental, en otras palabras, habitan con solo la madre, el 1.44% en monoparental (con solo el padre), el 7% en una familia extensa, el .36% en compuesta, el 1% vive con amigos, el 2% con hermanos y hermanas, por último, el 2% vive solo (ver tabla 3). Con lo anterior, se puede observar que las y los jóvenes viven principalmente con ambos padres, no obstante, es importante rescatar que casi el 31% rompe con

la idea de una familia considerada clásica o tradicional. Por lo tanto, en esta tabla se puede apreciar con precisión más allá de una tipología familiar, sino la situación que guardan conforme a con quien habitan.

Tabla 3. Tipología familiar

¿Con quién vives?	Porcentaje
Biparental	69.20
Monomarental (madre)	17
Monoparental (padre)	1.44
Extensa	7
Compuesta	0.36
Amigo/as	1
Unipersonal	2
Hermanas/hermanos	2
Total	100

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

Con respecto a la práctica del cutting, de acuerdo con los jóvenes que contestaron a la interrogante que refiere a la frecuencia con la que de manera intencional se han cortado así mismos alguna parte del cuerpo como brazos, piernas o en algún otro lugar sin querer morir; el 80.6% respondió que no ha tenido esta práctica autodañina, no obstante, el 10.8% contestó que sí por lo menos una vez, el 5% de dos a cinco veces, el 3.6% más de seis veces; lo que significa que por 19.4% que equivale a 54 jóvenes se ha lastimado alguna parte del cuerpo, lo que hace referencia a los riesgos hacia la salud física y mental (ver tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de cutting

Frecuencia	Porcentaje
No	80.6
Sí, una vez	10.8
Sí, de dos a cinco veces	5.0
Sí, más de seis veces	3.6
Total	100.0

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

Otros de los puntos a señalar es la edad en la que iniciaron la práctica del cutting, de las y los jóvenes que respondieron que en algún

momento se han cortado sin intención de quitarse la vida, lo realizaron principalmente a los 13 años (34.7%), en seguida 12 (18.36%), en tercer lugar, a los 15 (14.3%), a los 14 con el (12.24%), a los 16 (10.20%), 18 años (4.08%) y en último lugar a la edad de 11, 17 y 20 años (2.04%) respectivamente (ver tabla 5). Es decir, de acuerdo con este dato, la etapa que se considera que puede haber mayor riesgo por el comienzo de la práctica del cutting es en la adolescencia, entre los 12 a los 16 años el riesgo físico y mental es latente.

Tabla 5. *¿A qué edad comenzaste a cortarte alguna parte del cuerpo: ¿piernas, brazos, otra parte?*

Edad	Porcentaje
11	2.04
12	18.36
13	34.7
14	12.24
15	14.3
16	10.20
17	2.04
18	4.08
20	2.04
Total	100

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

La siguiente pregunta trata respecto a cuándo se lastimó por última vez sin el fin de quitarse la vida, el 86% respondió hace más de un año, el 7% en el último mes, 5% en la última semana y el 2% en el último año, lo que significa que el 14% continua en riesgo al seguirse lastimando (ver tabla 6).

Tabla 6. *¿Cuándo te lastimaste por última vez?*

	Porcentaje
En la última semana	5
En el último mes	7
En el último año	2
Hace más de un año	86
Total	100.0

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

A cerca de la parte del cuerpo en la que se ha cortado con mayor frecuencia en las ocasiones que se han lastimado sin el fin de quitarse la vida; las y los jóvenes que respondieron, mencionaron los brazos (10.4%), piernas (9.6%), y en otros lugares como manos, panza y rostro (.04%) respectivamente (ver tabla 7). Es decir, con mayor frecuencia se han cortado en extremidades que ocultan con cierta vestimenta en su vida cotidiana.

Tabla 7. *Parte del cuerpo que te has cortado con mayor frecuencia.*

Parte del cuerpo	Porcentaje
Brazos	10.4
Piernas	9.6
Manos	.4
Panza	.4
Rostro	.4

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

Otro punto relevante son los sentimientos experimentados antes de cortarse, de acuerdo con quienes han realizado esta práctica, señalaron principalmente tristeza (10.7%), frustración (9.6%), enojo (9.3%), estrés (7.9%); en menos frecuencia excitación (.7%) y otro tipo de respuestas que señalaron en la pregunta abierta asco, ansiedad, diversión y moda (.4%) respectivamente (ver tabla 8). En la tabla también se muestra, como las y los jóvenes no solo experimentan un solo sentimiento antes de hacerlo, sino que transitan entre distintos de ellos. Los datos muestran el malestar emocional y sentimental en el que viven jóvenes antes de la práctica del cutting, por ende, es importante, el cuidado de salud mental y emocional, así como estar al tanto de los factores que llevan al cutting.

Tabla 8. *Sentimientos experimentados antes de cortarse*

Parte del cuerpo	Frecuencia	Porcentaje
Decepción	15	5.4
Desesperanza	7	2.5
Tristeza	30	10.7
Enojo	26	9.3
Frustración	27	9.6
Preocupación	9	3.2
Angustia	4	1.4
Vergüenza	5	1.8
Miedo	10	3.6
Excitación	2	.7
Estrés	22	7.9
Tensión	8	2.9
Desorientación	4	1.4
Otro: (asco)	1	.4
Otro: (ansiedad)	1	.4
Otro: (diversión)	1	.4
Otro: (moda)	1	.4

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

Al preguntarles por los sentimientos que experimentaron después de cortarse, respondieron mayormente miedo (6.1%), tristeza (5.4%), preocupación (5.4%), en menos frecuencia desesperanza y excitación (.07%) respectivamente. Una de las respuestas mencionadas en la pregunta abierta fue baja autoestima (.4%) (ver tabla 9). En esta tabla se manifiesta lo complejo de la práctica del cutting, los sentimientos que viven a la vez son un ejemplo de que el realizar esta práctica no les devuelve la paz y tranquilidad emocional como mental.

Tabla 9. *Sentimientos experimentados después de cortarte*

Parte del cuerpo	Frecuencia	Porcentaje
Decepción	14	5
Desesperanza	2	.7
Tristeza	15	5.4
Enojo	14	5
Frustración	10	3.6
Preocupación	15	5.4
Angustia	7	2.5
Vergüenza	12	4.3
Miedo	17	6.1
Excitación	2	.7
Estrés	5	1.8
Tensión	3	1.1
Desorientación	9	3.2
Otro: (baja autoestima)	1	.4

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

De quienes respondieron que por lo menos una vez a más ocasiones se han lastimado, se les preguntó cómo se sintieron de manera general, a lo que respondió el 47% que se sintió igual, 37% peor y en menos frecuencia 16% se sintió mejor (ver tabla 10). En esta tabla se muestra como la mayoría de quienes se han practicado el cutting después de hacerlo se sienten igual de mal o incluso hasta peor.

Tabla 10. *¿Después de cortarte cómo te sentiste?*

Frecuencia	Porcentaje
Te sentiste igual	47
Te sentiste mejor	16
Te sentiste peor	37
Total	100

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

Al preguntarles qué los llevó a hacerlo, las y los jóvenes que se han lastimado respondieron mayormente dejar de sentirse mal (37%),

sentirse mejor (30.5%) y en menos frecuencia evitar hacer algo más (15%) y otro motivo (17.5%) (ver tabla 11). Es decir, la intención de practicarse el cutting es sentirse bien, no buscan terminar con su vida, ni otro motivo, el dato muestra que buscan resolver el malestar que sienten.

Tabla 11. *Cuando te cortaste la última vez, ¿qué te llevó hacerlo?*

Frecuencia	Porcentaje
Dejar de sentirte mal	37
Evitar hacer algo más	15
Sentirte mejor	30.5
Otro, especifica	17.5
Total	100

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

En relación con la opción de otro que señala una de las respuestas anteriores, se solicita especificar a lo que respondieron enojo, experimentar, lastimarse, moda, por una amiga y quitarse la atención con el 0.4% respectivamente (ver tabla 12). Esto manifiesta que las opciones que abiertamente indicaron refieren de igual forma en resolver lo que sienten.

Tabla 12. *Otro, especifica:*

Frecuencia	Porcentaje
Enojo	.4
Experimentar	.4
Lastimarme	.4
Moda	.4
Por una amiga	.4
Quitar tensión	.4

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

En cuanto que los llevó a cortarse la última vez respondieron en primer lugar por problemas familiares (28), en segundos problemas escolares (14), problemas en el noviazgo (6) y en últimas opciones bullying, diversión, experimentar, trauma (1) respectivamente (ver tabla 13). Por lo tanto, con los resultados se muestra que los problemas que surgen

en el interior de la familia, la escuela y en las relaciones sociales son factores de riesgo que afectan la integridad física, emocional y mental de las y los jóvenes.

Tabla 13. *Cuando te cortaste la última vez, ¿qué te llevó a hacerlo?*

Motivos	Frecuencia
Problemas familiares	28
Problemas escolares	14
Problemas en el noviazgo	6
Bullying	1
Diversión	1
Experimentar	1
Fue para que los hombres tuvieran un mal pensar de mi	1
Solo para ver que se siente	1
Trauma infantil	1

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

En relación con si alguna vez han pensado en atenderse con un profesional para no volver a lastimarse solamente 24 jóvenes respondieron que sí. Lo que denota que ni la mitad de quienes se practican el cutting piensan en atenderse.

Por último, con respecto a las expectativas que las y los jóvenes tienen hacia la vida en la actualidad, se identificó en primer lugar expectativas positivas/bonitas (28.57%), en segundo lugar con enfrentar la vida/salir adelante/resolver problemas (25.30%), en tercer lugar relacionadas con aspectos personales, crecer y con lo emocional (10.61%); con menor porcentaje vinculado a la salud mental; familia, dinero; familia y amigos; profesional y académico, entre otras (.40%) respectivamente (ver tabla 14). Como se muestra en la tabla, las expectativas oscilan con la idea de que sus vidas pueden mejorar; además de tener las habilidades de resolver los conflictos que se presenten y esperan mejorar en lo personal, por lo tanto, las expectativas tienen relación con una vida mejor, mientras las que tienen menor porcentaje, estas relacionadas con metas respecto a la mejorar en la economía, lo laboral, la salud mental, entre otros.

Tabla 14. *En la actualidad ¿qué expectativa tienes hacia la vida?*

Expectativas	%
Metas familiares	.40
Metas escolares	3.26
Metas profesionales/empleo	5.71
Metas respecto a la salud	1.63
Metas respecto a la salud mental	.40
Expectativas positivas/bonita	28.57
Enfrentar la vida/salir adelante/problemas	25.30
La vida mejora	.40
Familia y dinero	.40
Familia y trabajo	1.22
Familia y amigos	.40
Familia y estudios	0.81
La describen buena bonita	0.81
Vida complicada	2.04
Personal/crecer/emocional	10.61
Cumplir metas	4.08
Profesionales, economía	0.81
Personales, sociales (empatía)	.40
Profesional, físico, mental y económica familia (todas)	4.9
Trabajar, viajar	0.81
Dejar huella	.40
Carrera y salud mental	.40
Profesional y académico	.40
Bajas expectativas	.40
Terminar universidad y viajar	0.81
Negativa	1.63
Ninguna	1.63
Personal y económica	.40
Personal y profesional	.40
Salud y trabajo	.40
Total	100

Fuente: Trabajo de campo, 2024.

Con lo anterior, se puede manifestar que aun cuando han experimentado experiencias de vida complejas, se han generado expectativas de vida, a corto, mediano y largo plazo.

Conclusiones

En síntesis, con los resultados descritos en el apartado anterior se logró evidenciar la existencia del cutting en jóvenes, quienes participaron en mayor índice se encuentran en la juventud temprana, se dedican principalmente al estudio, viven principalmente con ambos padres, no obstante, es relevante señalar que el esquema de las familias tradicionales o convencionales se está reduciendo. Se mostró la existencia y prevalencia del cutting en casi el 20% de las y los estudiantes que respondieron el cuestionario, autolesionándose en piernas y brazos, un dato interesante es que la práctica de este comportamiento lo desarrollaron en mayor frecuencia en la adolescencia, mientras que el 14% en lo siguió realizando durante la juventud en frecuencias que consideran un año, un mes y una semana. Señalaron que lo que sentían antes de autolesionarse sin la finalidad de quitarse la vida es tristeza, frustración, enojo y estrés, después de realizarlo principalmente miedo, tristeza, preocupación, es decir, señalan sentirse igual y algunos peor, sin embargo, lo que buscaban era sentirse mejor.

Con relación a los factores, señalaron en primer lugar aspectos familiares. Por último, en cuanto con las expectativas señalaron aspirar a situaciones positivas y bonitas, sin mayor precisión, en segundo momento resolver problemas, relacionado con crecer en lo personal y emocional

A manera de conclusión, se evidenció que la práctica del cutting es un acto dañino no asertivo para la solución de problemas, se mostró que es una conducta de riesgo silenciosa en muchos casos, al lastimarse en partes del cuerpo poco visible, se pudo notar que la familia sigue siendo relevante para el desarrollo saludable de las hijas e hijos, que lo que sucede en el interior repercute en la salud mental y física de las y los jóvenes y en su transición de la adolescencia, juventud y edad adulta.

Es indudable que para la atención de este problema se aborde todas las aristas tanto personales, familiares, escolares, comunitarias desde equipos multi e interdisciplinarios que fortalezcan los vínculos familiares y aborden los temas de salud mental, el cuidado de la salud emocional y del cuerpo, habilidades para la vida y estrategias de afrontamiento.

Referencias

- Babativa, N. C. A. (2017) Investigación cuantitativa. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2010). *Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares*. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
- Carvajal H.U., Choque, C.C., Poppe, V., Gantier D.N. y Rivera Y. J (2014). Autolesionismo: síndrome de cutting. *Archivos Bolivianos de Medicina*. Vol.70. Núm.90. Pp.50-55. <http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/abm/v22n90/v22n90a09.pdf>
- Casullo, M., Fernández M., González, R. y Montoya I. (2001), "Problemas adolescentes en Iberoamérica", en Revista *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, núm. 2, pp. 41-54, [consulta: marzo, 2011].
- Chan, M. F., Escalante, M. A., y Fuentes, M. T (2017). Significación del Cutting en una adolescente Tabasqueña. Un estudio de caso. *Perspectivas Docentes*. Vol.29 Núm. 66. Pp. 23-32. DOI: 10.19136/pd.a%vn%i.2783
- Cvetkovic-Vega A., Jorge L. Maguiña, Alonso Soto, Jaime Lama-Valdivia, Lucy E. Correa-López. (2021) Estudios transversales. *Rev. Fac. Med.* 21(1):164-170. DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3069
- Duarte, K. (2001), "¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente", en Solum Donas (comp.), *Adolescencia y juventud en América Latina*, Libro Universitario Regional.
- Fandiño, P., Y. J. (2011). Los jóvenes hoy: enfoques, problemas y retos.

- Revista Iberoamericana de Educación Superior, II (4)*, pp. 150-163.
- García-Mijares J.F., Alejo-Galarza G.J., Mayorga-Colunga S.R., Luis Fernando Guerrero-Herrera L.F. y Ramírez-García Luna J.L. (2015) Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental*, 38(4), pp. 287-292.
- Gómez, L; Molina, C. J.; Reyes, M, Estrada, M. R. y Ceballos, M. (2018). Las juventudes en México: situación actual y perspectivas. Fundación SM, Observatorio de la Juventud en Iberoamérica. <https://oji.fundacion-sm.org/las-juventudes-en-mexico-situacion-actual-y-perspectivas/>
- Hernández-González y Alfaro-Beracoechea (2023). Condiciones de vida, satisfacción y expectativas de futuro en los jóvenes de México, España y Ecuador. Un estudio comparativo. *Revista de el colegio de San Luis. XIII (24)*, 5-32. <https://doi.org/10.21696/rcsl132420231481>
- La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe y Organización Iberoamericana de Juventud, Santiago de Chile, octubre de 2004, p. 17-21.
- Machado, A. G. y Gómez, S. L. (2004). Situación social de la juventud en el mundo actual, problemas y retos. Recuperado de <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/if-mctma/20130826031506/situacion.pdf>
- Meneses J. (2016) El cuestionario. Universitat Oberta de Catalunya.
- Mosquera, D. (2008). *La autolesión: El lenguaje del dolor*. Ediciones Pléyades. https://www.academia.edu/37500498/Mosquera_Dolores_La_autolesi%C3%B3n_El_lenguaje_del_dolor
- Otzen, T. y Manterola C. (2017) Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232.
- Pimienta L. R. (2000) Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas. *Política y Cultura*, núm. 13, pp. 263-276.
- Rojas, A. en Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (12 Agosto 2020) ¿Quiénes son los jóvenes de hoy? Una generación sin límites. <https://www.unicef.org/cuba/historias/quienes-son-los-jovenes-de-hoy-una-generacion-sin-limites>

- Sánchez de Carmona y Médicos y asociados. (2024 junio 10). *¿Cuáles son las características del cutting?*. Grupo punto de partida. <https://grupopuntodepartida.com/2023/09/19/que-es-el-cutting/>
- Sánchez F. F. A. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. doi: <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Zaragozano, J. F. (2017). *Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Vol. 47. Núm. 2. Pp.37-45. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6393711.pdf>

Factores de riesgo vinculados con el consumo de drogas ilegales en la adolescencia: caso, La Amapa, Mazatlán, Sinaloa

Nayeli Guadalupe Aguilar Téllez,
Citlalith Guadalupe Cruz Espinoza,
Gandhi Isabel Peralta Corna²

Resumen

La sociedad ha sido testigo del incremento en el consumo de drogas ilegales, por lo que no es difícil identificar jóvenes que consumen este tipo de sustancias en espacios públicos (Ramírez, 2022). En México el 15.4% de los hombres y el 4% de las mujeres han consumido alguna vez sustancias ilegales, los hombres son los más vulnerables, dado que suelen iniciar el consumo de drogas a partir de los 12 años (Centro de Integración Juvenil, 2018). Objetivo, identificar los factores vinculados al consumo de drogas. Método, el diseño metodológico empleado fue narrativo, con un enfoque de investigación cualitativo y se utilizó el muestreo Bola de Nieve. Resultados, los factores vinculados en el consumo de drogas ilegales en adolescentes fueron: la evasión familiar, el sentido de pertenencia, la inestabilidad económica-emocional y el consumo como un paso hacia la vida adulta. Conclusiones, la iniciación de los jóvenes en el consumo de sustancias psicoactivas surge de la combinación de distintos factores, que incluyen, la búsqueda de evasión familiar, la necesidad inherente de pertenencia a un grupo y el deseo de obtener reconocimiento entre sus pares.

² Docentes de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

Introducción

La familia es la principal fuente de socialización donde el ser humano se desarrolla y adquiere aprendizajes y experiencias que forman su identidad, sin embargo, hay otros factores sociales que también influyen, como son, los socioeconómicos, el entorno donde se desarrolla y el círculo de amistades que establecerá en las diferentes etapas de la vida (Cabrera y Rochna, 2020), una de éstas es la adolescencia.

La adolescencia es el período de desarrollo que abarca de los 10 hasta los 19. Esta edad es crucial para el crecimiento físico, emocional y social, se considera una etapa importante de transición hacia la adultez, en la cual, los jóvenes buscan su identidad, experimentan cambios significativos y enfrentan diversos desafíos que impactan en su bienestar y desarrollo (UNICEF, 2020). Esto los expone a un estado de vulnerabilidad, y aumenta el peligro de que tomen decisiones que los coloquen en situaciones de riesgo, por ejemplo, el consumo temprano de drogas, lo que incrementa la probabilidad de que desarrollen adicciones.

En la actualidad, la sociedad es testigo de que cada vez existe mayor consumo de drogas ilegales, por lo que no es difícil encontrar a jóvenes que las consumen en espacios públicos o en el entorno donde habitan (Ramírez, 2022). De acuerdo con el National Institutes of Health (NIH, 2019) la drogadicción es una "enfermedad crónica, se caracteriza por la búsqueda y el consumo incontrolable de la droga a pesar de las consecuencias perjudiciales que acarrea y los cambios que causa en el cerebro, los cuales pueden ser duraderos". Además, este padecimiento también puede ocasionar consumos compulsivos o recaídas si el adolescente no cuenta con suficientes redes de apoyo. Por su parte, el Centro de Integración juvenil (CIJ, 2018) señala, "la adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma". Ambas definiciones la catalogan como

una enfermedad y que genera daños irreversibles en los niños y adolescentes.

El problema del consumo de drogas ha ido en aumento a nivel mundial. La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el delito (UNODC, 2021) señaló que a finales del 2021 y el 2022, cerca de 275 millones de personas en el mundo señalaron haber consumido algún tipo de droga, 36 millones manifestaron haber sufrido algún tipo de trastorno derivado del consumo de narcóticos. Estos datos reflejan el crecimiento de este problema de salud pública, evidencia el fracaso de las políticas de prevención y control que aplican los gobiernos a pesar de las graves afectaciones que genera a la población en general. Lo grave, son los jóvenes de entre 14 y 17 años quienes principalmente tienen más preponderancia en el consumo, afectándoles a ellos y a su entorno social (Baquerizo et al., 2020).

Por ejemplo, en América Latina el consumo de drogas ilegales tiene mayor prevalencia principalmente entre los adolescentes. Aguirre et al. (2017) explican que la causa de este problema es el contexto familiar, porque una crianza permisiva, sin límites claros, ni reglas firmes y con poco apoyo emocional, puede convertirse en un factor de riesgo para los jóvenes.

En México el problema ha aumentado. El principal factor es que los cárteles del narcotráfico tienen mayor conocimiento sobre la distribución y la tendencia sobre el uso de drogas, porque su objetivo es incrementar el número de consumidores (CONADIC, 2019). El INEGI (2023) indicó que en el 2021 fueron imputados 3,260 adolescentes por presuntos delitos de narcomenudeo, de los cuales, el 90.2% fue por presunta posesión simple de drogas (marihuana y metanfetaminas). También señaló que 8 de cada 10 adolescentes han consumido alcohol, tabaco y marihuana. En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017) reveló el acrecentamiento en edades de 12 a 17 años, al pasar de 1.5% (2011-2016) a 2.9% (2016-2017), entre éstos, 3.4% son hombres y 2.3% son mujeres.

Siendo los primeros los mayores consumidores y, por ende, los más vulnerables a este problema. Sin embargo, se ha reflejado un incremento en mujeres en el mismo rango de edad (ENCODAT, 2017). Entonces, la drogadicción es un peligro para ambos sexos, ya que la cantidad de consumidores sigue creciendo (Centro de Integración Juvenil, 2018). Por ello, se requieren políticas públicas más efectivas que contribuyan a su disminución o rehabiliten a la población.

En este mismo sentido, Sinaloa es un estado reconocido a nivel nacional e internacional por la producción y distribución de drogas ilegales y, su uso no es la excepción. Esto lo hace enfrentar un grave problema de salud pública que afecta el desarrollo humano y económico de las personas. Además, esta entidad ocupa el primer lugar a nivel nacional por delitos relacionados con drogas ilegales (posesión para consumo y comercio) (INEGI, 2022). La gravedad de la situación radica en el aumento alarmante de casos, ya que los jóvenes se han convertido en los principales consumidores de drogas ilegales.

En el 2023 el Centro de Integración Juvenil Mazatlán atendió a 546 pacientes con problemas de adicciones de edades que oscilaban entre 12 y 17 años, comparado con 450 en 2022, lo que representa un aumento del 20% (Toledo, 2024). Un problema mayor en este puerto es que se carece de estadísticas detalladas sobre las colonias de más riesgo social, lo que representa un desafío importante en la prevención y atención (Bernal, 2023).

La Amapa es una sindicatura situada en el municipio de Mazatlán que pertenece al estado de Sinaloa, con una población total de 404 habitantes, de los cuales el 31.9% tienen entre 0 y 14 años (Citypopulation, 2020). Se encuentra ubicada en los límites entre Mazatlán y Rosario. Su actividad económica está ligada principalmente a la ganadería y agricultura.

Esta comunidad enfrenta diversas problemáticas sociales que afectan la calidad de vida de sus habitantes. Entre las principales están las fallas en el suministro de agua, las deficiencias en el alumbrado

público, la falta de espacios recreativos y pavimentación insuficiente, lo que refleja una notable carencia de infraestructura (Nordahl, 2019). También, hay falta de acceso a la educación, pues solo cuenta con una escuela primaria y una secundaria, los adolescentes que deseen continuar con sus estudios de bachillerato requieren trasladarse a otra localidad que sí cuenten con este nivel educativo. Asimismo, la comunidad enfrenta problemas de pobreza, rezago social, violencia e inseguridad.

Durante la práctica comunitaria, se observó a un grupo de aproximadamente 24 adolescentes reuniéndose en la cancha de fútbol para consumir drogas, lo cual fue corroborado por los habitantes de la comunidad, quienes también reportaron un aumento significativo de este problema. Sin embargo, no se pudieron encontrar datos oficiales que demuestren la gravedad del problema.

Bajo este contexto, el que los adolescentes consuman drogas ilegales es un problema sumamente grave. Cuando éstos se introducen al mundo de las adicciones su futuro puede coartarse, es decir, sus vidas podrían destinarse a la pobreza y a la marginación, porque son un grupo en riesgo y con vulnerabilidad. Así mismo, se convierte en un problema que afecta a la comunidad, porque al no tener los suficientes ingresos económicos para comprar drogas ilegales, deciden realizar prácticas delictivas, lo que conlleva al aumento de robos habitacionales y origina que la comunidad deje de verse como un espacio seguro que afecta poco a poco el entorno de cómo se habita ese espacio compartido.

Un aspecto adicional para considerar es la carencia de una política estatal efectiva, puesto que no existen programas adecuados para la prevención y tratamiento capaces de evitar que este grupo de la población se introduzca en las adicciones o los ayuden a salir de ellas. Esta falta de acción demuestra una negligencia por parte del Estado, y atenta contra los derechos humanos de los adolescentes.

Considerando todo lo anterior, el objetivo de este estudio fue

identificar los factores de riesgo vinculados con el consumo de drogas ilegales en adolescentes. Esto se debe a que el consumo temprano de sustancias no solo perjudica el desarrollo adecuado éstos, sino que también impacta negativamente en distintos aspectos de su vida, como son, sus relaciones familiares, con sus pares y su interacción con la comunidad. Asimismo, los expone a una vida de vulnerabilidad, marginación social y pobreza, lo cual compromete seriamente su futuro. Por ello, se buscó responder los siguientes cuestionamientos: ¿Cuáles son los factores de riesgo vinculados con el consumo de drogas ilegales en adolescentes? ¿Cuáles son los significados que los adolescentes asignan al consumo de drogas?

Esta investigación aporta conocimiento disciplinar para tener una mayor comprensión sobre los factores asociados al consumo de drogas ilegales en adolescentes e intervenir de manera preventiva, ofrecer atención y tratamiento adaptados a las necesidades específicas de cada contexto social e individual, y promover el bienestar integral de los adolescentes.

Metodología

El enfoque de investigación fue cualitativo y se utilizó el método narrativo, lo que permitió una comprensión profunda y detallada de los factores asociados al consumo de drogas ilegales en adolescentes (Riessman, 2008); esto para conocer cómo los adolescentes estructuraban sus historias, qué significados emergían de sus narrativas, pero aún más importante, determinar cuáles son los factores de riesgo vinculados al consumo de drogas en adolescentes.

El universo de estudio fueron los adolescentes consumidores de drogas ilegales y sus respectivas familias que habitaban al momento del estudio en la comunidad de La Amapa, perteneciente al municipio de Mazatlán. El muestro utilizado fue Bola de Nieve (Hernández Sampieri et al., 2014). Por lo que, para la toma de la muestra se identificó un grupo de adolescentes con problemas de adicción que

habitan en esta comunidad rural; la muestra se conformó con 16 jóvenes del sexo masculino, los cuales de forma permanente se reunían en la cancha de béisbol de esta sindicatura para consumir drogas ilegales. El rango de edad de los adolescentes entrevistados osciló entre 13 y 17 años.

Para invitarlos a participar en el estudio hubo un acercamiento con uno de los jóvenes que a su vez fue la vía para acercarse a sus demás amigos. Todos cumplieron las características necesarias para realizar esta investigación, edad, consumían drogas ilegales y habitaban en la comunidad de La Amapa.

Las técnicas de recolección y análisis de información fueron la entrevista semiestructurada, se eligió porque tiene el objetivo de adentrarse a la vida personal de las personas, con el fin de obtener información sobre sus vivencias a través de preguntas y respuestas no formales, directas y cerradas (Robles, 2011); una segunda técnica fue la observación.

Para el análisis de resultados se procedió a transcribir las entrevistas y revisar para su análisis; se realizó codificación abierta y la triangulación planteada por Strauss y Corbin (1998).

Resultados y discusión

Caracterización

pobreza extrema. Se identificaron diversas estructuras familiares, destacaron las familias monoparentales encabezadas por jefa de familia, las de acogida, pero prevalecieron las nucleares. El rango de edad de los participantes oscilaba entre los 13 y 17 años. Es importante mencionar que la mayoría de estos habían estado internados en centros de rehabilitación, algunos hasta en más de dos ocasiones. Al momento de las entrevistas, los 16 adolescentes no estudiaban, pues abandonaron sus estudios debido a problemas económicos y por sus

problemas de adicción. Samudio et al. (2021) señalan que el abandono escolar funge como un predictor en el consumo de drogas en adolescentes.

Evasión familiar

Desde la perspectiva del modelo sociocultural en términos del consumo de drogas, Soto (2015) afirma que la unión de múltiples interpretaciones existentes en la sociedad sobre las drogas genera que los adolescentes se vayan apropiando de ellas, esto crea un marco de acción para los consumidores, quienes, a manera de protesta, evasión, diversión, aceptación de un grupo, se insertan en el mundo de consumo de drogas de muy diversas formas y excusan la razón del por qué lo hacen. Lo planteado en esta postura teórica puede comprenderse con la siguiente narrativa: "consumí drogas porque al fallecer mi abuela me tuve que regresar a la casa de mi papá. Su esposa y él peleaban mucho por mi presencia por eso mejor decidí irme a despejar mi mente" (A1, Comunicación personal, 2021). Rodrigues da Silva et al., (2022) mencionan que entre los factores vinculados al consumo de drogas en adolescentes está la calidad de las relaciones familiares. Del mismo modo, Saravia et al., (2014) también identificaron a los factores familiares como un predictor en el consumo.

Sin embargo, se considera que la situación familiar lleva a los adolescentes a consumir drogas como una evasión de su dinámica familiar, esto se explica con lo siguiente: "me ayuda a olvidar que tengo problemas en mi casa" (A2, comunicación personal, 2021). Otra expresión compartida fue, "escuchaba decir a mis amigos que iba a sentir bien a gusto, eso yo quería relajarme y despejar mi mente" (A1, Comunicación personal, 2021).

Finalmente, otro adolescente respondió, "sólo quería olvidar los problemas que tenía con mi padre" (A14, Comunicación personal, 2021).

Asimismo, otros dos adolescentes entrevistados expresaron: "quería

relajarme y divertirme un rato porque dentro de mi casa vivo bajo mucha presión” (A11, Comunicación personal, 2021); “solo quería divertirme, olvidar los problemas familiares, pero nosotros no afectamos a nadie, ni a la comunidad, porque el consumo lo hago con mis amigos” (A9, Comunicación personal, 2021).

A partir de la perspectiva de género de la masculinidad hegemónica se menciona que los usuarios consumidores de drogas ilegales desde sus vivencias utilizan las sustancias como una vía para evitar enfrentarse con los problemas que surgen en la familia y en el hogar (Toquero & Salguero, 2013). Esto se puede percibir en la siguiente respuesta de uno de los adolescentes entrevistados:

Así evito estar en mi casa soportando regaños, quiero relajarme y olvidar los problemas de mi casa, evito sentirme estresado y acordarme de cosas que no me gusta ver en mi casa, al consumirla evito sentirme triste porque tengo problemas con mis papás y mis hermanos, no quiero pelear con mis papás mejor, me voy a la calle a despejarme (A5, Comunicación personal, 2021).

Otro adolescente comenta, “busco relajarme cuando me drogo, me libera el estrés y me distraigo” (A3, Comunicación personal, 2021). Con base a los fragmentos anteriores que brindaron estos adolescentes, se puede identificar uno de los factores asociados al consumo de drogas ilegales es la *evasión familiar*.

Sentido de pertenencia

Por otro lado, el modelo sociocultural aclara que los humanos somos dependientes por naturaleza, por la socialización y nuestra historia de vida es como orientamos esas dependencias (Soto, 2015). Esto se puede relacionar con las siguientes contestaciones que compartieron adolescentes entrevistados, “decidí consumir para pertenecer a un círculo social” (A5, Comunicación personal, 2021). Otro caso añadió: “consumí porque quería pertenecer a un grupo de amigos” (A8, Comunicación personal, 2021).

Mientras que otro joven entrevistado explica su experiencia, "quise quedar bien con los amigos para que me incluyeran al grupito" (A15, Comunicación personal, 2021). Partiendo de estas narrativas, se puede concluir que las amistades son un medio importante para obtener reconocimiento, refleja también una fuerte necesidad de pertenencia entre estos jóvenes (Toquero & Salguero, 2013). De manera similar, Alfonso et al. (2009) señalan que los grupos de amigos con actitudes y comportamientos favorables hacia el consumo de drogas influyen significativamente su iniciación.

Inestabilidad económica y emocional

El modelo sociocultural examina la relación entre individuos, sustancias y su entorno, aborda el problema de la drogadicción desde múltiples perspectivas y experiencias. Los adolescentes de La Amapa por sus vivencias el significado que adquiere el consumo de sustancias ilegales es para *evadir*, "he tenido mucha inestabilidad económica y emocional" (A16, Comunicación personal, 2021). Otra respuesta, "quería algo que me hiciera sentir mejor" (A4, Comunicación personal, 2021). Asimismo, "ya no quiero sentirme triste" (A7, Comunicación personal, 2021). Osorio et al. (2004) indican que las principales áreas de alto riesgo relacionadas con el uso de drogas legales e ilegales son la familia y la salud mental. Se concluye que estos adolescentes recurren a las drogas para evadir su condición social, evitar la tristeza y escapar de la sensación de que les provoca su entorno.

Sin lugar a duda, estos adolescentes están destinados a la exclusión social y la pobreza. Asimismo, estos adolescentes utilizan las drogas como un remedio a la precariedad, para evadir esa incertidumbre de falta de futuro, evitar sentir tristeza, eludir el hecho de que se desenvuelven en contextos donde se siente que no hay más esperanzas; están marginados a la exclusión social y a la pobreza.

Un paso a la vida adulta: masculinidad

Por último, en los fragmentos que comparten los adolescentes de La

Amapa se logra ver que una vez más se hace notar el modelo sociocultural cuando describen algunos momentos de sus vidas, "observé a mis vecinos y me dio curiosidad, después me di cuenta que al consumirla me sentía más fuerte o valiente" (A7, Comunicación Personal, 2021).

Otro joven también añade lo siguiente, "me comenzaron a retar para ver quién era el más valiente en probar" (A8, Comunicación personal, 2021). Estas percepciones que brindaron los adolescentes entrevistados se relacionan con la perspectiva de género desde la masculinidad hegemónica donde pareciera que el uso de sustancias psicoactivas significa lograr el reto de ser el más valiente, tener poder, tomar riesgos, excesos y superar a los otros (Toquero & Salguero, 2013). Otras respuestas compartidas por los adolescentes entrevistados fueron, "estaba en un convivio con mis amigos y lo hice porque quería sentirme parte de ellos" (A8, Comunicación personal, 2021); "consumí en una fiesta que organizaron mis compañeros de la prepa" (A13, Comunicación personal, 2021).

Los jóvenes perciben las sustancias psicoactivas como una forma agradable de socializar con sus amigos. El modelo sociocultural aborda la drogodependencia a través de las relaciones sociales, ya que estas relaciones son fundamentales para la formación de la identidad. La dependencia es vista como una construcción sociocultural derivada de las interacciones en el entorno, que moldean la identidad y el comportamiento del individuo (Soto, 2015).

Las personas recurren a las drogas por diversas razones, como protesta, evasión, diversión o búsqueda de aceptación en un grupo, pero también su uso está relacionado para lograr el reto de ser el más valiente, tener poder, tomar riesgos, excesos y superar a los otros. Un factor que está vinculado al género, entendiéndolo como las expectativas y normas sociales que una cultura asigna basada en las diferencias físicas entre hombres y mujeres, así representa lo que se considera masculino y femenino (Lamas, 2000).

Entonces, el consumo de drogas ilegales en adolescentes es un problema grave y se acrecienta cada vez más. Identificándose que los factores vinculados en el consumo de drogas ilegales en adolescentes son: evasión familiar, sentido de pertenencia, condición económica y emocional y como un paso a la vida adulta. No obstante, la familia es un factor importante vinculado con el consumo de drogas ilegales en los adolescentes.

Finalmente, se reconoce que los resultados de esta investigación muestran los factores que llevaron a los adolescentes al consumir drogas ilegales, lo que resalta la necesidad de realizar una investigación más detallada y exhaustiva para entender mejor los efectos que genera el consumo de drogas ilegales en la vida de los jóvenes a largo plazo, pero también en sus familias y comunidad. De manera que, continuar con el estudio de esta problemática es de gran importancia para el área de las ciencias sociales, específicamente para el Trabajo Social, porque sus efectos abarcan aspectos individuales, familiares y comunitarios. Y desde su enfoque y metodologías de intervención social poder generar mayor cambio en la vida los adolescentes, a través de la acción social.

Conclusiones

El consumo de sustancias ilícitas en adolescentes cada vez es mayor y les genera daños irreversibles en su desarrollo físico y social. A partir de la investigación realizada se pudo identificar los factores de riesgo vinculados al consumo de drogas en adolescentes de la comunidad de La Amapa, Sinaloa, así como también, el significado que asignan al consumo al consumo de drogas ilegales.

El supuesto de este estudio fue que la familia (estructura y dinámica) era el factor principal para que los adolescentes de La Amapa iniciaran en el consumo de drogas ilegales; sin embargo, en función de los resultados se identificaron otros factores vinculados como son la evasión familiar, el sentido de pertenencia, la condición económica y emocional; y como un paso a la vida adulta.

Por consiguiente, los adolescentes de La Amapa tomaron el camino del consumo de drogas ilegales por evasión familiar. Además, se percibe en ellos una necesidad innata de pertenencia y un fuerte deseo de obtener reconocimiento por parte de sus pares. También recurrieron a estas sustancias como un remedio para escapar de su condición económica y emocional por las condiciones de vulnerabilidad social en las que se encuentran. Por lo cual, se alcanzó el objetivo general de esta investigación, que era identificar los diversos significados que los adolescentes de La Amapa de Mazatlán, Sinaloa, asignan al consumo de drogas y los factores de riesgo vinculados al consumo de drogas en adolescentes. Entendiéndose que no existe un solo factor que lleve a los jóvenes a iniciar en el consumo de sustancias psicoactivas, sino que son múltiples factores.

Se recomienda continuar investigando esta problemática social, sería importante incluir a los padres de familia en los próximos estudios, puesto que para este estudio fue una limitación la identificación de los progenitores de estos adolescentes para entrevistarlos.

Finalmente, esta investigación aporta conocimiento disciplinar para la comprensión de esta problemática social a través de una perspectiva sociocultural sobre el origen de las adicciones en los adolescentes. Para los futuros estudios sobre este objeto de estudio se recomienda analizar a la familia con hijos con adicciones, específicamente, sus efectos en la dinámica familiar que brinde una comprensión más profunda sobre qué es lo que enfrentan y cómo se puede intervenir desde lo social.

Referencias

Aguirre, N., Aldana, O. & Bonilla, C. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Rev. salud*

- pública* 19 (1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.41785>
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(2), 330–338. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/87961>
- Apud, I., & Romani, O. (2016). La Encrucijada de la Adicción. Distintos Modelos en el Estudio de la Drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125. <https://doi.org/10.21134/haaj.v16i2.267>
- Baquerizo, M., Quinde, M., Acuña, M., & Zambrano, A. (2020). Drogadicción en la juventud estudiantil una epidemia en la actualidad. *RECIAMUC*, 4(1), 242-252. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.242-252](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.242-252)
- Beatriz, G., Juárez, O., Ariza, C., & Villalbí, J. (2021). La prevención universal del consumo de drogas en el entorno escolar: el valor de la monitorización continua. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 493-495. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.008>
- Bernal, C. (2024, 1 de junio). Preocupa el consumo de drogas en adolescentes. *Punto.mx*. <https://punto.mx/2024/06/01/mucho-ojo-preocupa-el-consumo-de-drogas-en-adolescentes/>
- Cabrera Carrillo, P., & Rochna Elgueta, F. (2020). *Significado de familia para adolescentes consumidores de droga pertenecientes al proyecto de tratamiento de consumo de drogas y alcohol de la comuna de la granja* [Tesis de licenciatura, Universidad Miguel de Cervantes]. <https://www.umcervantes.cl/wp-content/uploads/2021/01/ts-1TESIS-FINAL.pdf>
- Centro de Integración Juvenil. (2018). Diagnóstico del consumo de drogas del área de influencia de CIJ. <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9380/9380CD.html>
- Citypopulation. (15 de marzo de 2020). La Amapa. La Amapa (Mazatlán, Sinaloa, Mexico) - Population Statistics, Charts, Map, Location, Weather and Web Information (citypopulation.de)
- Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]. (2018). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida Guía para el promotor de "Nueva Vida". *Comisión Nacional Contra las Adicciones*. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevenico

n.pdf

Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2020). Cuenta pública. <https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/CP/2020/tomo/VII/Print.PBJ.01.INTRO.pdf>

Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] (2019). Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su situación integral 2019. [Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico](http://www.gob.mx/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico).pdf (www.gob.mx)

Díaz, K., Vallejo, A., Muñoz, F., Vargas, L., González, G., & Guarnizo, M. (2018). Crianza parental y consumo de drogas en adolescentes escolares de Veracruz, México. *Revista de Educación y Desarrollo*, 45, 67-72. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/45/45_DiazMorales.pdf

Funes, A. & Romani, I. (1985). *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación* (1.ª ed.). Dirección General de Acción Social.

Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Herrera, K. J., Linares, M., & Díaz, D. (2018). Ambiente familiar e influencia social asociados al consumo de drogas ilegales y alcohol en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 46, 1-11. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/46/46_Herrera.pdf

Instituto Mexicano de la Juventud. (2018) *¿Conoce las diferencias entre Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas!* <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas>

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía [INEGI]. (2023, 23 de junio). *Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas (26 de junio)* [Comunicado de Prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DROGAS23.pdf

- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía [INEGI]. (2022, 23 de junio). *Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico de drogas (26 de junio)* [Comunicado de Prensa].
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_Drogas22.pdf
- Jiménez, J. (2001). *Las drogas: conceptos*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=48941>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7 (18), 3.
<https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Maccoby, E. (1992). The role of parents in the socialization of children. An historical review. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1020.
- Mayo, P. & Peña C. (2018). La educación de la organización de la vida en adolescentes en riesgo de adicción. *Luz*, 17 (2), 81-87.
<https://www.redalyc.org/journal/5891/589167622009/589167622009.pdf>
- Menéndez, H., Velasco, M., & Tójar H. (2018). Evaluación del programa de prevención de adicciones "Entre todos". *MLS-Educational Research*, 2 (1), 7-26. <https://doi.org/10.29314/mlser.v2i1.30>
- Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., & Barragán, A. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Revista de Atención Familiar*, 24 (2), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). Las drogas, el cerebro, y la conducta: la ciencia de la adicción. *National Institutes of Health [NIH]*. Cómo prevenir el uso indebido de drogas y la adicción: la mejor estrategia | National Institute on Drug Abuse (NIDA) (nih.gov)
- National Institutes of Health [NIH]. (2019, noviembre). Enfoques de tratamiento para la drogadicción.
<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion#:~:text=La%20drogadicc%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,los%20cuales%20pueden%20ser%20duraderos>
- Nordahl, S. (2019, 7 de junio). En La Amapa falta agua, alumbrado y

espacios recreativos. *El Sol de Mazatlán*. En La Amapa falta agua, alumbrado y espacios recreativos - El Sol de Mazatlán | Noticias Locales, Policiacas, sobre México, Sinaloa y el Mundo (elsoldemazatlan.com.mx)

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2021, 24 de junio). Informe Mundial sobre las drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis. https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24_informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20las%20C3%BAltimas%20estimaciones%20globales,sufre%20trastornos%20por%20su%20consumo

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud del adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Osorio Rebolledo, E Ortega de Medina, N., Cristina Pillon, S. (2004). Factores de riesgos asociados al uso de drogas en estudiantes en adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(número especial):369-75 www.eerp.usp.br/rlaenf

Peralta, M. (2009). Etnografía y métodos etnográficos. *Análisis. Revista Colombiana de Humanidades*, (74), 45. <https://www.redalyc.org/pdf/5155/515551760003.pdf>

Perea, M., & Rodríguez, F. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en etapa escolar. *Revista Sinergia*, 1(7), 164-194. <http://sinergia.colmayor.edu.co/ojs/index.php/Revistasinergia/articloe/view/101>

Ramírez, J. (15 de septiembre de 2022). Jóvenes son presa fácil de las drogas; advierte CIJ Mazatlán. *El Sol de Mazatlán*. <https://www.elsoldemazatlan.com.mx/local/jovenes-son-presa-facil-de-las-drogas-advier-te-cij-mazatlan-4715479.html>

Riessman, C. (2008). Narrative Methods for the human Sciences. SAGE Narrative Methods for the Human Science 9780761929987 - DOKUMEN.PUB

- Robles, B., (2011). La entrevista en profundidad una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52) ,39-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>
- Rodrigues da, S., Diogo Timóteo, C., Sandrine de Araújo, G., Waldemar, B., Rodrigues, A. & Jael Maria de, A. (2021). Factores asociados al consumo de drogas por adolescentes escolares. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 24-28. Epub 25 de abril de 2022. Recuperado en 23 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100007&lng=es&tlng=es.
- Romaní, I. (2004). *Las drogas. Sueños y razones* (2.^a ed.). Ariel.
- Samudio Domínguez, G., Ortiz Cuquejo, L., Soto Meza, M., & Samudio Genes, C. (2021). Factores asociados al consumo de drogas ilícitas en una población adolescente: encuesta en zonas marginales de área urbana. *Pediatría (Asunción)*, 48(2), 107-112. Epub August 00, 2021. <https://doi.org/10.31698/ped.48022021004>
- Sánchez-Sosa, J., Villareal, M., Ávila, M., Vera, A., & Musitu, G. (2017). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78. <https://dx.doi.org/10.5093/in2014a7>
- Saravia, J., Gutiérrez, C., & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria, Factores familiares y sociales. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355003.pdf>
- Soto, E. (2015). El consumo de drogas y sus efectos en la construcción identitaria de los sujetos. En P. Pombo y P. Floriano (Eds.), *La marca de las drogas violencias y prácticas de consumo* (157-218). Colegio de la Frontera del Norte. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2016.023
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Fundamentos de la Investigación Cualitativa: Técnicas y Procedimientos para el Desarrollo de la Teoría Fundamentada*. Publicaciones SAGE. (89) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada | Pablo Ferney - Academia.edu
- Toledo, M. (29 de marzo, 2024). Durante el 2023 Mazatlán subió el

consumo de drogas por depresión y ansiedad. *El Sol de Mazatlán*. Durante 2023, en Mazatlán subió el consumo de drogas por depresión y ansiedad - El Sol de Mazatlán | Noticias Locales, Policiacas, sobre México, Sinaloa y el Mundo (elsoldemazatlan.com.mx)

Toquero, M., & Salguero, M. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *La ventana*, 2(38), 372-404. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362013000200012#:~:text=Los%20varones%20usuarios%20de%20sustancias,de%20signos%20y%20significados%20\(Nateras%2C](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362013000200012#:~:text=Los%20varones%20usuarios%20de%20sustancias,de%20signos%20y%20significados%20(Nateras%2C)

Trovero, J. (2013). *¿Qué es la teoría sociológica? Teoría y metateoría: aproximaciones desde Alexander y Ritzer*. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-076/249.pdf>

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2020). *¿Qué es la adolescencia? ¿Qué es la adolescencia?* | UNICEF

Velasco, B. (2012). Definiciones y conceptos. *Secretaría de educación de Veracruz*. <http://www.sev.gob.mx/prevencionadicciones/files/2012/11/C5DefinicionesConceptos.pdf>

Autoestima en estudiantes universitarias del área de Ciencias Sociales y conductas alimentarias

Sandra Rubí Amador Corral,
Martha Leticia Cabello Garza³

Resumen

El estudio de las conductas alimentarias de riesgo resulta importante debido a las consecuencias que puede tener en la salud física de la población como las enfermedades relacionadas con la alimentación: sobrepeso, obesidad, las enfermedades crónicas no transmisibles o los trastornos de la conducta alimentaria; y en la salud emocional como el estrés, la baja autoestima, problemas con la percepción de la imagen corporal y las exigencias con los ideales de belleza. Este estudio tiene como propósito describir las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la autoestima en jóvenes universitarias estudiantes del área académica de ciencias sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo descriptivo con una muestra representativa de 3506 mujeres estudiantes para analizar la frecuencia de las CAR y su relación con el nivel de autoestima; dentro de los principales resultados se puede destacar que las principales CAR que se presentan en la población estudiada y que se relacionan con una baja autoestima son los atracones, seguido de las conductas compensatorias y por último las conductas purgativas. Las CAR y la autoestima están interconectadas de varias maneras, y esta relación puede ser compleja y multidimensional, es importante abordar tanto la salud mental como la autoimagen en el tratamiento de

³ Profesoras investigadoras de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

trastornos alimentarios y promover una relación saludable y positiva con la alimentación y la imagen corporal.

Introducción

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR), han sido reconocidas como conductas dañinas para la salud, son inapropiadas y pueden evolucionar hacia trastornos alimentarios más graves, como la anorexia o bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y otros desórdenes relacionados con la alimentación, que tienen impactos significativos en la salud física y mental de las personas y requieren tratamiento profesional (Unikel, et al, 2017). Estas conductas están asociadas con el deseo de tener una figura corporal delgada y son más frecuentes en las personas adolescentes y en personas adultas jóvenes.

Uno de los factores que predisponen a las conductas alimentarias en riesgo, es la autoestima, la cual está estrechamente relacionada con la imagen corporal, ya que la preocupación por el mantener un cuerpo delgado y su percepción de sí mismo puede relacionarse con síntomas relacionados con trastornos alimenticios (Martínez, et al., 2023). Las personas que presentan conductas alimentarias de riesgo pueden retirarse socialmente y evitar situaciones sociales que impliquen comida o exposición corporal. Esto puede llevar al aislamiento social, la pérdida de relaciones interpersonales y la disminución de la participación en actividades sociales y recreativas.

Actualmente los cánones de belleza han cambiado, la proliferación de clínicas de belleza y gimnasios han ido en aumento, así como la variedad de dietas para adelgazar, y es que tener una imagen saludable es fundamental incluso para situarse socialmente, lo cual se denota en la evidente predicción del aumento en las conductas alimentarias de riesgo.

Estas conductas pueden estar relacionadas con la autoestima en las y los estudiantes universitarios de varias maneras: La baja autoestima

puede contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios, y aunque no es un concepto fijo, ya que se manifiesta en forma cambiante en función de las circunstancias y se va modificando a lo largo de nuestra vida, es la base de una buena salud psicológica, por el contrario, aquellas personas que tienen una percepción negativa de sí mismas pueden recurrir a conductas alimentarias de riesgo para intentar obtener control sobre sus cuerpos y mejorar su imagen (Martínez, et al., 2023).

En este tema es imprescindible hablar de la importancia de la presión social, la comparación con otros y las expectativas de belleza y delgadez que pueden influir en la autoestima del estudiantado, ya que incluso pueden sentirse inseguros, adoptar conductas extremas y todo para cumplir con estándares de belleza, sin embargo en ocasiones se adoptan comportamientos alimentarios desordenados para intentar alcanzar un estándar irreal de belleza o para lidiar con sentimientos de inadecuación, aumentando la insatisfacción con el cuerpo y empeorar la autoestima ante la presión social al no alcanzar esos estándares percibidos.

The American Journal of Clinical Nutrition, señaló que el número de casos de Trastornos de Conductas Alimentarias (TCA), se ha duplicado en los últimos años, la incidencia ha pasado de 3,4% de la población a 7,8% entre 2000 y 2018 (Galmiche et al., 2019). Si bien se ha demostrado que las conductas alimentarias de riesgo están íntimamente relacionadas con el tema de los TCA, es necesario señalar que la prevención temprana es de gran importancia para el campo de la salud pública, y es en este punto que la autoestima juega un papel decisivo, ya que estudios como el de Koushiou y colaboradores (2020) han mostrado que la autoestima puede predisponer a una persona a desarrollar o no un desorden alimenticio.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), muestran que los trastornos como la bulimia nerviosa y anorexia nerviosa son de 10 a 20 veces más comunes en las mujeres que en los hombres. En el año 2019 las cifras mostraron que aproximadamente 14

millones de personas padecían de trastornos alimenticios, de los cuales aproximadamente 3 millones eran niños y adolescentes. Además, consideran que en Estados Unidos la anorexia nerviosa es la tercera condición crónica más común entre los adolescentes, después de la obesidad y el asma.

De acuerdo con la Secretaría de Salud en México (2023), los trastornos de la conducta alimentaria más comunes como la bulimia, anorexia y atracones afectan mayormente a las mujeres, ocasionando que las personas jóvenes lleguen a los servicios médicos con graves daños en su salud física y mental, presentando problemas de ansiedad, depresión, mostrando cifras alarmantes ya que el 25% de esos pacientes consume sustancias psicoactivas. En este comunicado se incluyen datos señalados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, donde afirman que los grupos etarios que requieren de mayor atención son los de 14 a 19 años y de 20 a 25 que son los rangos de edad de estudiantado universitario.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2022), muestran que el 1.6% (2.0% en mujeres y 1.2% en hombres) de los adolescentes tienen riesgo de un trastorno de la conducta alimentaria, en aquéllos entre 14 y 19 años, 2.3%, en zonas urbanas 2.1%, en la región centro 2.9% y por tercer quintil de bienestar, 3.1%. Los datos mostrados señalan la importancia de continuar monitoreando las CAR en encuestas representativas nacionales, a diferencia de los estudios realizados en muestras no probabilísticas.

De acuerdo a Unikel y colaboradores (2017), la conductas alimentarias de riesgo pueden tener una prevalencia mucho mayor que los transtornos alimentarios y pueden provocar serios problemas de salud, como deficiencias nutricionales, trastornos gastrointestinales, desequilibrios electrolíticos, deshidratación, problemas cardíacos y daños en órganos vitales; entre los problemas emocionales y psicológicos, más frecuentes se puede presentar depresión, ansiedad, obsesión, culpa, vergüenza, irritabilidad, entre otros. Además, están frecuentemente relacionadas con una percepción distorsionada de la

imagen corporal, experimentando insatisfacción, vergüenza y ansiedad relacionadas con su apariencia física, lo que contribuye a la baja *autoestima* y la falta de confianza en sí mismas.

Aunque existen varias explicaciones para entender esta problemática, son los factores biopsicosociales, los que han contribuido en mayor medida a entender la interacción entre los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes de las conductas alimentarias, y que si bien, varían de persona a persona, favorecen una perspectiva multidimensional. Pero lo que más debe preocupar son los factores de riesgo, ya que aumentan la probabilidad de que se altere el equilibrio y ejercen un efecto negativo en la salud de las personas, facilitando la aparición de comorbilidades (Unikel, 2017).

Un estudio donde se analiza la evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos (Villalobos, et al, 2020), muestra que las CAR están relacionadas con la juventud pues es donde cobra gran relieve los cambios físicos y psicológicos en relación con la imagen corporal, un ideal de belleza que promueve la vigilancia del peso. En este trabajo se resalta que entre los distintos grupos sociales los de mayor prevalencia en las CAR son aquellos de mayor nivel socioeconómico y en zonas urbanas o semiurbanas.

Otro estudio cualitativo relacionado con este tema fue el realizado por Troncoso y Amaya (2009), cuyo objetivo fue interpretar la percepción de los estudiantes de educación superior de una universidad de Chile, los resultados mostraron que la familia, las amistades y el plantel educativo como tal, condicionan en gran manera las conductas alimentarias de las personas participantes del estudio, siendo estas percepciones favorables para la familia y desfavorables para el plantel universitario, y las amistades, ya que de manera negativa fomentan el consumo de alimentos no saludables además de los horarios de las clases.

La etapa escolar es un punto clave para generar hábitos saludables y comportamientos alimenticios apropiados. Por lo general es la

población femenina en comparación con la masculina la que presenta mayor prevalencia de CAR en poblaciones universitarias como lo evidencian algunos estudios (Rosero et al., 2021; Santos et al., 2022). Por todo lo anteriormente citado, este estudio buscó describir las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la autoestima en jóvenes universitarias estudiantes del área académica de ciencias sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Metodología

Este estudio se realizó a partir de una metodología cuantitativa y desde un enfoque descriptivo; este tipo de estudios tienen como finalidad describir fenómenos, situaciones, contextos o eventos específicos. Esta investigación busca describir las CAR de mujeres jóvenes universitarias y sus efectos en la autoestima y la imagen corporal.

La población de mujeres jóvenes de 18 a 29 que estudiaban en la Universidad Autónoma de Nuevo León, al momento de la realización de este estudio, era de 69894. La muestra se seleccionó de manera aleatoria simple alcanzando un total de 3506 estudiantes distribuidas en diferentes escuelas y facultades de la universidad.

Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de datos: 1) "Cuestionario Breve de Conducta Alimentaria de Riesgo" (CBCAR) valorado por Unikel et al, (2004), el cual está conformado por 10 ítems, dividido en tres factores: a). *Atracones*, b). *Conductas compensatorias* y c). *Conductas purgativas*. 2) Otro instrumento que se aplicó fue la "Escala de Autoestima" realizada por Pope y MacHale, validada en la población mexicana por Unikel et al, (2017), está compuesta de 10 ítems; y 3) cuestionario de actitudes hacia la figura corporal desarrollado por Unikel et al, (2017), consta de 15 ítems que se clasificaron en actitudes y creencias hacia el peso corporal, la gordura, la delgadez y el aspecto físico: a). Ideal de delgadez b). Actitud hacia la gordura c). Creencia sobre el peso corporal y d). Actitud hacia el aspecto físico.

La recolección de los datos se llevó a cabo de manera virtual a través de las Google Forms, se estableció comunicación con las facultades para facilitar el acceso al cuestionario, apoyar en el proceso de aplicación y dar seguimiento al número de cuestionarios contestados, además de dar respuesta a las dudas relacionadas con este procedimiento. Al final del proceso de recolección de datos se obtuvieron respuestas de 14 facultades, debido a que no se obtuvo respuesta de ningún programa de ingeniería, se descartaron dichos programas del proceso de análisis de datos.

Resultados de investigación

El comportamiento alimentario tiene una gran influencia en la salud y está estrechamente relacionada con la imagen corporal y la autoestima, pero también ejerce una gran influencia en factores socioculturales como las preferencias estéticas impuestas por el entorno social que influyen sobremanera en aquellos que padecen sobrepeso y obesidad, lo cual contribuye a promover conductas alimentarias de riesgo.

Tabla 1. Conductas alimentarias de riesgo en jóvenes universitarias

Conductas alimentarias de riesgo	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Total
Atracones				
He perdido el control sobre lo que como	17.5%	9.6%	8.9%	36%
En ocasiones he comido demasiado	25.1%	13.1%	11.1%	49.3%
Conductas compensatorias				
Me ha preocupado engordar	16.9%	15.5%	29.2%	61.3%
He hecho ayunos para tratar de bajar de peso	12.9%	7.7%	8%	28.6%
He hecho dietas para tratar de bajar de peso	18.3%	11.9%	11.1%	41.3%
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	20.5%	17.7%	19.1%	57.3%
Conductas restrictivas				
He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso	4.5%	2.1%	1.7%	8.3%
He usado pastillas para tratar de bajar de peso	3.0%	2.4%	2.9%	8.3%
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso	2.8%	1.3%	1.6%	5.7%
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso	6.9%	2.7%	3.6%	13.2%

Elaboración propia

Nota: Conductas Alimentarias de Riesgo y Autoestima

Los resultados muestran en general que las mujeres universitarias han tenido una alta presencia de CAR. De acuerdo con el cuestionario que se les aplicó a través de la Google Forms, de los comportamientos de atracones, conductas compensatorias y conductas purgativas. Las que más se presentaron entre las estudiantes son las compensatorias con un porcentaje de 47%; además casi el 42 % de las mujeres han comido demasiado y han perdido el control sobre lo que comen.

En *la tabla 1* se evidencia la presencia de conductas alimentarias restrictivas. Un 13.7% de la muestra informa haber utilizado laxantes para bajar de peso, y aproximadamente un 8.7% haber vomitado o tomado pastillas con la misma finalidad. Estos datos muestran una preocupación específica de las mujeres universitarias por el aumento de peso y la adopción de comportamientos extremos para controlarlo. En los países en desarrollo se evidencia una preocupación constante de adolescentes y jóvenes por controlar su peso, ya que más del 50% realizan medidas para ello como se evidencia en diferentes estudios (Trujano et al., 2010, Torres, 2018).

Para analizar la relación de las conductas alimentarias de riesgo y la autoestima se aplicó la Escala de Autoestima realizada por Pope y MacHale. A partir de la clasificación sobre autoestima baja, se encontró que de las mujeres que han tenido CAR y que han tenido dificultades en su autoestima, casi el 50% mencionó sentirse fracasada o tener una mala opinión de sí mismas, al 41% le gustaría ser otra persona, el 48% dijo tener una mala opinión de sí mismo y casi el 40% piensa que sus padres serían felices si ellas fueran diferentes.

El nivel de autoestima tiene una alta relación con las CAR como se muestra en estudios similares realizados en países latinoamericanos (Moreno y Ortiz, 2009; De la Cruz y Ramos, 2020; Ortiz y Bonilla, 2022) pues al presentar CAR, la mayoría de las veces tiene un impacto negativo en la manera en la que se valoran y en la percepción de sí mismas.

La autoestima es importante, sobre todo en este grupo etario para

la formación de la identidad y la personalidad que, al no ser desarrollada, puede generar problemas de tipo afectivo, y que podría vincularse con la depresión y causar trastornos alimenticios que, si no son atendidos, podrían dejar secuelas. Y aunque esta situación se presenta en ambos sexos estudios sugieren que son más las mujeres que se preocupan por mantener una buena figura y se inician en la adolescencia o juventud temprana (Méndez, 2008)

Imagen corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo

Dentro de este estudio se puede observar que las mujeres universitarias que han tenido Conductas Alimentarias de Riesgo tienen actitudes y creencias negativas con relación a su imagen corporal. De acuerdo con el instrumento aplicado que mide las actitudes hacia su peso corporal, la gordura, la delgadez y el aspecto físico, se encontró que más de dos tercios de las mujeres encuestadas (68.7%), considera que las personas delgadas son más atractivas, es decir del 50% de las mujeres que han tenido CAR, casi el 70% ha pensado al menos alguna vez en que una mujer entre más delgada sería más atractiva.

Esta información sugiere una valoración social positiva de la delgadez en términos de atractivo físico, lo cual puede influir en las percepciones individuales de la imagen corporal y que también pudiera afectar directamente la alimentación y la práctica de conductas alimentarias de riesgo.

De acuerdo con Ramos, y colaboradores (2016), la imagen corporal referida a la percepción, el conocimiento y el sentir de cada persona respecto a su propio cuerpo, es la representación que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio.

En este sentido la imagen corporal tiene una relación estrecha a las CAR, ya que la manera y la forma en la que nos alimentamos, la manera en la que nos sentimos y cómo nos percibimos, tiene una gran

preeminencia con nuestro cuerpo. Los resultados mostraron que el 62.8%, de las participantes, considera que estar delgado es un logro significativo, asignándole gran valor e importancia a estar delgada, como un indicador de éxito personal o cumplimiento de estándares estéticos.

En cuanto al *ideal de delgadez*, el 73.6% de las estudiantes que tuvieron alguna CAR menciona que estaría dispuesta a hacer cualquier cosa para obtener la figura corporal que desea y el 67.4% contestó que estar delgada la hace sentirse "en control". Por otro lado, el 68% de las participantes del estudio afirmó que las personas delgadas son más atractivas, reflejando así una fuerte motivación y compromiso por alcanzar un determinado tipo de figura corporal, posiblemente influenciado por presiones sociales o personales relacionadas con la apariencia física.

Como lo demuestran varios estudios, la mayor parte de las mujeres de los países desarrollados siguen dietas y conductas restrictivas influenciadas por los ideales de belleza que promueven un cuerpo delgado. Estas prácticas a menudo carecen de supervisión médica y pueden llevar a desequilibrios nutricionales, atracones, insatisfacción personal y riesgos de trastornos alimentarios debido a la falta de aceptación de la imagen corporal (Ureña, et al., 2015; Paredes et al. 2019).

Otra variable importante de analizar es la *Actitud hacia la Gordura*. Casi dos tercios (61.8%) de las entrevistadas indican que sentirse gorda les causa depresión, el 58.8% menciona que se ha sentido gorda, aunque los demás le digan que no lo está, lo cual revela un impacto emocional significativo asociado con la percepción de tener un peso mayor al deseado que puede influir en la salud mental y el bienestar emocional de las mujeres encuestadas.

En porcentajes menores pero significativos el 26.3% piensa que estar gorda es sinónimo de imperfección y el 20.3% que las mujeres gordas son menos atractivas. Lo anterior refleja una visión negativa de

la gordura como un rasgo que implica imperfección, lo cual puede estar influenciado por ideales estéticos y sociales relacionados con la delgadez. Existen estudios como el de Navas (2009) que evidencian la influencia que tiene la industria en sobrevalorar los cuerpos delgados relacionados a la salud ya que existe una proliferación de publicidad que fomenta estereotipos de delgadez asociados con estar en forma o mantenerse joven y saludable.

Con relación a las *Creencias sobre el peso corporal* y las CAR, el 75.3 % de las mujeres encuestadas considera que el peso corporal es muy relevante para sentirse bien consigo mismas; este es un porcentaje muy alto, al igual que el 63.1%, que menciona que el peso de una persona es importante para conseguir ropa adecuada. Los resultados también mostraron que casi la mitad de las mujeres (44.7%) considera que el peso corporal es primordial para ser aceptada socialmente y casi el 40% para conseguir pareja. Como podemos observar el peso corporal tiene una gran relevancia en las mujeres universitarias con alguna conducta alimentaria de riesgo; la insatisfacción con el peso se puede ver reflejada en la realización de dietas, ayunos, ejercicio, tomar laxantes y otras conductas que engloban las conductas de riesgo que se presentan en esta investigación (Ramos et al. 2016).

Autoestima y la actitud hacia el aspecto físico

El aspecto físico tiene una relación importante con la autoestima de las personas, ya que puede influir en la confianza y en la seguridad personal. En esta investigación se puede observar que el 74.8% de las mujeres encuestadas mencionaron que es importante el aspecto físico para sentirse bien y más del 50% de las estudiantes que participaron en el estudio afirman que el aspecto físico es muy relevante para sentirse valioso. Estudios han demostrado que la satisfacción con la propia apariencia está correlacionada positivamente con la autoestima y el bienestar general; además la insatisfacción está asociada a conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria (Calado-Otero, et al., 2004).

Conclusiones

Si bien la autoestima es muy importante en los y las jóvenes, los resultados muestran que las conductas alimentarias de riesgo, sobre todo en las jóvenes universitarias pueden generar mayores problemas de autoestima, afectando su imagen; sobre todo ante la presencia del sobrepeso o la obesidad; ellas buscan sobre todo la aceptación de los demás y al parecer principalmente de la propia familia, ya que los comentarios “de los demás” influyen totalmente en su vida.

Las cifras de los trastornos alimenticios en México que afectan principalmente a los y las adolescentes y a los adultos jóvenes y su gran relación de estos trastornos con la autoestima, denota que existe un problema social que debe ser abordado desde la política social. Las conductas alimentarias de riesgo son cada vez más frecuentes, ya que por un lado, se tiene acceso a opciones de mucha comida al alcance de cafeterías universitarias y a buen precio, sobre todo las no saludables; y por otro lado, los cánones de belleza que impone la sociedad actual que dicta cada vez más tener un peso ideal.

Esta situación ejerce un impacto en la autoestima de las y los jóvenes universitarios, lo que a su vez influye en la percepción de su imagen corporal. Ante ello se hace indispensable la detección oportuna y estrategias de apoyo a través de grupos interdisciplinarios, sobre todo para vigilar el tratamiento de comorbilidades que puedan estar relacionadas con problemas gástricos, metabólicos, depresión, alteraciones del sueño o atracones o compulsividad al comer.

Profesionales de la salud como lo es Trabajo Social pueden ofrecer programas psicoeducativos que permitan una mejor comprensión de esta problemática tanto con los y las jóvenes como con su familia. Tratamientos nutricionales asociados con terapias cognitivo-conductuales también merecen atención.

Es necesario seguir estudiando estos temas desde perspectivas más hermenéuticas o fenomenológicas, que permita conocer la visión de los y las estudiantes en cuanto a los condicionantes que favorecen o modifican conductas alimentarias, así como conocer desde su perspectiva los factores externos que influyen en la manera de alimentarse. Esto puede coadyuvar a generar en las instituciones de salud modelos de intervención que permitan la modificación de conductas alimenticias o favorecer estilos de vida saludable.

Interesante a su vez podría ser realizar investigaciones que expliquen por qué las y los jóvenes con baja autoestima desarrollan conductas alimentarias de riesgo y otros no lo hacen, esto puede permitir conocer más sobre los aspectos que influyen en el desarrollo de los trastornos alimenticios y ofrecer herramientas para un tratamiento orientado a fortalecer habilidades en principalmente en las jóvenes estudiantes, a fin de hacer intervenciones eficaces para la prevención de esta problemática social.

Referencias

- Amador, S.R., y Escalera, L.A. (2020). Influencia del ámbito escolar en las prácticas alimentarias de adolescentes escolarizados de Monterrey, Nuevo León, México. *Portales Médicos*, 17(15), 883-896. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/influencia-del-ambito-escolar-en-las-practicas-alimentarias-de-adolescentes-escolarizados-de-monterrey-nuevo-leon-mexico/>
- Calado-Otero, M., Lameiras-Fernández, M., & Rodríguez-Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4 (2), 357-370. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740208>
- De la Cruz, I. J. y Ramos I. E. (2020). Autoestima y Riesgo de Trastornos

- de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/773/De%20La%20Cruz%20S%C3%A1nchez%2C%20Ivette%20%20Ramos%20Verastain%2C%20Isabel%20_%20Autoestima%20-%20Trastornos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Pierre M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review [Prevalencia de los trastornos alimentarios en el período 2000-2018: una revisión sistemática de la literature]. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402– 1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Koushiou, M., Loutsiou, A., & Karekla M. (2020). Eating disorders among middle- school students: The role of psychological inflexibility and self-esteem [Trastornos alimentarios en estudiantes de secundaria: El papel de la inflexibilidad psicológica y la autoestima]. *International Journal of School & Educational Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/21683603.2020.174225>
- Martínez, Y. Núñez, J, Vargas, I (2023). Autoestima y Trastornos alimenticios en adolescentes. *Semilla Científica* 4 (4) <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/sc/article/view/1256/2138>
- Méndez, J.P. Vásquez-Velásquez, V. García-García, E (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Med. Del Hospital Infantil* 56 (6), https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014
- Moreno, M. A. y Ortiz, G. R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Navas, J. (2009). La globalización de la alimentación reflejada en la construcción de la realidad experto alimentario-lego. *Nomandas*.

- Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, 22(2), 1-21.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Ortiz, M.E. y Bonilla, P.J. (2022). Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la autoestima en deportistas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6) <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4129/6304>
- Ramos, P. Rivera, F. Pérez, R. Lara, L. y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(1), 42-50
- Paredes, K.F. Reséndiz, F.D. y Díaz, M.L.B. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes: Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2), 303-312. <https://doi.org/10.30554/arch-med.19.2.3283.2019>
- Rosero, F., Pantoja, D., Builes, B. y Ibarra J. (2021). Cambios en el peso corporal, actividad física y estilo de vida durante el confinamiento obligatorio por Covid-19 en Colombia. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*, 8(2). <https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/7110/945>
- Secretaría de Salud (2023). Trastornos de la conducta alimentaria afectal al 25% de adolescentes. 7 de enero 2023 en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes>
- Santos, E., Rico, J., Carballo, A., y Abelairas, C. (2022). Cambios en hábitos saludables relacionados con actividad física y sedentarismo durante un confinamiento nacional por COVID-19. *Retos*, 43, 415-421. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8056545>
- Torres, L.L. (2018). *Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios. Estudio transversal en 4 rangos de edad que abarca de los 18 a 49 años* [Tesis doctoral], Universidad Complutense de Madrid.

- Troncoso, C. y Amaya, J., P. (2009). Factores en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Rev Chilena de Nutrición*, 36 (4). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>
- Trujano, P., De García M., Nava, C., Marco, M. y Limón, G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Revista Psicothema*, 22(4), 581-586.
- Unikel, C. Bojórquez, I., y S. Carreño, B. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista de Salud Pública*, 46(6), 509-515. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n6/22563.pdf>
- Unikel, C., Díaz de León, C. y Rivera, J. A. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. Universidad Autónoma Metropolitana. Num 129 Series Académicos. https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf
- Ureña, M., Pacheco, M. y Rondón, M. (2015). Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(2), 57-71. <https://doi.org/10.22463/17949831.509>
- Villalobos, A. Unikel, C., Hernández- Serrato, M. I y Bojórquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Publica Mex.* 2020; 62:734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>

Segundo eje temático:
Salud de las mujeres

Sobrepeso y obesidad en mujeres: Determinantes socioculturales en las prácticas alimentarias y la intervención del trabajo social

Emma Georgina Gómez Ontiveros,
Laura Elena López Rentería,
Leonor Velarde Paéz⁴

Resumen

El sobrepeso y obesidad actualmente son considerados un problema de salud pública a nivel internacional, de acuerdo con los últimos informes de la OMS entre 1990 y 2022 la prevalencia de esta condición aumentó en más del 100% así mismo, en 2022, el 43% de los adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, y el 16% eran obesos (OMS, 2024). El objetivo de esta indagación fue realizar una investigación bibliográfica que permitiera conocer la literatura académica en relación con el sobrepeso y obesidad y los determinantes socioculturales de las prácticas alimentarias en mujeres. En relación con la metodología, se realizó una investigación sistematizada para la búsqueda de investigaciones publicadas en bases de datos electrónicas como Redalyc, Google Académico, Elsevier y Dialnet, empleando los términos "sobrepeso y obesidad", "determinantes sociales y socioculturales", "género", "prácticas alimentarias" y "trabajo social". Referente a los resultados: se consultaron 50 publicaciones entre 2010-2023; durante la revisión de la literatura, se puede identificar que aún prevalece como

⁴ Docentes de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

principal causa de este problema la responsabilidad de las personas, especialmente a las mujeres, sin tomar en cuenta determinantes socioculturales como: género, tradiciones, hábitos, costumbres, raza, etnia, valores, religión, clase social, entre otros, esto en relación a las prácticas alimentarias; en conclusión, existe una veta importante que resulta significativa respecto a la escasez de estudios con perspectiva de género y en específico que retomen los aportes del enfoque de la interseccionalidad y de la intervención del trabajo social para la atención de esta problemática.

Introducción

La salud es un estado cambiante, como lo define San Martín (1981) "el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y las condiciones de vida de la población. La idea de salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan las personas" (Gavidia & Talavera, 2012, p.162). Es relevante hacer mención del significado de salud para entender todos los factores que intervienen en ella, en este sentido, al hablar de obesidad como una problemática de salud, requiere de un abordaje desde diferentes enfoques para analizarla y comprenderla, ello permitirá tener una intervención eficaz con el objetivo de disminuir las cifras de esta condición.

Hablar de obesidad entonces, es remontarse a la época prehistórica con los primeros registros de escultura y pintura rupestre como la Venus de Willendorf, lo que podría mostrar la presencia de obesidad desde esos tiempos, esta figura simbolizaba fertilidad y abundancia. Por otro lado, se dice que la obesidad fue una ventaja evolutiva en la preservación de la humanidad, porque esta grasa que se acumulaba en épocas de abundancia, servía como reserva energética para periodos de escasez; al respecto, Neel (1962), plantea la "hipótesis del genotipo ahorrador". Posteriormente en la edad media y en épocas seguidas la obesidad se consideraba un signo de bienestar, salud y belleza incluso de poder adquisitivo. Es hasta finales del siglo XIX con el crecimiento

de la medicina francesa que surgen ideas sobre la obesidad como problemática de salud (Villamar & Arias, 2023, pp. 48–49).

En el mismo talante, se identifica que el tema de la obesidad se coloca en las agendas de gobierno como una prioridad a partir de la declaración de la Organización Mundial de la Salud quien informa de su gravedad y la señala como una epidemia global; esta se define como “la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En este contexto se intensifica el interés por el estudio de este problema desde una perspectiva sociocultural y con enfoque de género; en virtud, que estudios recientes destacan que hombres y mujeres no viven de la misma forma el sobrepeso y la obesidad, (Verdugo & Espinosa, 2021) en este sentido, es importante incorporar la perspectiva de género que visibilice estas diferencias en el estudio.

Actualmente la obesidad se identifica como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y se considera un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y otras enfermedades del corazón. La OMS informó que, “en el 2022, 2500 millones de adultos tenían sobrepeso y de estos más de 890 millones eran obesos. Esto significa que el 43% de la población adulta tenía sobrepeso (un 43 % hombres y 44 % en mujeres) (OMS, 2024, p.2); afirmando otro dato sumamente alarmante, que desde 1990 a 2022 la obesidad se ha duplicado en la población adulta del mundo.

Mientras que, en México la prevalencia de esta problemática para 2022 a nivel nacional es de 75.2%, los datos desagregados por sexo de Sobrepeso y Obesidad (SO) en población de 20 años o más indican que fue de 76.8% en mujeres y 73.5% en hombre de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2022 (Campos et al., 2023).

De acuerdo con la información señalada en los párrafos anteriores se considera que el sobrepeso y la obesidad son un problema grave que afecta la salud y la calidad de vida de millones de personas y de

sobremano a las mujeres, de ahí la relevancia de investigaciones que brinden información sobre su complejidad y las posibles vetas de aspectos específicos para profundizar en su análisis.

Las primeras indagaciones en torno al tema fueron con un enfoque biomédico, posteriormente se integraron otras disciplinas a su estudio que identificaron la importancia de incluir los determinantes sociales de la salud, los cuales hacen referencia a las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales del entorno, incluido el sistema de salud que influyen en el proceso de salud-enfermedad y sobre la vida cotidiana de las personas (OMS, 2009), aunque en esta investigación se hace alusión al término más específico de "determinantes socioculturales" desde la Epidemiología Sociocultural, la cual es una propuesta interdisciplinaria que busca integrar estos aspectos para el análisis de los problemas de salud enfocándose desde una visión positiva de salud, que considera las creencias, la cultura y la organización social (Hersch, 2013, p. 512).

Es fundamental considerar entonces el contexto sociocultural, Duque (2007) señala la importancia de escuchar la voz de los actores sociales en la producción social y cultural de los fenómenos alrededor de la salud-enfermedad, para el diseño de programas y proyectos de intervención basados en la comunidad con estrategias participativas. Para entender la problemática del desarrollo del sobrepeso y obesidad a partir del análisis de los determinantes socioculturales de las prácticas alimentarias, es necesario comprender que "La alimentación está relacionada con la vida cotidiana, con la realidad sociocultural en la que se desenvuelve el hombre, la cual incluye tanto aspectos objetivos como subjetivos" (p.10). Vinculada a las tradiciones, hábitos, costumbres, raza, etnia, valores, religión y tabúes que se van heredando de generación en generación (Barrial & Barrial, 2011), es decir, los ya mencionados determinantes socioculturales que van a condicionar la calidad y el tipo de prácticas alimentarias de las personas, especialmente de las mujeres, las cuales conllevan a problemas de salud como el sobrepeso y obesidad.

De acuerdo con lo abordado, se considera importante que el trabajador social retome las aportaciones teóricas de los determinantes socioculturales de las prácticas alimentarias y las integre a la investigación e intervención profesional. Al respecto, Vega (1998) señala que la práctica de trabajo social está muy influenciada por el contexto social, económico, político y cultural en el que se desarrolla. Por consiguiente, es fundamental considerar la dimensión cultural al intervenir socialmente, coincidiendo con Ander Egg, quien aboga por analizar el presente de las personas y sus contextos desde una perspectiva cultural (D. Rodríguez et al., 2017, p. 156).

Por consiguiente, para ejercer de manera efectiva el trabajo social, se necesita una profunda comprensión de la cultura, en el sentido que esta influye en todos los aspectos de la vida social. Los valores, creencias y prácticas culturales dan forma a la identidad y relaciones de las personas, por lo que lo social y lo cultural están estrechamente vinculados (D. Rodríguez et al., 2017, p. 163).

Metodología de investigación

Los resultados de este trabajo de investigación son producto de una revisión sistematizada, Codina las define como "revisiones bibliográficas destinadas a una variedad de objetivos, uno de los principales es la elaboración de estados de la cuestión en cualquier ámbito de las Ciencias Humanas y Sociales" (2018, p.8). Dicha búsqueda permitió obtener información acerca de las categorías que responden al tema que aquí nos ocupa: sobrepeso y obesidad en mujeres: determinantes socioculturales en las prácticas alimentarias y la intervención del trabajo social.

La búsqueda, como primera fase de esta revisión, se realizó en varias etapas. La primera consistió en una exploración que permitió identificar qué descriptores se integrarían la matriz final. Esta búsqueda se realizó a partir de los términos "sobrepeso y obesidad", "determinantes socioculturales", "género", "prácticas alimentarias" y "trabajo social" de

investigaciones disponibles en bases de datos electrónicas como Redalyc, Google Académico, Elsevier y Dialnet.

La segunda etapa consistió en la selección de artículos empleando los siguientes criterios de inclusión: publicaciones en español e inglés a partir del año 2013 a la fecha y que abordaran el tema desde las Ciencias Sociales, esta búsqueda arrojó un total de 50 artículos.

Se tomaron en consideración los siguientes criterios de inclusión para efectuar el análisis: año de publicación, centros/universidades de filiación de los autores; países de publicación; área de conocimiento de los artículos dentro de las Ciencias Sociales; metodología empleada, tipo de documento y principales hallazgos de investigación.

La última etapa consistió en la sistematización de los resultados encontrados en los artículos seleccionados, agrupándolos en cinco apartados, mismos que se estructuran de acuerdo con las categorías analizadas, al ámbito internacional-nacional y año de publicación; desarrollados en este paper que dan lugar a las conclusiones pertinentes al tema aquí analizado.

Sobrepeso y obesidad desde una perspectiva social

A continuación, se abordan resultados de investigaciones realizadas en torno al tema en cuestión, mismos que coinciden en la necesidad del análisis del tema desde una perspectiva social y no se limitan solo al aspecto biomédico. En este sentido, Gracia (2010) realiza el estudio *La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social*, se trata de un análisis de la obesidad en diferentes contextos como España, Francia y México, con la finalidad de estudiar cómo y por qué ciertas prácticas alimentarias se han convertido en problemas sociales, y de qué manera ha repercutido en la normalidad dietética y corporal. Se concibe a la obesidad como enfermedad crónica y prevenible, lo que conducen a autoridades sanitarias y en general a agentes sociales, a conocer y pensar en su evolución en términos de mal global-epidemia,

y a considerar ciertos factores culturales como sus principales causantes (ambiente obesogénico) (p. 389).

La investigadora concluye que las acciones enfocadas a la prevención mundial siguen encaminadas en modificar el comportamiento individual y específicamente los hábitos alimentarios. Hace énfasis en la premisa que, para mejorar la alimentación, debemos saber más sobre los modos de vida, las maneras de comer que le acompañan, los aspectos de la vida cultural condicionados por factores socioculturales (Gracia, 2010, p. 395).

En el mismo tenor, la revisión bibliográfica *La influencia de los determinantes Sociales de la salud sobre prácticas alimentarias familiares registrados hasta el año 2020*, permitió identificar la evidencia internacional disponible respecto a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que influyen en las prácticas alimentarias familiares. El resultado plantea que los DSS intermedios y proximales han sido estudiados más a fondo, especialmente el ingreso económico, nivel educacional y factores conductuales y biológicos, dejando de lado determinantes como la etnia, vivienda, situación material, el contexto político y la cultura, los cuales tienen una gran repercusión en las prácticas alimentarias familiares (Bracchitta et al., 2020).

Trasladando nuestro análisis a indagaciones en el contexto de nuestro país se aborda a Rodríguez y Casas (2018) quienes en su investigación denominada *Determinantes sociales de la obesidad en México* reflexionan la obesidad como proceso y fenómeno social, que requiere un acercamiento que permita: identificar su complejidad, considerar los determinantes y determinación sociohistórica, desde el enfoque individual, familiar y colectivo.

Dentro de los determinantes sociales se deben considerar la dieta/alimentación (resultado de la interacción de determinantes ambientales, cognitivos, fisiológicos y socioculturales), el salario mínimo, la canasta básica, el ambiente familiar, la flexibilización y

precarización laboral, que determinan el ser y vivir con obesidad en México, en donde la promoción, prevención y autocuidado se ven disminuidas a buenas intenciones. Se concluye que se debe tener una postura incluyente, equitativa e igualitaria no solo en el abordaje de la obesidad sino desde su concepción como problema individual y colectivo, a fin de disminuir el desarrollo de obesidad en edades más tempranas (A. Rodríguez & Casas, 2018).

Un aporte significativo, es el de Romero & Arellano (2020) en su artículo *Representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio entre personas con obesidad en la Ciudad de México*, en este estudio se examinan las representaciones sociales sobre el tema en mujeres y hombres con diagnóstico y tratamiento. Los principales hallazgos de las autoras arrojaron que todos los implicados reconocen la influencia de realizar ejercicio y tener una buena alimentación, pero contradictoriamente no lo trasladan a la cotidianidad de su vida diaria (2020).

Dichas autoras señalan un dato interesante, que hombres y mujeres a lo largo del curso de vida comparten trayectoria de obesidad desde edades tempranas, situación que en el futuro estará determinada por sus diferencias en las etapas de la vida, sus prácticas de autocuidado y las condiciones de vida influenciadas por aspectos económicos, políticos, sociales y culturales de sus contextos sociales.

Así mismo Romero & Arellano exponen que los participantes de la indagación manifiestan que las prácticas de buena alimentación y ejercicio resultan complicadas debido a la dinámica de su vida diaria: actividades, los tiempos de comida, disponibilidad de alimentos con alta cantidad de calorías, la compra, selección y preparación de las comidas. Por último, se señala que este problema de salud no es solo una responsabilidad individual, ya que resulta de un complejo proceso de representación social del padecimiento (2020).

Otro estudio que aborda el tema en el mismo sentido es el presentado por Sánchez (2022) *Obesidad: ¿epidemia global o*

responsabilidad individual?, en el que se plantea que ambas caracterizaciones son incorrectas, y ahondan en actitudes discriminatorias hacia las personas gordas. Se muestra la historia del modo como la gordura se medicalizó y transformó en el concepto patológico de "obesidad", y cómo a esta se le vinculó con otras enfermedades, para visibilizarla como epidemia. Se cuestiona si la presentación de la obesidad como responsabilidad individual tiene sentido, al indagar si el peso corporal se halla bajo la propia voluntad, sin embargo, "se concluye que ello no es así, tras revisar las eficacias de las dietas, los presupuestos del modelo biomédico dominante de la obesidad y los efectos de las determinantes sociales en su distribución" (p.178).

De lo anterior Sánchez deduce, que ser delgada o gorda no es cuestión ni de elección, ni de responsabilidades personales, y que en el crecimiento en los pesos de las poblaciones se deben considerar determinantes sociales que apuntan a factores claves como la inequidad social, situación que se agudiza por el accionar de una industria alimentaria que tiene como fin obtener mayores ganancias, extender su mercado de consumidores ofertando productos de alta densidad energética y baja cuantía nutrimental, preferida por grupos sociales más vulnerables por su menor costo y las potentes campañas publicitarias.

Por ello, el problema aquí abordado posee un componente de tipo estructural que supera el dominio directo del individuo. Culmina señalando que el modelo biomédico dominante de la obesidad y su caracterización como "epidemia" no ha hecho nada por la salud pública, y han servido solo para generar pánico moral e instigar prejuicios y discriminación hacia las personas (Gordofobia) (Sánchez, 2022).

Las indagaciones aquí abordadas trascienden las típicas explicaciones biomédicas que responsabilizaban únicamente al individuo por vivir en condición de obesidad y sobrepeso; e identifican otros determinantes sociales que requieren ser integrados al estudio y

a los programas para la atención y prevención del tema en disputa.

Postura crítica y determinantes socioculturales

A las discusiones y los hallazgos sobre el tema se incorpora el análisis de los determinantes socioculturales de las prácticas alimentarias desde la Epidemiología sociocultural, como herramienta metodológica, que se enfoca en una visión positiva de la salud, en las creencias, cultura y actores significativos en salud (Schlegel, 2023), sirve de base para comprender la interrelación de los determinantes socioculturales que condicionan la elección de las prácticas alimentarias con el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad dada principalmente en mujeres.

Con respecto a los factores socioculturales que determinan la alimentación humana y las prácticas alimentarias, Giro et al (2017) en *Prácticas y representaciones alimentarias en madres con problemáticas de sobrepeso y obesidad*, analizan la transmisión de hábitos y pautas alimentarias a las nuevas generaciones.

La investigación aquí abordada se realizó a través del enfoque cualitativo con un grupo de madres que participan de un programa de Reeducación alimentaria. En esta se reconoce que la mayoría de las entrevistadas realizan sus compras en base a los hábitos familiares, intentan garantizar una alimentación que prevenga la obesidad, sin embargo, la falta de tiempo y el ambiente obesogénico inmerso se vuelve un impedimento.

Un hallazgo que destacan las autoras es que las participantes mencionaron que no se recibe información específica del entorno obesogénico en el que viven a fin de que puedan entender de qué modo este los condiciona. Finalmente concluyen, enfatizando en la importancia del trabajo interdisciplinario, incorporando los factores económicos, sociales, políticos y culturales que conforman el acto de comer (Giro et al., 2017).

Al respecto, otra indagación interesante es la realizada por Monterrosa et al (2020), *Sociocultural Influences on Food Choices and Implications for Sustainable Healthy Diets*, quienes señalan como los individuos experimentan, interpretan, negocian y simbolizan su entorno alimentario.

Así mismo añaden, que se incorporaron en la indagación elementos como la identidad, el género, la religión, las prohibiciones culturales y su influencia en las prácticas alimentarias; así mismo, se argumenta que las decisiones individuales están determinadas por el contexto sociocultural; postura que debe ser eje central en la planificación y diseño de políticas públicas que permitan promover dietas saludables y sostenibles que incluyan un análisis sociocultural (Monterrosa et al., 2020).

En el mismo tenor, Barrientos y Silva (2020) en el artículo *Estado de la investigación sobre obesidad y sobrepeso: una revisión crítica y socioantropológica* realizado en Bolivia, profundiza en el abordaje de la obesidad desde una perspectiva sociocrítica. Señalan que se han incluido factores socioculturales a los estudios biomédicos y afirman que:

El problema radica en que las condiciones socioeconómicas han sido reducidas a simples variables estadísticas, invisibilizando el hecho de que se trata de factores estructurales asociados a dinámicas sociales como la división sexual e internacional del trabajo, las variaciones en la composición familiar, las políticas públicas asociadas a la industria alimentaria, entre otros (p.135).

Además, mencionan, la falta de datos estadísticos desagregados por sexo para visibilizar las diferencias de género principalmente en las limitaciones y decisiones socioeconómicas de las mujeres en torno al desarrollo de obesidad (p.135). Finalmente, cuestionan que la solución relacionada al sobrepeso y obesidad sea solo un cambio al "estilo de vida" como responsabilidad individual (Barrientos & Silva, 2020 p.139).

En el contexto nacional, se identifica el artículo *Determinantes socioculturales de la política alimentaria: voces de las personas beneficiarias del programa Comedores Comunitarios. Estudio realizado en la Ciudad de Culiacán Sinaloa México*, por Verdugo y Cabello (2020), el objetivo fue conocer los elementos socioculturales que determinan la eficiencia del programa de Comedores Comunitarios. Las investigadoras consideran que las narrativas de los participantes “son reflejadas a través de seis determinantes socioculturales: dimensión selectiva, resistencia cultural, dependencia, vulnerabilidad de salud, ecológico social y el vacío del proyecto familiar, los cuales precisan en la acción lo cultural y político” (p. 29).

Las autoras consideran que es necesario identificar las determinantes socioculturales de la alimentación para ayudar a transformar la realidad alimentaria, reconociendo los factores estructurales de la inseguridad alimentaria y las limitantes de las prácticas sociales familiares, que son fundamentales para la toma de decisiones en el tema; así mismo, afirman que no hay congruencia entre las políticas alimentarias y el análisis actual en torno a la alimentación saludable.

Otro estudio en la misma vertiente es el denominado *Factores socioculturales de la vulnerabilidad al sobrepeso durante los primeros años de vida en México*, desarrollado por Orozco-Núñez et al (2022), mismo que examinó la relación entre la vulnerabilidad socioeconómica y cultural y su vínculo con la obesidad en madres y sus hijos en localidades del Sur de Morelos, México. Con un enfoque cualitativo, se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas; los resultados arrojaron que factores sociales y culturales como los ingresos, los roles de género, la inseguridad alimentaria, que se presentan en contextos de vulnerabilidad, incrementan el riesgo del desarrollo de obesidad en el binomio madre-hijo (Orozco et al., 2022).

Para cerrar este apartado, se hace referencia al estudio de Salas y Castañeda (2022), *Obesidad/es: cuerpos, comidas y desigualdades* mencionan que el tema de alimentación no solo es deber de las

ciencias médicas sino también “comprender la lógica sociocultural de las prácticas alimentarias, la organización social y de género en las cocinas, la socialización de las maneras de mesa, la crítica en torno a las actividades de reproducción y cuidado a partir de los alimentos” (p.14), factores que están relacionados con el aumento en la prevalencia de obesidad. Lo que permite tener un acercamiento a la investigación de los determinantes/condicionantes estructurales: sexo-género, clase, etnia, raza, discriminación y desigualdad.

Las autoras argumentan que para comprender las dimensiones socioculturales de las prácticas alimentarias es necesario partir de la premisa:

Que cada práctica, noción, costumbre y significado tienen sentido solo en el propio contexto cultural compartido y articulado con el entorno global, evitando propuestas teóricas y metodológicas singulares y no situadas. Por ello, la comprensión profunda de la condición de obesidad no es posible solo como suma de elementos que rodean al individuo o a los grupos sociales, sino de la forma en cómo se articulan para elaborar las representaciones y guiar las prácticas colectivas respecto a sus/los cuerpos, la comida y la vida social (Salas & Castañeda, 2022, p. 9).

Con lo antes expuesto, las autoras aspiran a que el abordaje del sobrepeso y la obesidad tengan en cuenta aspectos individuales y socioculturales que permitan desprejuiciar el problema abordado a partir de conocimientos profundos.

Por lo anterior, se puede decir, que como lo señala la Epidemiología sociocultural la problemática debe ser abordada con una visión crítica que incorpore a su análisis los determinantes socioculturales y estructurales.

Ambientes y prácticas alimentarias

Las prácticas alimentarias se construyen con relación a diversos entornos, hábitos y ambientes alimentarios, que se reproducen en las familias por generaciones, en torno a ello se abordan los siguientes estudios:

Araneda et al (2020) realiza una indagación en Chile, en ella analizan el reconocimiento internacional de los Ambientes Alimentarios (AA) y su influencia en la salud nutricional de las personas. Las decisiones en torno a la compra, preparación y consumo de alimentos que eligen los consumidores están relacionadas con contexto físico, económico, político y sociocultural en que se encuentran inmersos. Este AA es dinámico y pone de manifiesto que la salud relacionada con la alimentación no es solo responsabilidad individual. Sus reflexiones infieren en que "Es indispensable establecer modelos metodológicos válidos y confiables, adaptados a distintas realidades" vinculados a los entornos alimentarios (Araneda et al., 2020, pp. 67–71).

A los hallazgos anteriores se suma, el de Otero (2020) con la tesis *denominada La obesidad como problema social*, en ella indagó sobre el proceso que conlleva a la obesidad infantil a través del análisis de las prácticas alimentarias y la actividad física, y de los factores sociales que favorecen o dificultan la participación o el compromiso de los individuos con ellas. En ella se profundiza con respecto a lo que se "dice" y se recolectó información de lo que se "hace", en hogares de diferentes niveles socioeconómicos; Los resultados apuntan más allá de una relación entre clase social y obesidad, a una combinación de factores que la exceden.

El tiempo y la escasez del dinero afectan a la forma en que se compran alimentos y se preparan. Así, si no tienes dinero, no tienes tiempo, y tampoco habilidades culinarias para gestionarlo, es más probable que tus actuaciones se repitan conduciendo a prácticas menos saludables.

La investigadora concluye señalando que se muestran complejas relaciones de colaboración y competición entre prácticas que, junto con las experiencias personales, aprendizajes, conocimientos y recursos, afectan al grado de compromiso de los individuos con la alimentación y actividad física e imprimen diferencias en los estilos de vida (p.13).

Por otro lado, se abordan los aportes de Lutz y Mora (2018), en la investigación *El bien comer: normalización de las prácticas alimentarias en México*, el estudio demuestra que mediante una política dietética se pretenden transformar los malos hábitos alimenticios de las clases bajas teniendo como base ideal "el bien comer". Así mismo, en dicho artículo las prácticas alimentarias se definen como:

no sólo la construcción de una dieta basada en la calidad, cantidad y frecuencia de los alimentos ingeridos, sino más ampliamente los factores socioeconómicos y culturales que están convocados en el acto de comer. Así, hablar de prácticas alimentarias permitirá referirnos a una serie de condicionantes exógenos que intervienen más o menos directamente, y de forma consciente o no, en lo que comemos, renovando y confirmando constantemente nuestra posición en la pirámide social (Lutz & Mora, 2018, p. 75).

Lutz & Mora, concluyen que el deterioro de la salud del sector pobre normaliza que es debido a una mala alimentación, justificando la perdurabilidad de la intervención gubernamental para cambiar prácticas y hábitos alimenticios (2018).

En el mismo sentido, se presenta los resultados de un estudio al que titula *La constitución social de experiencias alimentarias en la pobreza: un estudio cualitativo con familias de estratos populares en Iztapalapa, Ciudad de México*, en el crea una narrativa de la experiencia de vida a través de la alimentación. La investigación permitió identificar dimensiones relevantes para la configuración de las experiencias alimentarias, donde los ámbitos como la economía familiar, los roles

de género, la salud, el trabajo alimentario y otros, mostraron ser espacios relevantes para la organización de la acción, movilización de recursos y, particularmente la valoración de la experiencia integral de la alimentación. Se encontró que las diferentes circunstancias que definen la vida de la familia, pasado y presente, marcan diferencias significativas en tres ejes principales: el peso que tiene lo alimentario en la producción cotidiana de la familia, el control que tienen las personas sobre el diseño y ejecución de sus prácticas alimentarias y el papel de las mujeres como organizadoras principales de las experiencias alimentarias de sus familias (Villagómez, 2019).

Finalmente, Hernández et al (2021) realizaron una revisión integrativa denominada *"Hábitos de alimentación asociados a sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos: una revisión integrativa"*, donde se utilizaron las palabras clave "hábitos de alimentación", "sobrepeso", "obesidad" y "adultos mexicanos" en diferentes buscadores académicos, se delimitó a 12 artículos que correspondían con los criterios de inclusión con cuatro categorías: vivienda, nivel socioeconómico, género y cultura. Y concluyen que la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres y el nivel socioeconómico está relacionado con ello. Los hombres consumen más carne, grasa y alcohol, las mujeres más carbohidratos y alimentos calóricos. En temas culturales refieren distracciones a la hora de comer, uso del celular, alto consumo de bebidas azucaradas (70%) y poco consumo de agua; reportan obstáculos para alimentarse saludablemente, como trabajo pagado y no remunerado, falta de tiempo, sin considerar la calidad de alimentos consumidos.

Estos hallazgos sugieren considerar factores socioeconómicos y culturales en las acciones preventivas para la práctica comunitaria y clínica (Hernández et al., 2021).

Como se identifica en lo antes expuesto, el contexto en que se toman las decisiones, se hacen las compras, se cocinan, los tiempos en que se consumen y se comparten los alimentos, están determinados por prácticas y hábitos familiares impregnados por elementos

culturales, dichos ambientes alimentarios producen en ocasiones entorno obesogénicos, ante este panorama se hace necesario que la población reflexione sobre las actuales dinámicas sociales y como estas requieren de procesos de educación sobre el cuidado de la salud y los hábitos alimentarios, que logren el empoderamiento en la toma de decisiones para construir nuevas culturas alimentarias más sanas.

El género y su vínculo con la obesidad

Indudablemente que en el tema aquí expuesto la mujer ocupa un espacio preponderante, en virtud de ello, merece ser abordado desde la perspectiva de género en aras de visibilizar las dinámicas en las que se encuentran inmersas y roles que les han sido asignados. Desde esta reflexión es que puede sostenerse la desigualdad imperante frente al género masculino, porque el tema no solo refiere a la preparación de los alimentos, sino, además, las consecuencias a las que se llega cuando esta no es bajo parámetros saludables, generando problemáticas más complejas como es el sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, es necesario resaltar, que a este problema le acompañan diversos determinantes socioculturales, como así lo señalan las diferentes literaturas que aquí se plantean.

Uno de estos planteamientos la investigación denominada *Alimentación, trabajo y género. De cocinas, cocineras y otras tareas domésticas*, elaborado por Gracia (2014) se muestra, por un lado, cómo se ha ido atribuyendo la responsabilidad de la alimentación del hogar como elemento constitutivo de la feminidad y, por otro, cómo ciertos cambios estructurales producidos en la sociedad española en las últimas décadas han afectado al contenido de los trabajos y cuidados relacionados con la comida cotidiana. Se examinan los condicionantes, la diferencia de horarios y tiempo en torno a la preparación de alimentos y actividades extradomésticas.

En este sentido, la alimentación cotidiana, al ser una de las tareas del hogar socialmente más reconocida, se sitúa en una posición óptima

para protagonizar, en un futuro próximo, una dedicación más compartida, en este sentido, "sería más satisfactorio si esa superior corresponsabilización respondiera a las decisiones de hombres que cuestionan los modelos en los que han sido educados" (p.35) (Gracia-Arnaiz, 2014).

A continuación, se detalla el trabajo realizado por Barragán et al en 2018 *Diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud en la población adulta española* cuyo objetivo fue analizar el discurso de personas obesas mediante grupos de discusión en cuanto a factores que se encuentran detrás del desarrollo de obesidad.

Se realizaron dos grupos de discusión, homogéneos por sexo, con un total de 14 participantes, mediante un análisis del discurso cualitativo. Los resultados arrojan que en cuanto a percepción la mayoría de las mujeres exponen que la obesidad provocaba una preocupación estética más que por salud, contrariamente a los hombres que la consideraban más un problema de salud. Además, aseguran que existen diferencias significativas en el discurso de la obesidad entre hombres y mujeres. Finalmente proponen que se tomen en cuenta estas diferencias, dada la necesidad de considerar medidas preventivas y terapéuticas teniendo en cuenta la diferencia del sexo, así como los aspectos del entorno social (Barragán et al., 2018).

Otro estudio exploratorio-descriptivo realizado en Argentina por Boragnio & Sordini (2019) *Gustos y prácticas alimentarias de mujeres empleadas de oficinas públicas y mujeres destinatarias de programas alimentarios en Argentina*, cuya finalidad fue reconocer las prácticas alimentarias y gustos en relación con la alimentación de mujeres que trabajan en la administración pública. Entre las consideraciones finales del estudio fueron que las mujeres participantes son las encargadas, de las tareas relacionadas a la alimentación, como cocinar, la compra, organización, almacenamiento, la forma de preparar y servir los alimentos cotidianamente en su hogar. Al mismo tiempo que eligen sus alimentos no tanto por el aporte nutricional sino en relación con

las condiciones y limitaciones económicas y materiales (Boragnio & Victoria Sordini, 2019, pp. 74–76).

La autora Patricia Biermayr (2020) quien en su estudio *Enfoque de Género y Salud Alimentaria Nutricional en América Latina*, busca plasmar la situación de obesidad en la región para lograr la reducción con enfoque de género. Retoma la aportación de organismos internacionales quienes argumentan que “los entornos alimentarios, suelen ser sumamente complejos ya que reflejan el contexto físico, económico, político y sociocultural que enmarca la interacción de los consumidores con el sistema alimentario” (FAO, OPS, WFP y UNICEP, 2018, como se citó en Biermayr, 2020, p.2).

Los entornos alimentarios deben ser examinados desde el enfoque de género para que la política pública redunde en beneficio de las mujeres y sus familias. Actualmente son diecinueve acciones de política pública en torno a nutrición en materia de género en México, pero, aun así, la brecha de desigualdad en las mujeres con relación al sobrepeso y obesidad se sigue acrecentando. La autora finalmente concluye que “el diseño y la adopción de un enfoque de género que tome en cuenta las desigualdades y la interseccionalidad que enfrentan las mujeres con respecto a su malnutrición, se convierte en un elemento indispensable que los gobiernos deben adoptar” (p.14).

En el estudio *Determinantes sociales y de género del exceso de peso en la adultez en contextos de pobreza urbana en Córdoba, Argentina*, realizada por Peresini et al (2022), se realizó un estudio epidemiológico de corte transversal, con una muestra aleatoria (n=380) de adultas usuarias de un hospital público. El objetivo fue indagar sobre los determinantes sociales individuales en el desarrollo de sobrepeso y obesidad por género en contextos de pobreza. La prevalencia de obesidad en estratos bajos es más frecuente en países de América Latina y Argentina. La relación del género es inherente al desarrollo de Sobrepeso y Obesidad, y posiblemente vinculado a “factores complejos, incluidos los roles y normas sociales sobre los cuerpos de mujeres y varones, el acceso diferencial a recursos para una vida

saludable, las disparidades en el uso del tiempo y el uso diferencial del espacio urbano” y se concluye que este estudio aporta evidencia que demuestra que el exceso de peso está relacionado con determinantes sociales, y que existen diferencias de género en su configuración (Peresini et al., 2022).

En la tesis *Los comedores comunitarios sin hambre: Un análisis desde la perspectiva de sus protagonistas*, desarrollada por Zamudio (2020) se rescata que, una parte importante en torno a las actividades involucradas en la preparación de la comida son especialmente importantes para las mujeres puesto que absorbe gran parte del tiempo que dedican al trabajo doméstico, por la construcción diferenciada del género en la sociedad.

Acciones como la planeación del menú diario, la compra de los alimentos, el aseo de la cocina en conjunto con lavar los platos son actividades que se relacionan con la preparación de los alimentos y que generalmente también se subordinan a las mujeres. Y por el lado opuesto, “los hombres evitan la realización de ciertas tareas domésticas como una reafirmación de su masculinidad y una manera de reforzar su poder estructural y cultural” (Zamudio, 2020, p.20).

Por otro lado, Tinat y Núñez (2022) en su investigación “*Obesidad y género: una propuesta de investigación*”, realizan una revisión de la literatura de los últimos trabajos sobre obesidad en México, analizando cómo ha sido estudiada (o no) la perspectiva de género en las investigaciones, y la importancia de integrarla como herramienta interdisciplinaria en el tema de alimentación. Se enlistan diferentes maneras de abordar el tema de obesidad en los textos revisados, se resalta la obesidad como problemática social, económica y de salud pública en base a las cifras obtenidas, y se relaciona con las conductas alimentarias, dinámicas familiares y políticas públicas.

Finalmente se analizan algunas publicaciones de la vinculación de la obesidad con perspectiva de género y se trazan contribuciones que podría aportar este enfoque, tomando en cuenta temas como la

discriminación y los movimientos gordo-feministas en la conformación de la identidad cultural femenina vigente (p. 141)

En el artículo de Pérez et al (2022) denominado *Obesidad en México: un acercamiento a la mirada social en los últimos 16 años* se realizó una investigación sistemática de 93 publicaciones revisadas entre 2004-2019. Las variables que resaltan son: crisis económica, ambiente obesogénico, hábitos alimentarios, contexto ecológico, género, entre otros.

Las estrategias que resaltan en el manejo de prevención de obesidad son la educación alimentaria, promoción de la salud y la actividad física. En casi toda la literatura se identifica la multifactorialidad del sobrepeso y obesidad, se sigue responsabilizando a la mujer de la obesidad propia y de hijos e hijas. Existen diversas conclusiones, pero se reitera la importancia de seguir profundizando en el tema y revisar las acciones del Estado y las empresas alimentarias (Pérez et al., 2022).

Lo detallado con anterioridad, por las distintas autoras, sitúan a las mujeres como responsables no solo de las compras de insumos para la preparación de los alimentos, sino además de otras actividades domésticas, añadiendo a lo anterior, las jornadas laborales que desempeñan fuera del hogar. Esto refleja la desigualdad que aún prevalece respecto a los roles de género y la vulnerabilidad que enfrentan las mujeres en virtud de la estructura social de la que forman parte.

Trabajo social y prácticas alimentarias

Ante el escenario ya expuesto, es relevante el involucramiento del Trabajo Social con todas esas complejidades que atañen a las prácticas alimentaria de mujeres con sobrepeso y obesidad: la desigualdad, la discriminación, la violencia, la marginación, el consumismo, la pobreza, y todo un entramado social. Es importante resaltar que existe escasa

sistematización de intervenciones de modelos, programas, proyectos o experiencias de intervención de trabajadores sociales con respecto a las practicas alimentarias de mujeres con sobrepeso y la obesidad.

En México se encontró una intervención desde el Trabajo Social realizada por Cabello & Hernández (2016), donde aplicaron un modelo de intervención social para la atención de la obesidad en mujeres que forman parte de un Grupo de Ayuda Mutua (GAM), fundamentado en un modelo cognitivo-conductual, con el objetivo de reaprender conceptos y creencias relacionadas con su imagen corporal y su obesidad, fortaleciendo "las habilidades sociales, cognitivas y conductuales que les permitiera una mayor calidad de vida, a través de un Modelo de Trabajo Social con GAM" (p.202). Las técnicas utilizadas fueron la auto-observación y el auto-registro, además a través de la programación neurolingüística se pueden desarrollar conductas más saludables, mejorando su autoimagen, la forma de ver su cuerpo y la obesidad (Cabello & Hernández, 2016).

Otra experiencia con respecto a la intervención de Trabajo Social es la de Molina (2021) con el Proyecto *Cocina y Otros Saberes, una opción socioeducativa para la creación de entornos alimentarios saludables y culturalmente apropiados*, en el cual se desarrollaron cuatro talleres que a continuación se mencionan: "Del Huerto A Mi Plato", transformación de alimentos: "Olores y Sabores de mi Tierra", Cine Club: "Las Raíces de mi Tierra" y taller de pintura "Las Raíces de mi Tierra". Con respecto a los resultados se logró promover el consumo de alimentos culturalmente apropiados que, poco a poco, las y los participantes incorporaron en su dieta; así como también se desarrollaron procesos autogestivos y comunitarios. En conclusión, se contribuyó a la construcción de entornos saludables a través de actividades socioeducativas, artísticas y culturales que, en conjunto, tratan de preservar los conocimientos ancestrales de la producción, preparación y consumo de alimentos (Molina, 2021).

Antes de abordar el programa de intervención denominado *Meta Salud* es importante señalar que es un referente que aporta elementos

importantes para la construcción de propuestas desde el trabajo social, cuyo objetivo fue promover la conciencia y generar cambios sociales en prevención primaria y promoción de la salud de la población enfocado en la prevención de enfermedades crónicas (incluyendo obesidad); además uno de los objetivos específicos fue describir y analizar la articulación entre la identidad o rol de género de las mujeres participantes con las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud.

El programa está diseñado en 13 sesiones semanales con una duración de 2 horas cada una e iba enfocado a mujeres. Se impartieron talleres participativos a población abierta, a través de dos promotores/as de salud, quienes fueron capacitados por el equipo de investigación. El programa también cuenta con videos interactivos para su difusión y autocapacitación en línea. Los temas que constituyen el programa de *Meta Salud* incluyen: enfermedades del corazón y diabetes; desarrollo y participación comunitaria; bienestar emocional; buena alimentación; y, los beneficios de la actividad física (Robles, 2012, pp. 51–60).

Se analizó otro estudio de intervención en México, realizada por Fausto et al. (2014), cuyo artículo original es denominado *Efecto de una intervención educativa participativa para prevenir la obesidad en comunidad rural de Jalisco*. Cuyo objetivo fue evaluar los cambios en IMC, prácticas alimentarias y actividad física. Se trató de un estudio no experimental en 45 madres de familia. El modelo de la intervención educativa está vinculado con la educación popular y metodología participativa. "Se realizó en tres fases. 1ra. Fase Diagnóstico, 2da. Implementación del programa a través del modelo participativo en base a tres ejes de acción: El educativo (motivar a las implicados a observar sus prácticas alimentarias, identificando los aspectos positivos y negativos).

Otro eje fue la seguridad alimentaria, y la participación en huertos familiares y el último eje, de la promoción de actividad física y orientación alimentaria personalizada. 3ra. Fase La evaluación del programa educativo. Los resultados en la evaluación fueron una

disminución del 15.6% del IMC, hubo un decremento del 33.3% en el consumo de bebidas azucaradas. Se concluye que los resultados, aunque fueron moderados, programas de este tipo a largo plazo pueden impactar en las prácticas alimentarias de una manera saludable en las personas (Fausto et al., 2014).

Como se observa en este apartado no se identifican proyectos de intervención para atender la problemática del sobrepeso y obesidad que incorporen la perspectiva de género desde el trabajo social, y si bien el de *meta salud* lo menciona no se atiende de manera específica; aunado a la ausencia ya mencionada, se identifica que las propuestas abordadas no se han incorporado los determinantes socioculturales que se articulan con las prácticas alimentarias en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en mujeres.

El tema de sobrepeso y obesidad constituye parte de la cuestión social, que el trabajador social está convocado a intervenir, en virtud que en la actualidad se ha convertido en un problema que involucra a gran parte de la población, por lo que su actuación no puede ser de manera aislada, lo que significa que tiene que ser junto a otras disciplinas y no a manera de apoyo, sino como una disciplina en un hacer protagónico, como así lo señala Tello (2014).

Tiene que brindar alternativas de solución tanto en los ámbitos institucionales, como además en las comunidades, diferenciándose de las otras profesiones, que la disciplina de trabajo Social interviene en lo colectivo, en lo que corresponde a lo social, de ahí que marca su diferencia, por lo que tiene que explicar, definir e intervenir en esa situación problema que constituye parte de esa realidad social y que tendría que evaluar mediante técnicas y procedimientos que lleven al diseño y aplicación de modelos fundamentados en teorías que brindarían las pautas o las directrices de su intervención.

Resultados y discusión

De acuerdo a la revisión de los documentos que abordan el tema del sobrepeso y la obesidad, se identificó que representan un problema complejo que tiene implicaciones personales, sociales y económicas; y abordarlo sólo como un problema médico sería reducirlo, en razón, de que diversos factores propician su incremento: características biológicas (susceptibilidad genética), aspectos sociales, culturales y del comportamiento (preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza) e influencias ambientales (urbanización y cambio tecnológico) (Cruz et al., 2013, p.194).

Hay una clara articulación dinámica de fuerzas sociales generales que subsumen modos de vivir no saludables particulares y, a la vez, condicionan estilos de vida individuales y la obesidad como su encarnación conexas. Esto constituye una mirada integral, en contraste con la epidemiología causal (Breilh Paz y Miño et al., 2023). Estas aportaciones sitúan la perspectiva social y los determinantes socioculturales como parte de la problemática y se opone a los diversos discursos que se venían manejando en diversos estudios como única causa "la responsabilidad del individuo".

Con relación a lo anterior, algunos autores han identificado determinantes socioculturales que están presentes en esta problemática de salud como: género, tradiciones, hábitos, costumbres, raza, etnia, valores, religión, clase social, entre otros, esto con relación a las prácticas alimentarias especialmente de las mujeres. El estudio y abordaje de la obesidad debería entonces ser desde una perspectiva integral y crítica, en este mismo sentido Cruz et al., (2013) plantean visibilizar la repercusión que tiene la estructura social en la "epidemia de obesidad" y considera que el estilo de vida no es solo una elección libre, "sino más bien el resultado de la posición del individuo/ grupo dentro de la estructura social", es decir, el contexto social influye en la salud de las personas y debe ser tomado en cuenta "como cualidad colectiva más que individual" (p.166).

De acuerdo con Gracia (2010) el aumento de peso dista de depender exclusivamente de las cantidades ingeridas de alimentos. Intervienen distintos factores, como el ambiente, mecanismos hormonales y neurales, factores genéticos, metabólicos y constitucionales que deben ser tomados en cuenta. A pesar de la creciente globalización, la obesidad no afecta de igual modo a todas las poblaciones, ni afecta igual a hombres y mujeres, su distribución es muy desigual atendiendo a diferencias intra e interculturales, la autora reafirma que el nivel socioeconómico, el género, la edad o el origen étnico constituyen variables explicativas; tanto en las oportunidades de alimentarse, en cómo se gestiona la salud pero sobre todo porque las prácticas alimentarias dependen de numerosos factores micro y macroestructurales (Gracia, 2010)

Para complementar el análisis del tema, algunos autores añaden que el aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad es resultado de la transición alimentaria lo que significó cambios de la dieta tradicional a la industrializada, se incrementó el consumo de alimentos altamente calóricos y procesados de baja calidad nutrimental y bebidas azucaradas, aunado a publicidad masiva de estos alimentos, y se modificaron con esto hábitos y patrones alimentarios (Rojas & Torres, 2018, pp. 154–156). Es importante resaltar que en esta aportación de los autores se destacan los determinantes socioculturales como factores importantes que modifican los hábitos y patrones alimentarios.

Estas prácticas alimentarias incluyen complejas interrelaciones bioquímicas, metabólicas, psicológicas, sociales y culturales. “La biología actúa como un imperativo hay que alimentarse, pero la manera y el tipo de alimentos los definen la cultura o los determina la sociedad. Ambos, cultura y orden social, están relacionados y fuertemente influenciados por condiciones económicas, sociales y ambientales. En este sentido, lo que se come depende en primer término, de lo que el medio produce y de la capacidad de acceso económico a dichos bienes, pero en un segundo momento depende más del orden social y de la cultura” (Uribe, 2006, p. 228); esta idea es

reforzada por Galán, las prácticas alimentarias son determinadas por elementos sociales, económicos y culturales como: las tradiciones, los modos de vida, creencias, valores, el ingreso y la posibilidad del gasto, y se conforman así patrones alimentarios de un individuo, familia o sociedad (2021).

Con respecto a los determinantes socioculturales Verdugo y Espinosa (2021) argumentan:

Que las nuevas problemáticas en salud necesitan ser estudiadas desde los diferentes elementos que están alrededor del individuo para un análisis integral de la enfermedad, es decir debe entenderse al contexto en el que el sujeto está situado y todas las determinantes que influyen para que pueda afrontar cualquier padecimiento (pp. 65-66).

Así mismo, las autoras arriba citadas mencionan la importancia del “análisis de las determinantes en la salud debe comprender también una mirada de género que visibilice como estas determinantes no se viven de la misma forma en hombres y mujeres” (Verdugo & Espinosa, 2021, pp. 65-66). Es decir, la categoría de género debe ser transversal en las investigaciones, y de acuerdo con la OMS se define a este como “los roles, características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias” (OMS, 2018).

En este sentido como ya se señaló este abordaje de la obesidad debe ser enfocado desde el modelo de los determinantes socioculturales con perspectiva de género, esclareciendo que lo aquí vertido no busca revictimizar a las mujeres con sobrepeso y obesidad por su condición corporal, sino visibilizar como las normas, expectativas y funciones sociales aumentan la tasa de exposición y vulnerabilidad, y las respuestas del sistema de salud en función del género (OMS, 2018).

Es importante mencionar la pertinencia que tiene el Trabajo Social en el abordaje de esta problemática, en palabras de Nelia Tello el Trabajo Social es poder metodológicamente y desde el conocimiento decir que es lo que le tenemos que mover a una situación para que sea diferente siempre desde el enfoque social, es construir procesos de cambio social en la práctica profesional (Canal Once, 2014). Es una acción social que interviene desde y en lo social, que busca desencadenar procesos de cambio social en la situación problema de un sujeto, individual o colectivo, que colabora con este profesional para generar las condiciones que le permitan el cambio deseado (Tello, 2019).

De manera que la investigación e intervención desde el trabajo social permita producir el proceso de cambio social desde la problemática actual por ello, una propuesta interesante sería entonces el abordaje de los determinantes socioculturales de las prácticas alimentarias retomando los conocimientos que señala Medina (2017) en el ámbito sociocultural, el de método de grupo y comunitario, además, la metodología de la animación sociocultural que nos permite desarrollar proyectos alineados con las políticas y gestión cultural. Tanto el trabajo social como la animación cultural se centran en abordar estas necesidades socioculturales de los individuos y las comunidades, de manera que se complementan y constituyen una propuesta metodológica interesante para intervenir porque "lo social es cultural y viceversa".

Conclusiones

A manera de cierre, se concluye que el problema aquí analizado, debe trascender las típicas explicaciones biomédicas que responsabilizaban únicamente al individuo por vivir en condición de obesidad y sobrepeso.

Se reafirma la premisa, que es un problema mundial que va en aumento y afecta a toda la población; sobre todo a mujeres, como lo

demuestran los datos estadísticos aquí vertidos, resaltando que los resultados de las investigaciones han demostrado el vínculo que existe entre altos índices de pobreza y mayor vulnerabilidad a vivir con sobrepeso y obesidad. Sin embargo, cabe destacar, que la población con mejores condiciones socioeconómicas no está exenta de vivir en entornos obesogénicos producto de una estructura sociocultural y de un sistema alimentario que prioriza la ganancia económica por sobre el bienestar de las personas.

Retomando las aportaciones de la OMS, Marmot y otros autores, en torno a los determinantes sociales, se considera que las prácticas alimentarias están condicionadas por aspectos sociales, políticos, económicos y culturales de las personas. Así mismo, después de la revisión y análisis de la literatura aquí abordada se deduce que es necesario indagaciones con relación a los determinantes socioculturales de las prácticas alimentarias, los cuales son considerados como aquellos que están relacionados con el contexto cultural de los sujetos tales como: tradiciones, hábitos, costumbres, creencias, raza, etnia, género, valores, religión, organización social, entre otros.

Una vez definidos los determinantes socioculturales se considera que se requiere de procesos socioeducativos que reflexionen sobre las actuales dinámicas sociales, el cuidado de la salud y las prácticas alimentarias, que logren el empoderamiento en la toma de decisiones para construir nuevas culturas alimentarias.

Otra reflexión de interés es que estos determinantes socioculturales requieren ser integrados a los estudios y a los programas para la atención y prevención del sobrepeso y la obesidad, mismos que no han sido incorporados a las políticas impulsadas, puesto que no han considerado aspectos culturales y estructurales que realmente impacten a los grupos poblacionales que viven en desventaja social y vulnerabilidad.

El análisis remite también a visibilizar como estos determinantes

socioculturales pueden ser reflexionados desde la perspectiva de género, lo cual permite identificar la desigualdad que aún prevalece respecto a los roles de género y la vulnerabilidad que enfrentan las mujeres en virtud de la estructura social de la que forman parte.

Con respecto a la intervención del Trabajador Social se recomienda sistematizar y publicar las experiencias desarrolladas con respecto al tema, ya que en la búsqueda de documentos académicos y científicos existe escasa información en bases de datos, solo se identificaron dos propuestas desde el Trabajo Social para intervenir en las prácticas alimentarias y estas tienen una ausencia de la perspectiva de género.

En este tenor se puede señalar que a este profesionalista le compete posicionarse en el estudio de esta problemática, a manera que a través de su intervención y junto a otros profesionales diseñe e implemente alternativas de solución tanto en los ámbitos institucionales, como en las comunidades. Y desde lo social definir su objeto de intervención mediante el diseño y aplicación de modelos fundamentados en teorías que brindarían las pautas o las directrices de su ejercicio profesional.

Referencias

- Araneda, J., Pinheiro, A., & Rodríguez, L. (2020). Vista de Una mirada actualizada sobre los ambientes alimentarios y obesidad. *Rev Chil Salud Pública*, 24, 67–71. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/57593/61041>
- Barragán, R., Rubio, L., Portolés, O., Asensio, E. M., Ortega, C., Sorlí, J. V., Corella, D., Barragán, R., Rubio, L., Portolés, O., Asensio, E. M., Ortega, C., Sorlí, J. V., & Corella, D. (2018). Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1090–1099. <https://doi.org/10.20960/NH.1809>

- Barrial, A., & Barrial, A. (2011). LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DESDE UNA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL COMO CONTRIBUCIÓN A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*. <http://www.eumed.net/rev/cccss/16/bmbm.html>
- Barrientos, J. A., & Silva, M. A. (2020). Estado de la investigación sobre obesidad y sobrepeso: una revisión crítica y socioantropológica. *Temas Sociales*, 130–159.
- Biermayr, P. (2020). Obesidad y Género Enfoque de Género y Salud Alimentaria Nutricional en América Latina. In *LAC Working Paper 8*. International Food Policy Research Institute (IFPRI). <https://doi.org/10.2499/p15738coll2.134021>
- Boragnio, A., & Victoria Sordini, M. (2019). Gustos y prácticas alimentarias de mujeres empleadas de oficinas públicas y mujeres destinatarias de programas alimentarios en Argentina. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 81, 69–86. <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/boragnio.pdf>
- Bracchitta, E., Muñoz, M., Rodríguez, M., Ruíz, J., & Villegas, D. (2020). Revisión bibliográfica acerca de la influencia de los determinantes sociales de la salud sobre prácticas alimentarias familiares registradas hasta el año 2020. *Revista Confluencia*, 3, 85–89. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/468/430>
- Breilh Paz y Miño, J. E., Krieger, N. ed., & Breilh Ayora, M. C. trad. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>
- Cabello, M., & Hernández, S. (2016). El grupo de ayuda mutua como modelo de intervención en un contexto comunitario: El caso de mujeres con obesidad mórbida. *Interacción y Perspectiva: Revista de Trabajo Social*, ISSN 2244-808X, Vol. 6, Nº. 2, 2016, 6(2), 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5695951&info=resumen&idioma=SPA>
- Campos, I., Galván, O., Hernández, L., Oviedo, C., & Barquera, S. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Publica de Mexico*, 65. <https://doi.org/10.21149/14809>

- Canal Once. (2014, November 11). *Trabajo social*.
<https://www.youtube.com/watch?v=dtbn7yM11NA&t=613s>
- Fausto, J., Lozano, F., Valadez, I., Valdez, R., & Alfaro, N. (2014). Efecto de una intervención educativa participativa para prevenir la obesidad en comunidad rural de jalisco. *Salud Jalisco*, 3, 163–170.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 0(26), 161–175. <https://doi.org/10.7203/DCES.26.1935>
- Giro, A., Nízzola, N., Segura, M., Zunino, M., & Mancinelli, G. (2017). Prácticas y representaciones alimentarias en madres con sobrepeso y obesidad. *Revista Nutrición Investiga*.
http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsdll/cgi-bin/library.cgi?e=d-10000-00---off-0nutrin--00-2----0-10-0---0---0direct-10----4-----0-1l--10-es-Zz-1---20-about---00-3-1-00-00--4----0-0-01-00-OutfZz-8-00&a=d&c=nutrin&cl=CL1.3&d=vol3_no2-3_2_7_html
- Gracia, M. (2010). *La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social Correspondencia*. 146, 389–396.
- Gracia-Arnaiz, M. (2014). *Alimentación, trabajo y género. De cocinas, cocineras y otras tareas domésticas*.
- Hernández, D., González, M., Vázquez, J., Lima, A., Vázquez, C., & Colunga, C. (2021). HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS MEXICANOS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA. *Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/CE27-7HADH60007>
- Hersch, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5), 512–518. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000700009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Lutz, B., & Mora, M. (2018). El bien comer: Normalización de las prácticas alimentarias en México. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, XIII, 72–97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211059782004>
- Molina, A. K. (2021). Proyecto “Cocina y Otros Saberes”, una opción socioeducativa para la creación de entornos alimentarios saludables y culturalmente apropiados: Array. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social*, 25, 142–154. <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs->

- 3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/1156
- Monterrosa, E. C., Frongillo, E. A., Drewnowski, A., de Pee, S., & Vandevijvere, S. (2020). Sociocultural Influences on Food Choices and Implications for Sustainable Healthy Diets. *Food and Nutrition Bulletin*, 41(2_suppl), 59S-73S. https://doi.org/10.1177/0379572120975874/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_0379572120975874-FIG1.JPEG
- OMS. (2009). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- OMS. (2018, August 23). *Género y salud*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OMS. (2021, June 9). *Obesidad y sobrepeso*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (2024, March 1). *Obesidad y sobrepeso*. Obesidad y Sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Orozco, E., Torres, C., Reséndiz, Ó., Pacheco, S., Chávez, R., Cerecer, N., & Arredondo, A. (2022). Factores socioculturales de la vulnerabilidad al sobrepeso durante los primeros años de vida en México. *Salud Pública de México*, 64(5, sept-oct), 515–521. <https://doi.org/10.21149/13708>
- Otero, S. (2020). *La obesidad como problema social*.
- Peresini, V., Tumas, N., & Acevedo, G. (2022). DETERMINANTES SOCIALES Y DE GÉNERO DEL EXCESO DE PESO EN LA ADULTEZ EN CONTEXTOS DE POBREZA URBANA EN CÓRDOBA, ARGENTINA, 2019. *Revista Argentina de Salud Pública*. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-810X2022000100077&script=sci_abstract&tlng=en
- Pérez, S., Romero, A., Candiani, I., & Martínez, L. (2022). Obesidad en México: un acercamiento a la mirada social en los últimos 16 años. *INTER DISCIPLINA*, 10(26), 91–117. <https://doi.org/10.22201/CEIICH.24485705E.2022.26.80970>
- Rodríguez, A., & Casas, D. (2018). Determinantes sociales de la obesidad en México Social determinants of obesity in Mexico. *Rev*

- Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(4), 281–290.
- Rodríguez, D., Santillán, G., & Arias, M. (2017). *INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL aproximaciones desde la teoría y el método Coordinadoras* (Primera Edición). ACANITS.
- Rojas, A., & Torres, F. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas Del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 49(193).
<https://doi.org/10.22201/IIEC.20078951E.2018.193.63185>
- Romero, A. G., & Arellano, M. del C. (2020). Representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio entre personas con obesidad en la Ciudad de México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 30(55).
<https://doi.org/10.24836/ES.V30I55.878>
- Salas, M., & Castañeda, M. (2022). Obesidad/es: cuerpos, comidas y desigualdades. *INTER DISCIPLINA*, 10, 7–19.
<https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80967>
- Sánchez, L. (2022). Obesidad: ¿epidemia global o responsabilidad individual? *INTER DISCIPLINA*, 10(26), 177–206.
<https://doi.org/10.22201/CEIICH.24485705E.2022.26.80974>
- Schlegel, C. (2023). Epidemiología sociocultural y diálogo intercultural para el trabajo en salud en pueblos indígenas de Chile. *Index de Enfermería*, 32(2).
<https://doi.org/10.58807/INDEXENFERM20235820>
- Tello, N. (2019). *Trabajo Social* (Primera Edición). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Uribe, J. (2006). Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín (Colombia). *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 20, 227–250.
- Verdugo, L., & Espinosa, B. (2021). DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE MUJERES SOBREVIVIENTES DEL COVID-19 DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO SOCIAL DETERMINANTS OF THE HEALTH OF WOMEN SURVIVORS OF COVID-19 FROM A GENDER PERSPECTIVE. *Humanismo y Trabajo Social*, 20, 63–79.
<http://www.eutsleon.es/revista.asp>
- Villagómez, P. (2019). *La constitución social de experiencias alimentarias*

en la pobreza: un estudio cualitativo con familias de estratos populares en Iztapalapa, Ciudad de México.
<https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/br86b401b?locale=es>

Significados sociales de la diabetes mellitus, experiencias y afrontamientos de la enfermedad de mujeres atendidas por las instituciones de salud en Sinaloa

Gladis Zulema Acosta Moren,
Lourdes Militza Pérez Silva,
Rosa María Moreno Lugo⁵

Resumen

En el escenario de actuación del Trabajo Social, donde se conjugan los determinantes sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad y la educación para la salud, se advierte la necesidad de reflexionar sobre los significados que han construido las mujeres con padecimientos crónicos como la diabetes mellitus 2 sobre su enfermedad, así como aquellas experiencias relacionadas con el estrés, ansiedad y depresión que han padecido en su vida cotidiana al enfrentar cambios en los estilos de vida. Se presenta un estudio cualitativo de carácter exploratorio, con una muestra de trece mujeres que presentan la enfermedad de diabetes 2 y que son atendidas por la Secretaría de Salud en Sinaloa. El objetivo de este estudio fue de comprender los significados que las mujeres con padecimientos diabéticos poseen sobre la enfermedad y su tratamiento en la idea de proporcionar elementos de carácter cualitativo en la atención a la

⁵ Profesoras de la Universidad Autónoma de Sinaloa

enfermedad desde los programas de educación para la salud. Los resultados mostraron significados asociados a la negación de no querer ser parte de un grupo de pacientes diabéticos de por vida, de muerte, así como una enfermedad incurable que afecta su forma de vida, los cuales las han llevado a presentar episodios de estrés, ansiedad y depresión, asociados por ellas mismas a las dificultades que han presentado en su vida cotidiana para el apego al tratamiento y algunas estrategias de afrontamiento que las mujeres han utilizado para enfrentar las crisis de salud tanto físicas como mentales.

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] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

De acuerdo con la OMS 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 (OMS y OPS, 2023). 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 plasmadas en los programas 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 Cardiometabólicas 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 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).

Por otra parte, además de que se presentan enfermedades crónicas degenerativas, las sociedades actuales están enfrentando problemas de salud mental como la depresión, estrés y ansiedad, consideradas como enfermedades también del milenio. Actualmente de manera constante están en la discusión de los científicos sociales y la medicina, ya que la población hoy por hoy está presentando cuadros depresivos, producto de la profunda crisis del capitalismo, donde la libertad de consumo, el individualismo y las desigualdades sociales de los países están asociadas a la salud mental. Autores como Chul Han (2015), mencionan que las enfermedades de la depresión y el estrés son expresiones del capitalismo, específicamente de esa libertad sometida, pero que además ejerce coerción en el individuo al exigirse su propia felicidad.

Sin embargo, dichos padecimientos, no son propios de la libertad

del consumo, el individualismo y las desigualdades sociales, si no que han estado presentes en personas y grupos sociales que padecen enfermedades como la diabetes. Desde las aportaciones de Rivas et al (2011), las personas con dichos padecimientos pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos como el coraje, depresión, ansiedad, frustración, entre otros. A menudo, los pacientes con diabetes al recibir el diagnóstico deben de enfrentarse a situaciones de cambio en la vida cotidiana, sobre todo en la vigilancia de su enfermedad. Esto trae como consecuencia complicaciones en la dinámica familiar, e incluso situaciones de frustración y ansiedad por el cambio de hábitos alimentarios y de ejercicio físico.

Los padecimientos de estrés, ansiedad y depresión se presentan de manera distinta entre los géneros (Gaibor y Moreta, 2020). En el caso de las mujeres diabéticas, el afrontamiento a la enfermedad se presenta diferente a los hombres, puesto que existen factores sociales, económicos y culturales que se presentan de manera desigual. Se destacan los problemas relacionados con la aceptación de la enfermedad, las desigualdades en los roles de género, especialmente en la asignación del rol doméstico que somete a las mujeres a enfrentar situaciones de estrés y ansiedad. En ese sentido, de acuerdo con Betancourt et al, (2021), la población que más presenta padecimientos o episodios asociados a la enfermedad son las mujeres y los adultos mayores, quienes presentan un mayor predominio de dificultades en el proceso de adaptación del tratamiento, aspectos relacionados con el autoconcepto, poco apoyo familiar y son quienes requieren tratamientos psicológicos.

Por otra parte, autores como Valdivieso y Serrano (2023), hacen mención a que las personas con diabetes mellitus viven la enfermedad y la reinterpretan de manera distinta, a menudo la enfermedad es asociada a la salud mental; otros generan procesos de resiliencia, considerados como estrategias de afrontamiento a la enfermedad, mejor adaptación al tratamiento y a un nuevo estilo de vida. En ese sentido, se han identificado sentimientos de frustración cuando reciben el diagnóstico de la enfermedad, el pensar en ser pacientes de por vida

medicados o en la muerte u otras complicaciones. Son situaciones que generan ciertas sensaciones de miedo y ansiedad. Pero además está el otro extremo, de quienes la enfermedad no significa gran cosa, otros como una enfermedad que puede ser disminuida con tratamiento y quienes no le dan la importancia debida a la enfermedad y, por ende, a su tratamiento.

Ante estos aspectos empíricos mencionados, se complementan algunas aportaciones de autores en relación con la presencia de elementos sociales que están asociados a los problemas de salud mental en personas con diabetes. En ese sentido, se resalta que en el contexto de la pandemia de COVID-19, de acuerdo con Ibiapina et al (2022), la pandemia intensificó los síntomas de ansiedad y depresión de las mujeres diabéticas. Los factores asociados son los niveles hormonales, y los contextos socioculturales que contribuyeron mayormente a la salud mental de las mujeres.

Por otra parte, se ha identificado que las mujeres son quienes presentan mayor angustia mental que los hombres al asistir a las instituciones médicas para los chequeos, el saber que mantienen la enfermedad y sobre todo mayor angustia en la cotidianidad para poder seguir un tratamiento médico (Betancourt et al, 2021). Ante esta situación y desde la necesidad de que la disciplina de Trabajo Social ahonde en implicaciones sociales que están presentes en el problema de la diabetes mellitus 2 en mujeres en el contexto de Sinaloa, se planteó que desde la investigación científica se deben de analizar a mayor profundidad dichas problemáticas, específicamente desde aquellos aspectos subjetivos que dan sentido a las acciones de cuidado o de descuido de la salud.

Para ello, se trazó como objetivo general: que comprendan los significados que las mujeres con padecimientos de diabetes tipo 2 poseen sobre la enfermedad y su tratamiento, en la idea de proporcionar elementos de carácter cualitativo en la atención a la enfermedad desde los programas de educación para la salud.

Metodología

La investigación se suscribió en el paradigma comprensivo, desde los significados sociales construidos en la vida cotidiana (Schütz, 1953), el cual da muestra las ideas de sentido común de una realidad concreta adquiridas desde las experiencias de vida. Se justifica el uso de esta corriente teórica epistemológica en el estudio, debido a que el enfoque biomédico, no da cuenta de aquellas situaciones sociales de carácter subjetivo de quienes padecen enfermedades como la diabetes mellitus.

El diseño utilizado en la investigación fue de carácter exploratorio-interpretativo, desde un enfoque cualitativo, con el uso de la entrevista semiestructurada y la observación no participante como técnicas para la recogida de datos (Ruiz, 2012). Los instrumentos fueron un guión de entrevista que contiene datos sociodemográficos y un guión de entrevista semiestructurada que contenía cuestionamientos que dieran respuesta a los significados sociales sobre la enfermedad y experiencias con relación a las acciones de autocuidado para la atención y prevención de la diabetes y la condición de sobrepeso y obesidad. La muestra utilizada fue a conveniencia, se seleccionaron siete mujeres que padecen diabetes mellitus tipo 2, que habitan en las comunidades de la sierra de Sinaloa y seis mujeres de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, teniendo un total de trece mujeres.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres de diferentes edades que tengan padecimientos de diabetes mellitus tipo 2 en un estudio y mujeres con sobrepeso y obesidad en el otro estudio, pero que además estén en tratamiento médico y que desearon participar en ambos estudios. De acuerdo con las normas científicas y administrativas de los proyectos de investigación, se utilizó el consentimiento informado verbal y por 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.

Resultados y discusión

Características Sociodemográficas de las Mujeres con Diabetes Mellitus Tipo 2

Existen datos sociales y demográficos que deben estar presentes en el análisis de los resultados. Se considera una fase importante para la comprensión de los significados en relación con la enfermedad, ya que existen características de edad, género, estado civil, ocupación, tipos de familia, nivel de estudios, seguridad social y enfermedades que tienen las mujeres, los cuales se ven como factores que están presentes en los significados de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, así como las dificultades que han tenido. Las características sociodemográficas de las mujeres son las siguientes (ver figura 1).

Figura 1. Características sociodemográficas

N°	Edad	Genero	Estado Civil	Residencia	Ocupación	Tipo de familia	Nivel de estudios	Seguridad social	Enfermedades
1	45	F	Casada	Culiacán	Costurera y ama de casa	Nuclear	Secundaria	IMSS	Sobrepeso y diabetes 2
2	59	F	Unión libre	Culiacán	Ama de casa	Nido vacío	Primaria	SSA	Obesidad y diabetes 2
3	39	F	Casada	Culiacán	Comerciante y ama de casa	Extendida	Secundaria	SSA	Sobrepeso, hipertensión y diabetes 2
4	34	F	Soltera con hijos	Culiacán	Comerciante y ama de casa	Extendida	Secundaria	SSA	Obesidad y diabetes 2
5	42	F	Casada	Culiacán	Comerciante y ama de casa	Nuclear	Preparatoria	SSA	Obesidad, hipertensión y diabetes
6	59	F	Viuda sin hijos por decisión propia	Culiacán	Desempleada	Vive sola	Tej en Trabajo Social, preparatoria y carrera trunca de derecho	SSA	Obesidad y prediabetes
8	40	F	Unión libre sin hijos	Comunidad de las Huacapas, Sin	Quiropráctico popular	Extensa	Primaria	SSA	Obesidad y diabetes 2
9	41	F	Casada sin hijos	Comunidad de las Huacapas, Sin	Ama de casa	Extensa	Primaria	SSA	Sobrepeso y diabetes 2
10	58	F	Casada	Comunidad de las Huacapas, Sin	Ama de casa, comerciante	Extensa	Sin estudios	IMSS Comunitario	Sobrepeso y diabetes 2
11	64	F	Casada	Comunidad de las Huacapas, Sin	Ama de casa y Sembradora	Nido vacío	Sin estudios	IMSS Comunitario	Obesidad y diabetes 2
12	42	F	Unión libre sin hijos	Comunidad de las Huacapas, Sin	Ama de casa	Extensa	Primaria	IMSS Comunitario	Obesidad y diabetes 2
13	76	F	Casada	Comunidad de las Huacapas, Sin	Ama de casa	Nido vacío	Sin estudios	IMSS	Sobrepeso, tiroides y diabetes 2

Fuente: Elaboración propia 2024

Significados de la Enfermedad de Diabetes y Algunas Experiencias en su Diagnóstico

Los padecimientos crónicos, como la diabetes, a pesar de que en el contexto mexicano son una de las principales muertes de mujeres y hombres, existe desconocimiento en cuanto a las implicaciones que ocasiona en quienes la padecen. Una de las implicaciones identificadas en primera instancia es que, además de los síntomas por diabetes, aparecen las cuestiones emocionales, especialmente cuando se da el diagnóstico del padecimiento. A menudo, el paciente cuando es diagnosticado con la enfermedad no es consciente de lo que está viviendo, se encuentra en indisciplina alimenticia, poco o nulo hábito de ejercicio físico, desorden en el sueño, es decir, un estilo de vida inadecuado.

El diagnóstico por diabetes es considerado un acontecimiento que impacta al humano, especialmente porque le exige un cambio de estilo de vida de manera drástica, pero además genera problemas emocionales tales como cambios de ánimo, insomnio, ansiedad, estrés, y en muchos de los casos, la depresión (Riveros et al, 2005). El diagnóstico en sí es un acontecimiento que es interpretado de manera distinta por los pacientes, según su condición socioemocional, sus fortalezas, conocimientos de la enfermedad, desde sus causas, el cómo se controla, la personalidad, el apoyo socioemocional que reciben y la resiliencia a la enfermedad.

Según autores como Támez et al (2003), los problemas emocionales pueden aparecer en el diagnóstico. Debido al desconocimiento y la incomprensión de la magnitud de la enfermedad, les es difícil aceptar su condición, por lo que la aceptación a la enfermedad y la búsqueda de los cambios en los estilos de vida es un reto para los profesionales de la salud y el paciente quien vive la enfermedad. Uno de los primeros aspectos considerados como oportunos para rescatar de las narrativas de las mujeres son los significados que ellas mismas le dan a la enfermedad de la diabetes, el cual es un parteaguas para ellas en

asumir cambios en los estilos de vida y apego al tratamiento farmacológico.

En ese sentido, los discursos de las mujeres sujetas de estudio mostraron significados de la enfermedad de manera distinta. Algunas lo ven como algo fatal, una enfermedad larga, la cual les ocasionó sentimientos de negación, frustración, desánimo y una necesidad de no ser parte de los pacientes diabéticos que las llevó a buscar cambios en los estilos de vida. Se destacan las siguientes narrativas...

“Hay no sé, mmmm, es estar enfermo de por vida, tomar medicamento de por vida, es la verdad, aunque uno no lo quiera reconocer” (E1).

“La diabetes, es una enfermedad muy fuerte, porque a veces de gusto, de susto, uno puede quedar paralizada” (E4c).

“Se que me voy a morir de eso, es una enfermedad pa siempre...nomas se controla, pero de viejo uno, ya le llegas todos los achaques” (E2)

En las narrativas de las mujeres, se puede identificar, que quienes han recibido el diagnóstico de diabetes reconocen la enfermedad, pero también aparecen sentimientos de negación al aceptarla, más bien su negación es que estará presente de por vida. En ese sentido, Leitón et al (2018) hace mención de que las personas que enfrentan por primera vez un diagnóstico de diabetes presentan una etapa de duelo y la negación para aceptar el diagnóstico es parte del proceso. A menudo presentan problemas de ira y se presentan los padecimientos de depresión, soledad, baja autoestima, desesperanza, minusvalía, entre otros.

Por otra parte, se destaca, que el diagnóstico de diabetes para las mujeres fue un acontecimiento identificado debido a las experiencias en los síntomas de la enfermedad, el cual para algunas era desconocido y para otras, por conocimiento y acercamiento a otras personas con diabetes, reconocieron los síntomas, pero además fue asimilado y lo tomaron con normalidad, es decir sin problemas emocionales. Así

también se destaca que el diagnóstico de la diabetes fue por la presencia de síntomas desconocidos en su cuerpo, considerados anormales, y la presencia de otras enfermedades, por lo que se puede identificar que la experiencia vivida en el síntoma fue una alarma para que las mujeres asistieran a hacerse el diagnóstico y recibir tratamiento por las instituciones de salud. En ese aspecto se presentan algunas experiencias de la enfermedad, y cómo fue su diagnóstico...

“A mí porque me dio dengue hemorrágico, yyy pos si me puse muy mala, el doctor me mando hacer unos estudios y estaba tirando no sé qué, pero era a causa del azúcar, y me hicieron otros estudios más y ahí fue donde me detectaron el azúcar” (E5).
“Sentía mucho desespero, mucha hambre, muchas ganas de salir y correr, hasta que Geovani me llevó al doctor y sí me checaron, me hicieron estudios y sí salí con mucha diabetes” (E4C).
“Me despertaba con mucha sed en las noches y muchas ganas de ir al baño, nooo, pos, como yo ya había visto muchos casos, no me dio depresión ni nada de eso, la tomé normal” (E6 C).

Los síntomas que llevaron a las mujeres a buscar un diagnóstico de la enfermedad fueron al sentir sensaciones en su cuerpo anormales, como: sensaciones de ansiedad, sed y frecuencia en orinar, pero además resulta importante resaltar el reconocimiento de recibir un diagnóstico de diabetes puede generar cambios emocionales. En las narrativas, muestran además que muchos de los síntomas los asocian a otra enfermedad o puede ser diagnosticada a través de asistir al médico para su tratamiento, por lo que se puede resaltar que la mayoría de quienes padecen síntomas de diabetes desconocen que es detonada por la enfermedad, pero que es un foco de alerta para atenderse.

Alteraciones Emocionales al Recibir el Diagnóstico de Diabetes

El vivir con diabetes a menudo para los pacientes resulta una

experiencia incómoda, amenazadora y que afecta la vida cotidiana de la persona, no solo de quienes la padecen, si no que se incluye la familia o quienes viven alrededor de ella. Al recibir el diagnóstico de diabetes se presentan una serie de sentimientos asociados al miedo y al desánimo por tener una enfermedad de larga duración, puesto que desde la perspectiva de los pacientes en dado caso existe un desconocimiento de la enfermedad, su tratamiento y cómo vivir con ella les genera dichas emociones.

Autores como Leitón et al (2018), hacen mención, a que las personas que sufren diabetes viven con sufrimiento y miedos por afectar su vida en su totalidad. Es decir, el diagnóstico de diabetes es un parteaguas en la situación mental de quienes la padecen, puesto que algunos viven en un constante duelo, especialmente sobre la pérdida de su estilo de vida y esto afecta la adaptación a su tratamiento. Estos elementos se identificaron en las mujeres sujetas de estudio, quienes en sus narrativas ellas mismas muestran asociaciones al miedo al tratamiento, ansiedad y estrés por no querer pertenecer al grupo de diabéticos medicados de por vida (ver narrativas):

“Nombre, la neta, tengo miedo de pertenecer de por vida en ese grupito de diabéticos, por eso me metí a hacer zumba y gimnasio, y mira, por crearme joven, lo que me pasó, me lastimé la radilla, la verdad me excedí y mira aquí están las consecuencias, está peor ahora, porque no me puedo mover, haaaay es que uno ya no está pa eso. Me estresa con este peso que traigo estar con diabetes, ahorita tengo prediabetes, no diabetes completas” (E7)
“Desde que recibí la noticia de que dijo el doctor que tenía diabetes, me asusté, después pensando en lo que le pasó a mi hermana... se murió...haa y pues, de pensar en eso, hay veces que no duermo, otras veces me dan ganas de pasar dormida todo el día...no salgo, mira, salgo nomas para sobar gente y aquí con mi nana, nomas.... me dio un bajón esto...no me lo esperaba” (E3C)
“Pues yo no siento nada, puras ganas de comer me dan y sí vale más aprender a vivir con ella, es cuestión de cuidarse nomas...estar tomando el medicamento, comer lo que te digan y

caminar... haaaa y no desvelarse, eso hace mucho daño” (E1 C).
“Me detectaron que tenía diabetes, hay veces que se siente bien uno y a veces que te da el bajón y así anda uno, con eso uno se diagnostica las enfermedades a veces” (E 5)

De las narrativas presentadas, se resalta el caso de una mujer sujeta de estudio, que al recibir el diagnóstico de diabetes la llevó a tener miedo de no querer ser parte de un grupo enfermo y recibir medicamento de por vida, por lo que se sometió a estrés de rutina de ejercicio inadecuado a su edad y como consecuencias sufrió daños físicos. El miedo es un sentimiento que lleva a las personas a tomar acciones rápidas e inadecuadas en la solución a su problema, el cual también es un signo de estigma social, asociado a que a menudo las personas con diabéticos son criticadas por su estilo de vida y estar medicadas de por vida.

El estigma social por diabetes, según es un nuevo factor psicosocial que afecta negativamente la salud de los pacientes diabéticos. El estigma por la enfermedad de diabetes, según Pedrero et al (2021), es como un atributo o creencias asignadas a las personas con diabetes, especialmente por los estereotipos o atributos asociados a la responsabilidad del autocuidado y de menos compasión cuando no se apegan al tratamiento.

Otro aspecto que resulta importante destacar, es que, al momento de recibir el diagnóstico de diabetes, empezaron a tener preocupaciones por el padecimiento al grado de presentar insomnio por miedo a la enfermedad, especialmente por vivir experiencias con parientes muy cercanos que han muerto por diabetes, así como también episodios de desánimo, asociadas por ellas mismas a la depresión. Esto muestra lo que argumenta Maury et al (2023), en un estudio realizado a mujeres diabéticas. Los resultados de su estudio arrojaron que al ser diagnosticadas con la enfermedad mostraron alteraciones emocionales originadas por el impacto del diagnóstico, como una sensación de conmoción, impotencia, preocupación, lucha por aceptar el tratamiento y pérdida de control.

Por otra parte, la experiencia de las mujeres al recibir el diagnóstico de la enfermedad es tomada de manera positiva, al ver la enfermedad llevadera y que no afecta a su cuerpo, así como al reconocimiento de que debe de hacer cambios en los estilos de vida y cuidarse para el control de la enfermedad. Es pues una experiencia que resulta importante destacar, puesto que se identificó la presencia de la resiliencia a la enfermedad por diabetes, la cual es considerada como un estado mental que permite la regulación emocional que lleva a mostrar comportamientos positivos al surgimiento de la enfermedad, pero además a un afrontamiento adecuado al tratamiento (Gómez, et al, 2021).

Significado del Tratamiento Médico para Control de la Enfermedad y sus Implicaciones Emocionales

El diagnóstico de diabetes mellitus, es considerado uno de los mayores impactos que afectan de forma gradual los procesos de identidad y dinámica de vida de los sujetos de quienes lo padecen, de ser personas sanas a personas enfermas, de tener una vida de satisfacciones alimentarias y sedentarismo a una vida que requiere reflexiones constantes para poder desarrollar un cambio y tener control sobre ellas. De acuerdo con Lendon (2005), es normal encontrar en los pacientes quienes reciben un diagnóstico de la enfermedad, una marca de inicio de un estilo de vida diferente, el cual es asociado a limitaciones, preocupaciones y manipulaciones del cuerpo.

Dichos cambios de vida demandan la responsabilidad del autocuidado, el cual es un factor importante para el control de la enfermedad. Esto implica una adherencia al tratamiento sugerido por los profesionales de la salud. Según Carrión (2020), la mayoría de los pacientes diabéticos que han tenido éxito en el tratamiento farmacológico, poseen mayor confianza en la opinión y/ sugerencia de los profesionales de la salud, ya que les genera confianza y se comprometen mayormente al tratamiento. Por lo tanto, se comprende que la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos depende

en gran medida del significado que le atribuyen al tratamiento, puesto que de este depende el grado de apego.

Cada sujeto posee un significado distinto de la enfermedad y, por ende, el tratamiento, implica creencias, mitos, conocimientos, saberes y representaciones. En ese sentido, se resaltan algunas narrativas de las mujeres sujetas de este estudio, quienes muestran algunas ideas de sentido común referente al tratamiento, resaltando la idea de que el tratamiento médico no lo es todo, pues existe una carga cultural de creencias y saberes para el cuidado y control de la diabetes (ver narrativas).

“El tratamiento no es lo que te dice el doctor, yo tomo otras cosas, té de limón, hojas de aguacate, zacate, y pues la alimentación y el ejercicio, que la verdad yo sé que todo es bueno para disminuir o mantenerte saludable, pero se me hace que es muy dificultoso seguirlo (E6C).

Las creencias y saberes de control de la diabetes son una práctica encontrada en diversos estudios, y el uso de la herbolaria en las personas con diabetes es consumido como un tratamiento alternativo y complemento del tratamiento sugerido por el profesional de la salud, encontrando con mayor frecuencia el uso de infusiones (López 2007). En el caso de las mujeres entrevistadas, mencionan la herbolaria como tratamiento alternativo, especialmente el consumo de infusiones de hojas de aguacate, zacate y limón.

Por otra parte, existen significados del uso de la insulina como tratamiento médico, que a menudo es considerado por los pacientes con diabetes mellitus como el segundo nivel de la enfermedad, pero que además genera rechazo debido a que se le cuestiona el desapego al tratamiento oral. Vera et al (2023), hacen mención que existen mitos y creencias del uso de la insulina debido a los sentimientos de fracaso del primer tratamiento y algunas cosmovisiones familiares que inciden negativamente en el apego al tratamiento. En ese sentido, se encontraron narrativas en relación con la negación y miedos por el

consumo de la insulina, así como también significados del tratamiento de larga duración, de consumo de medicamentos de por vida, pero además se le suma el factor de altos costos (ver narrativas).

“Pues la primera vez que fui traía muy alta el azúcar, entonces el doctor, luego luego, me quería poner insulina y ya a mí ya me dio mucho miedo, ósea, y cuando me mando hacer los estudios, una doctora que me revisó me dijo lo mismo. Me dijo ¡Lo que me preocupa es su diabetes! me quedé así [PONE EXPRESIÓN DE IMPACTADA] y le dije yo, ¿oiga y así como está ahorita los resultados? le digo, me tienen que poner ya insulina y me dijo que sí, y pues yo me asusté mucho, mucho mucho. Y le dije yo ¡hay doctor espéreme tantito, le digo, espéreme unos meses, la verdad, no sé, se me hace muy feo depender de la insulina y cosas de esas! la verdad, yo sí me asuste, y como le digo, no había yo, como que no le tenía así, cuando me dijeron recién que yo tenía diabetes (E2).

“Quisiera ir, pero a la vez, ya sé que es un largooooo... Ya vez que con el pie ya llevo como seis meses.... son bien largos los tratamientos y eso me da angustia, no se me hace mucho y puras vueltas, que pues son gastos yendo cada mes” (E8C)

“Nomás me dijeron que tenía diabetes... pensé, en el tratamiento, pensé “significa que voy a tomar medicamento de por vida” y el tratamiento es muy costoso, y uno aquí no tiene lo que te dicen los doctores...Uno agarra lo que puede... Para mí es muy difícil, y mira, no nomas yo, mi esposo es diabético, ya vez la mili ... puros enfermos.... bien difícil” (E2C).

Por otra parte, se menciona que desde la literatura existente se han identificado algunas dificultades que presentan los pacientes diabéticos para el apego al tratamiento, generando episodios de estrés y ansiedad. De ello, se resaltan las aportaciones de Betancourt et al (2021), quienes presentan resultados de un estudio sobre la adaptación al tratamiento, mencionando que la mayoría de las personas con el padecimiento de la diabetes presentan desadaptación en su condición de salud y al tratamiento, especialmente en los hábitos alimenticios y

el ejercicio físico.

Por otra parte, al no adaptarse al tratamiento prescrito por el médico, les genera angustia por no seguirlos al pie de la letra, un aspecto señalado por López et al (2007), quien hace mención, que las personas que presentan diabetes perciben como una enfermedad incurable, peligrosa, percibiendo alteraciones emocionales por el apego al tratamiento médico. Ante ello las narrativas de las mujeres sujetas de estudio muestran algunos aspectos relacionales al estrés que les genera el no poder realizar cambios positivos en su alimentación (ver narrativas).

“Anda, uno atareado en los afanes, y se me olvida tomarme el medicamento, digo, ¡ahorita voy! y nada... Se me olvida y si me regañan... pero yo soy la que traigo.... es bien difícil decidir dejar de comer...la coca... la carne, las tortillas harinas” (E7C).

“Es que a uno le dan muchas ganas de estar comiendo, ansiedad, mejor dicho, de estar comiendo” (E7C)

“Es que uno vive con estrés de que no podemos dejar la coca y no quieren mis hijos y mi esposo dejar las comidas, en este caso la coca, el otro día pidieron un sushi, oye puro arroz lleno de grasa y aparte la coca” (E4).

Así también, las mujeres sujetas de estudio han aprendido a identificar ciertas sensaciones de ansiedad, depresión cuando presentan problemas familiares o por la multiplicidad de actividades domésticas. Así también han aprendido a identificar las alteraciones en su cuerpo, especialmente cuando se descompensa por altos y bajos niveles de glucosa. Las ha llevado a siempre estar al pendiente del suministro de sus medicamentos (ver narrativas).

“Yo aprendí una vez que, bajé mucho de peso, deste y ahí aprendí lo que eran mis bajones de azúcar; por ello no faltó nos mis doctores, yo estoy con la cabeza todo el tiempo de las citas mías, las de mi apa, las de mi esposo, a veces que digo ¡no se me vayan a olvidar! Y estoy al pendiente, tengo tantas cosas, me estreso,

ya vez la vez que me hablaste, no me acordaba de que tenía una graduación, no me acorde que ibas a venir, las dos cosas así y siempre me fui a desayunar, me da pendiente perder mis citas” (E6)

“Se me sube mucho, se me baja, se me descontrola y es que pasa cuando uno piensa. Si uno piensa mucho, me acuesto y se me espanta el sueño pensando en la enfermedad, en que voy a comer, en mis hijos, mis hijas enfermas, ya vez que falleció mi hija más grande y ahora la Luli, que está enferma, no puede caminar...quedo mal de la vacuna y ya vez que uno no debe de desvelarse, ni preocuparse... pero que va a hacer uno” (E4C)

“Mira, yo no he dejado de tomar medicamento desde que una vez me iba a morir, me fui a caminar y regresé a querer desayunar y cuanto puse la cazuela empecé a sentirme mal... y muchas ganas de vomitar, miraba borroso, entonces me llevaron al Palmar al doctor.... mira me da una ansiedad, y sabes con qué se me quita, con una tortilla calentita con sal” (E8C).

Ante el reconocimiento de su cuerpo en los altos y bajones de azúcar, se resalta que las mujeres sujetas de estudio han aprendido a identificar su cuerpo y buscar estrategias de cómo calmar la ansiedad y los bajos niveles de glucosa. Pero además resulta importante mencionar que la multiplicidad de roles en la vida familiar es un factor que limita el apego al tratamiento y genera estrés en las mujeres para estar atentas a la toma de pastillas.

Estrategias de Afrontamiento a la Enfermedad

Debido a que la diabetes mellitus es una enfermedad de larga duración, es importante resaltar la necesidad de que las personas con estos padecimientos tengan herramientas para enfrentar los síntomas biológicos y consecuencias físicas, emocionales, entorno familiar, laboral y social. Las estrategias de afrontamiento de la diabetes son consideradas como aquellas conductas de tipo mental y emotivas que presentan los individuos para alcanzar un manejo adecuado del

cuidado de su salud que los lleve a una adaptación a la enfermedad y afrontar los daños físicos y mentales que perjudiquen su estilo de vida (Pascual y Conejero, 2019).

Las estrategias de afrontamiento en un paciente diabético resultan sumamente importantes para que aprendan a sobrellevar la enfermedad, sobre todo del manejo adecuado de aquellas situaciones tanto individuales como sociales que causan estrés, ansiedad y desánimo, las cuales deben ser eficaces en la regulación de las emociones y experiencias de descompensación del cuerpo físico. Las estrategias de afrontamiento de las personas diabéticas trabajadas pueden regular la ira, la inseguridad, la tristeza, la ansiedad y permiten un mayor apego al tratamiento médico, mejorando así su desempeño laboral, familiar y comunitario (Montoya et al, 2023).

Como ya se mencionó anteriormente, es importante alcanzar un manejo apropiado del autocuidado, pues con ello se busca reducir mitos y temores que construyen las mujeres cuando se les diagnostica dicha enfermedad, causando así una limitada comprensión de las complicaciones prevenibles y falta de seguimiento a los tratamientos (Montoya et al, 2023). Se considera entonces que la identificación y autorreconocimiento de las debilidades que se presentan para el autocuidado de la enfermedad permite la comprensión de un cambio, esto quiere decir, que, para mejorar sus estados de salud, una vez identificadas sus deficiencias, reconocerán a conciencia las actividades que les resulten más oportunas y adecuadas a implementar acciones del cuidado de la salud individual y colectiva.

Quienes padecen de diabetes enfrentan la necesidad de realizar cambios en su vida personal, social, familiar y laboral en muchos aspectos de su vida cotidiana, ya que no solo se buscará el apoyo del personal de salud, sino también en personas más cercanas a su red social, que son aquellas relaciones que sirven de soporte para que las mujeres diabéticas encuentren alivio a su padecimiento. La familia es considerada la primera institución que provee a sus miembros de los recursos necesarios para cualquier momento de su vida, así como de

sus primeras habilidades sociales. Estás les darán seguridad para relacionarse y enfrentarse a nuevas situaciones, sirviendo como soporte y plataforma para desarrollar su vida en dicho ambiente. Las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez son influidas por ellos (Cano, 2002).

En ese sentido, el estudio arrojó importantes estrategias que las mujeres han aprendido a utilizar para disminuir episodios de estrés, ansiedad y un mayor apego al tratamiento, mismas estrategias que ellas han descubierto y son efectivas para un mayor control de la enfermedad. A continuación, se presentan algunas narrativas donde las mujeres mostraron en sus discursos estrategias que resulta interesante destacar (ver discursos).

“A veces me da la ansiedad, una cosa helada y digo. ¡Hay Dios mío! ¡Quítame esto! Me siento desesperada, quisiera salir corriendo, me dan ganas de comerme un dulce, no sé qué y lucho, lucho mucho con esto... Hay veces queee sí venzo y otras veces caigo; mira, una vez caí en la tentación con una sandía; me fue muy mal y aun así no se escarmiento” (E8C).

“Pues Dios me dio la habilidad para hacer todo, pero como le digo, agarro la comodidad de no ir y digo, hay, este día no voy a ir, mañana voy. La estrategia que tengo que lo primero que tengo que hacer, es hacer ejercicio, decir yo soy de las que digo, primero tengo que ir a caminar antes de todo, en todo estoy pensando y como le digo gracias a Dios soy muy hábil pa todo y burra pa todo. Esa es la estrategia mía: levantarme y hacer ejercicio porque ya después ya no lo hago” (E1).

“Me decía, te voy a checar el azúcar y si me la checaba y salía bien y en la noche otra vez y salía bieeen altooo el azúcar, del trayecto de la mañana a la noche puro pensando en cómo iba a salir y por eso nooo, ya ni me la checo, siempre salgo alta, pa qué y así estoy, las plebes me compran la medicina y yo, pues tranquilita me las tomo” (E8C).

“No... pues, la verdad, todo lo que sea bueno para la salud, es bueno, todo bien, me voy a tomar las pastillas antes de que se

me olvide [SACA UN ESTUCHE DE CHICLES] uso este estuche de los chicles para creer que son chicles y no olvidarme de tomarme las pastillas, jajaja, así los ve uno antojable” (E1).

De las narrativas presentadas en este apartado, se pudieron identificar estrategias de afrontamiento de las mujeres de carácter espiritual. La creencia en una deidad les ayudo a manejar la ansiedad al momento de solicitarle. En ese sentido, González y Pagan (2018), mencionan que el afrontamiento religioso es y ha sido para los pacientes diabéticos una herramienta efectiva para el afrontamiento a la enfermedad. Es considerado como las creencias, reconocidas como las estrategias internas de confianza y consuelo en Dios, así como las conductas, reconocidas como estrategias de carácter externo, como asistir a un grupo religioso, a una iglesia, leer libros religiosos, los cuales están destinados a manejar las consecuencias negativas de la enfermedad.

Otra de las estrategias de afrontamiento encontradas es el olvidarse de la enfermedad, y dejar de checarsse los niveles de glucosa de manera constante. Esto según las narrativas de las mujeres, les da paz y tranquilidad y las ayuda en la disminución del estrés y ansiedad, así como redes de apoyo familiar que les ayudan a regular lo emocional y de compra de medicamentos. De este aspecto, se destaca el apoyo familiar como una estrategia importante en apoyo al apego al tratamiento de las mujeres con diabetes, así como la mejora de su salud mental. En ese sentido, se destaca lo que mencionan Rondón y Angelucci (2021), como se citó en Montoya et al (2023) “índico que la mujer tiende a utilizar en menor medida la estrategia de evitación y presenta mayor red de apoyo, lo que deriva en una mejor adherencia al tratamiento lo que se traduce en una mejor salud mental al evitar la presencia de depresión” (p.4).

Se destacan además otras estrategias interesantes que narraron las mujeres, especialmente para que no se les olvide el consumo del tratamiento farmacológico. Así mismo, se destacan estrategias de cambios de horarios, trabajar a primeras horas del día en el ejercicio físico para que no sea olvidado. El uso de estrategias que implementan

las mujeres con padecimientos diabéticos, son consideradas como parte de la resiliencia, conocida por un proceso donde la persona interactúa con factores internos y externos, patrones de adaptación y afrontamiento, que permiten una adaptación positiva al entorno o situación (Mateu et al s/f). Con respecto a la resiliencia por diabetes, se asocia significativamente a la aceptación, apoyo social, lo cual permite el manejo adecuado del tratamiento y nuevo estilo de vida (Frazier et al, 2010, como se citó en Valdivieso y Serrano, 2023).

Conclusiones

Después de presentar resultados y algunas discusiones en cuanto a ello, se concluye que las mujeres con diabetes mellitus 2, presentan algunos significados de la enfermedad, especialmente significados de una enfermedad peligrosa, asociada a un tratamiento de larga duración, el cual les ocasiona sentimientos de ansiedad y depresión. Es asociada especialmente a los problemas de estrés por no poder tener un apego al tratamiento de manera correcta; e incluso se identificó la presencia de estrategias resilientes que las mujeres han desarrollado para mejorar su apego al consumo de fármacos, desarrollar actividad física y un acercamiento a la religiosidad para afrontar la situación de ansiedad al consumo de alimentos que no son adecuados para su salud.

Se destaca la enfermedad de depresión como algo común que las pacientes diabéticas presentan. Se destacan los síntomas en el estado anímico; sueño, tristeza, angustia, entre otros. Así también presentan situaciones de miedo al uso de la insulina como un tratamiento de un segundo nivel de la enfermedad, asociado por ellas mismas a un tratamiento de larga duración y que se representa como una situación que les recuerda el no poder controlar el consumo de fármacos orales y como una enfermedad que ya se encuentra en una fase complicada, así mismo el considerar los costos y el consumo de por vida.

Por lo que este estudio reconoce, las personas que padecen

diabetes mellitus son también personas que enfrentan algunos episodios de ansiedad, estrés y depresión, como problemas asociados a la salud mental, pero que además desarrollan resiliencia a la enfermedad para conseguir su adaptación y control de esta. Por lo que se resalta la importancia de profundizar en estudios sociales en relación con la presencia de la salud mental en mujeres con padecimientos crónicos desde la disciplina de trabajo social.

Se finaliza este apartado mencionando que es necesario establecer propuestas de atención a la salud desde la educación para la salud, para resaltar y trabajar estrategias de afrontamiento adecuadas para las mujeres con padecimientos crónicos, donde se pueda saber cómo perciben y entienden la enfermedad, su manejo y qué herramientas sociales se tienen que trabajar para tejer redes de apoyo que ayuden a conocer la enfermedad, su tratamiento y lograr consolidarlo como algo permanente en su estilo de vida. Esto los llevará a adquirir mayor resiliencia.

Por lo tanto, se destaca la importancia de que las instituciones de salud desarrollen investigaciones del conocimiento de las enfermedades mentales en diabéticos, y sean tomados en cuenta para generar modelos de atención a la salud, especialmente en una atención individualizada y reconocer la experiencia vivida de quienes lo padecen y el rescate de estrategias de afrontamiento adquiridas y desarrolladas por ellos/ ellas mismas. Se concluye que desde la Academia de Trabajo Social se elaboren modelos de intervención enfocados al cuidado de sí mismo; especialmente que los y las pacientes desarrollen procesos reflexivos del autocuidado y acciones de manera permanente en el cuidado de la enfermedad.

Referencias

- Betancourt-Jimbo C del R; Figueredo -Villa, Katuska; León- Insuasty; Moreno Plaza L A. (2021). Proceso de adaptación en pacientes diabéticos. *Revista Eugenio Espejo*. 15 (1) Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572865113010> DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.04.10.05>.
- 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>.
- Cano J. (2002). El apego: factor clave en las relaciones interpersonales. En <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicología>.
- Federación Internacional de la Diabetes (2019). Atlas de la Diabetes de la FID.
- Gaibor-González I y Moreta- Hernández R (2020). Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. Análisis inter-género y de predicción. *Rev. Actitudes en Psicología*. 24. 129.pp. 17-31. En <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>.
- Gómez A, A., Sierra B, W., Vinaccia A, E y Matta S, J. (2021). Desregulación emocional y resiliencia en pacientes con diabetes tipo I. *Gac Méd Caracas* ;129.3.562-570 DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.5 I.
- González R, J., y Pagán T, O. (2018). Desarrollo y validación de un instrumento para medir estrategias de afrontamiento religioso. *Evaluar*, 18(1), 70-86. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>.
- Han- Chul B, (2015). Psicopolitica, neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. *Here*. 1-61.
- Ibiapina Costa Filho AA; Ribeiro LM dos S; Alencar D de C; Oliveira NA de, Rabi JÁ, Ibiapina AR de S. (2022). Factores asociados a la angustia

- mental en personas con diabetes mellitus durante la pandemia de covid-19. *Cogitare Enferm.* dx.doi.org/10.5380/ ce.v27i0.8712.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2021). Encuesta Nacional de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). Índice de precios al consumidor de la canasta de consumo mínimo: documento.
- Ledón L. 2012. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol.*(23)1): 76-97.
en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es.
- Leitón E, ZE., Cienfuegos P, M del R., Deza E, Mdel C., Fajardo R, E., Villanueva B, M E., López G, A (2018). Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes. *Revista Salud Uninorte*, vol. 34, núm. 3. 696-704. Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes" (redalyc.org).
- Lendon LL, L (2005). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *International Journal of Clinical and Health.* 5(3). 445-462.
- López A, KH y Ocampo B, P (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar* 9 (2). 80-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5071145400>.
- López A, KH; OcampoB, P. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar.* 9 (2). 80-86.
- Mateu P, RM., Garcia F, M., Gil B, JM., Caballer M, A (S/F). ¿Que es la resiliencia?, hacia un modelo integrador. *Jornades de Foment de la Investigació.* Universidad Jaume. forum_2009_15.pdf (uji.es).
- Maury-Mena S C; Marín-Escobar J; Mendoza-Charris H; Navarro-Angarita V; Ceballos-Vélez A; García-Caro y Alonso-Palacio L M (2023). Factores de riesgo psicosocial asociados con la diabetes mellitus gestacional. Revisión sistemática *Rev Chil Obstet Ginecol.*88.3. DOI: 10.24875/RECHOG.23000010.
- Montoya- García R E., Ramírez -Hernández S A., Romas- Luna S de J; Torres Rubio Ma. E; Catillo-Torres A R; Muñoz Vázquez I L; Loredó

- Larraga V y Jaramillo Saldivia N L (2023). Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2 de una comunidad de Tamaulipas, México. *Rev. European Journal of Health Research.* 9. 1. Pp. 1 – 12. En <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/2255>.
- Organización Mundial de la salud [OMS] (5 de mayo de 2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/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>.
- 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>.
- Pascual, A., y Conejero, S. (2019) Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 74-83.
- Pedrero, V; Alonso, L M., Manzi J. (2021). El estigma asociado a la diabetes: elementos conceptuales, mecanismos involucrados y desafíos. *Salud, Barranquilla [online]*. vol.37, n.1, pp.205-219. ISSN 0120-5552. <https://doi.org/10.14482/sun.37.1.610.7>. El estigma asociado a la diabetes: elementos conceptuales, mecanismos involucrados y desafíos (redalyc.org).
- Rivas A, V; García B, H; CruzL, A; MoralesR, F; Enríquez M, R M; Romer A, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2 *Salud en Tabasco*. 17. 1-2. 30-35 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>.
- Riveros A, Cortazar-Palapa J, Alcazar FL, Sanchez-Sosal JJ (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5, 3, pp. 445-462. ISSN 1697-2600. ijchp-153.pdf (aepc.es).
- Rondón, J.E.,y Angelucci, L. (2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red

- de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 40 (2), 215-242. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132021000200215&lng=en&tlng=es.
- Ruiz Olabuénaga, J I. (2012). *Metodología de Investigación Cualitativa*, 5ta edición, Deusto. Bilbao- ISBN 978-84-9830-673-6.
- Schütz, Alfred. (1995). *El sentido común y la interpretación científica de la acción humana* en Schütz Alfred (1953). *El problema de la realidad social*, Amorrortu. Argentina.
- Tamez P, HE., Gonzalez O, E., Villanueva C, MA., Rocha M, J., Forsbach S, G (2003). Impacto del nuevo criterio para el diagnóstico de diabetes gestacional en la estimación de su prevalencia. *Revista de investigación clínica*, ISSN 0034-8376, ISSN-e 2564-8896, 55 (5). 507-510. Impacto del nuevo criterio para el diagnóstico de diabetes gestacional en la estimación de su prevalencia - Dialnet (unirioja.es).
- Valdivieso L, O F y Serrano P, O R. (2023). *Estrategias de resiliencia desarrolladas por pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de grado. Universidad Técnica de Machala. VALDIVIESO LUNA OSCAR FERNANDO 015.pdf (utmachala.edu.ec).
- Vera U, JL., Loayza E, B K., Guarníz L, R E., León J, F E. (2023). Mitos y Creencias Sobre la Insulinoterapia en Pacientes con Diabetes Mellitus y sus Familiares de un Hospital del Norte del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 40(1):42-50. 10.17843/rpmesp.2023.401.12210. Myths and beliefs about insulin therapy in patients with diabetes mellitus and their family caregivers from a hospital in northern Peru, 2020 | *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
- Yi-Frazier, J., Smith, R., Vitaliano, P., Yi, J., Mai, S., Hillman, M., y Weinger, K. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in diabetes patients. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 1(26), 51-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20526415>.

Envejecimiento y diabetes: percepciones y experiencias de adultos mayores en relación con el conocimiento sobre su enfermedad

Citlalli Teresita De León Soto⁶
Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos⁷
Francisca Elizabeth Pérez Tovar⁸

Introducción

Este estudio tiene como objetivo explorar las percepciones y experiencias de adultos mayores con diabetes en relación con su conocimiento sobre la enfermedad. En México, la población está envejeciendo rápidamente, este fenómeno está alterando el panorama epidemiológico del país, con un aumento en enfermedades crónico-degenerativas entre los adultos mayores. Actualmente la diabetes mellitus afecta a 12.4 millones de personas, siendo tipo 2 la de mayor prevalencia en este grupo etario. Esta situación se agrava con el envejecimiento poblacional, estadísticamente existe relación entre la vejez con altos índices de morbilidad, identificando adultos mayores con presencia de diversas enfermedades crónico-degenerativas. Para el profesional del Trabajo Social, comprender la experiencia de vida de

⁶ Maestrante en Ciencias con Orientación en Trabajo Social en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

⁷ Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos. Docente e Investigadora de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

⁸ Francisca Elizabeth Pérez Tovar. Docente e investigadora de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

los adultos mayores con este diagnóstico, y entender su percepción respecto a su conocimiento sobre la diabetes, proporciona información valiosa sobre cómo enfrentan los retos que se les presentan; así como para la argumentación de una propuesta de intervención social. El paradigma metodológico utilizado es cualitativo, descriptivo, interpretativo, de tipo transversal, mediante un enfoque fenomenológico, con el muestreo intencional, seleccionando residentes en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México; la recopilación de datos es mediante entrevistas a profundidad. Los resultados previos muestran que la experiencia y la percepción de los sujetos del conocimiento sobre la diabetes varía, en relación con el acceso a la información médica, la motivación personal y el apoyo familiar; ya que juegan un papel importante en cómo enfrentan y manejan su condición, lo que impacta en la toma de medidas para el control de la enfermedad.

El fenómeno del envejecimiento poblacional constituye un desafío significativo a nivel global, afectando especialmente a las sociedades de América Latina. Este proceso ha alterado la demografía tradicional, resultando en una disminución del ritmo de crecimiento poblacional y, en algunos casos, tasas de crecimiento estancadas o negativas. Según Huenchuan (2018), este cambio demográfico es particularmente evidente en la región, lo que requiere una revisión urgente de las políticas públicas para adecuarlas a las necesidades de una población que envejece de manera acelerada. Aguirre Padilla, Arriaga Buena y Trujillo Pérez (2019) subrayan que los países están entrando en etapas avanzadas de envejecimiento, lo que impone desafíos críticos en términos de planificación social y económica, enfatizando la necesidad de adaptar las políticas gubernamentales para responder adecuadamente a estas nuevas realidades demográficas.

En este complejo panorama, el trabajo social se convierte en un componente esencial al atender las necesidades particulares de los adultos mayores. Estos individuos enfrentan desafíos únicos, que van desde problemas de salud hasta cuestiones de inclusión social y económica. La perspectiva de los propios adultos mayores es crucial

para comprender sus vivencias y expectativas, lo que a su vez facilita la provisión de un apoyo más efectivo y empático. Cid de León Bújanos et al. (2022) argumentan que abordar el envejecimiento desde la perspectiva de los actores involucrados enriquece nuestra comprensión sobre esta etapa de la vida, permitiendo trascender visiones tradicionales y promover un reconocimiento más integral de la diversidad y riqueza de experiencias dentro de este grupo poblacional.

Dada la prevalencia de condiciones crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 entre los adultos mayores, es fundamental entender cómo estos individuos manejan su salud y las implicaciones de vivir con una enfermedad crónica en una etapa avanzada de la vida. Según el Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (2021), aproximadamente el 10.5% de la población adulta mundial sufre de diabetes, y casi la mitad de estos individuos no está consciente de su condición. Este desconocimiento puede permitir que la enfermedad progrese sin un tratamiento adecuado, resultando en complicaciones graves a largo plazo que impactan severamente la calidad de vida de los pacientes y elevan los costos para los sistemas de salud.

Para el año 2045, se estima que uno de cada ocho adultos en el mundo, es decir, alrededor de 783 millones de personas, vivirá con diabetes, lo que representa un incremento del 46% respecto a las cifras actuales. Este aumento alarmante está impulsado por factores como la urbanización acelerada, el envejecimiento poblacional, la disminución de la actividad física y el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. La Federación Internacional de Diabetes (2021) subraya la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas de prevención y manejo para enfrentar este desafío emergente.

La adopción de medidas preventivas y la garantía de un diagnóstico temprano y atención adecuada son esenciales para mitigar el impacto adverso de la diabetes. Estas intervenciones son cruciales no solo para mejorar la calidad de vida de los afectados sino también para reducir la carga económica en los sistemas de salud. En el contexto específico

de México, y particularmente en Tamaulipas, la situación es especialmente crítica. La diabetes tipo 2 constituye un significativo desafío de salud pública, especialmente entre los adultos mayores. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021) indican que en 2021, Tamaulipas ocupó el decimosexto lugar en muertes por diabetes mellitus en México, con una tasa de 9.8 defunciones por cada 10 mil habitantes, lo que resalta la importancia de desarrollar intervenciones focalizadas y adaptadas a las características regionales.

En el ámbito de la salud, el trabajo social ha evolucionado considerablemente desde su concepción a principios del siglo XX, originándose como respuesta a las necesidades urgentes asociadas con enfermedades transmisibles, la pobreza y las cuestiones sanitarias. Como describen Gladden, Leininger y Doe (2017), esta disciplina comprende un conjunto de programas diseñados para identificar y mitigar los estresores sociales en poblaciones vulnerables. Los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial en este contexto, implementando medidas preventivas y enfrentando los desafíos sociales y de salud que impactan en las comunidades, un aspecto también destacado por Allen y Spitzer (2015).

En su labor diaria, los trabajadores sociales de salud se enfocan en identificar individuos necesitados, evaluar las necesidades de sus clientes y los contextos sociales en los que se desenvuelven, y desarrollar estrategias para mejorar su bienestar general. Este apoyo se extiende a ayudar a los individuos a adaptarse a los desafíos vitales, colaborar con las comunidades en programas de salud para prevenir enfermedades, asistir a los clientes en su interacción con agencias gubernamentales para acceder a beneficios y actuar en respuesta a crisis. Además, realizan un seguimiento continuo para asegurar la mejora en las condiciones de vida de sus clientes (Allen & Spitzer, 2015).

El trabajo social en salud también se centra en ofrecer apoyo emocional a pacientes y familias, luchando por políticas de salud más equitativas y contribuyendo significativamente al bienestar de las

comunidades, una función crítica que ha sido reconocida en múltiples publicaciones, incluyendo un artículo de Trabajo Social en Línea (2022).

Estos profesionales asumen una variedad de responsabilidades cruciales, desde evaluar las necesidades de salud mental y física de los pacientes hasta coordinar los recursos y apoyos necesarios y asesorar sobre las opciones de atención médica. También están capacitados para hacer referencias a especialistas, intervenir en situaciones de crisis, y ofrecer terapia y consejería, roles que son especialmente importantes durante el alta hospitalaria y en la colaboración con equipos de tratamiento. La incorporación de trabajadores sociales en equipos médicos es apreciada por su contribución a mejorar los resultados de salud mediante una atención más coordinada y comprensiva (Trabajo Social en Línea, 2022).

Además de abordar el diagnóstico médico, los trabajadores sociales evalúan aspectos como el ambiente familiar y las condiciones socioeconómicas del paciente, permitiéndoles identificar y superar barreras que podrían afectar negativamente el bienestar del individuo. Este enfoque integral garantiza una atención más completa y efectiva (Trabajo Social en Línea, 2022).

Los trabajadores sociales son fundamentales para ayudar a los pacientes y a sus familias a gestionar el estrés, la ansiedad y otras emociones desafiantes que surgen durante episodios de enfermedad o crisis de salud. Estas intervenciones no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sino que también refuerzan los sistemas de apoyo familiar y comunitario. Además, el trabajo social en salud se involucra activamente en la promoción de la justicia social y la equidad en el acceso a la atención médica, abogando por políticas y programas que aborden las disparidades en salud y fomenten un acceso equitativo a los servicios médicos. Colaborando con organizaciones comunitarias y gubernamentales, estos profesionales buscan crear sistemas de salud más inclusivos y accesibles.

La integración de trabajadores sociales en equipos de atención médica interdisciplinarios es cada vez más valorada por su capacidad para navegar sistemas complejos y su enfoque centrado en el paciente, complementando la labor de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para optimizar los resultados de salud a largo plazo. En conjunto, el trabajo social en salud es vital para fomentar un enfoque de atención médica más compasivo, completo y equitativo (Trabajo Social en Línea, 2022).

Este estudio se propone profundizar en la comprensión de las percepciones y experiencias de los adultos mayores en Tamaulipas respecto a su conocimiento sobre la diabetes, con el fin de identificar las principales barreras y facilitadores para un manejo efectivo de esta enfermedad crónica. Dada la creciente prevalencia de la diabetes, especialmente entre los adultos mayores, este trabajo busca explorar cómo las intervenciones desde el campo del trabajo social pueden contribuir significativamente al manejo de la enfermedad, proporcionando soporte emocional, asesoramiento y coordinación de recursos, lo que es fundamental para mejorar los resultados de salud en esta población.

El trabajo social en salud juega un papel crítico en la atención integrada, especialmente en la promoción de un enfoque holístico que considera no solo los aspectos médicos de la diabetes, sino también los determinantes sociales y emocionales que impactan en el manejo de la enfermedad. Los trabajadores sociales son esenciales para abordar las necesidades complejas de los adultos mayores, facilitando el acceso a recursos de salud, apoyo emocional y educación sobre la enfermedad, que son cruciales para la autogestión efectiva de la diabetes (Trabajo Social en Línea, 2022).

Además, la implementación de programas que integran el trabajo social en los equipos de cuidado de salud puede mejorar significativamente la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes, al proporcionar una atención más coordinada y comprensiva. Los trabajadores sociales, mediante su participación en la

planificación y ejecución de estrategias de intervención, aseguran que las políticas y programas no solo sean médicamente adecuados sino también socialmente justos, promoviendo la equidad en el acceso a los cuidados y apoyo necesario para los adultos mayores (Gladden, Leininger & Doe, 2017; Allen & Spitzer, 2015).

Por lo tanto, se espera que los hallazgos de este estudio contribuyan al desarrollo de políticas y programas más efectivos que aborden de manera específica las necesidades de esta población en crecimiento, enfocándose en la prevención y el control de la diabetes para mejorar los resultados de salud en la región. Este enfoque no solo resalta la importancia de la medicina clínica en el manejo de la diabetes, sino que también subraya el valor del trabajo social en salud para asegurar un enfoque integral y multidisciplinario en la atención y bienestar de los adultos mayores en Tamaulipas.

Para ello, se busca explorar la percepción y vivencia de la diabetes mellitus tipo 2 entre los adultos mayores, con un enfoque particular en su grado de conocimiento acerca de su condición. Asimismo, desentrañar cómo el entendimiento que los adultos poseen sobre la diabetes y su afectación de la administración de su enfermedad y su calidad de vida. Este análisis facilitará una mayor comprensión de cómo el conocimiento del paciente sobre su patología interactúa con sus tácticas para manejarla, buscando así mejorar sus resultados en términos de salud y bienestar.

Marco teórico para fundamentar el problema

La integración de la *Teoría del Autocuidado* y la *Teoría de la Autodeterminación* proporciona un marco sólido para comprender cómo los adultos mayores gestionan su diabetes. Utilizando estas teorías, podemos profundizar en cómo los adultos mayores comprenden y manejan su salud en el contexto de la diabetes. Esta comprensión teórica ofrece una base para explorar las actitudes y estrategias que los adoptan frente a su condición médica.

Teoría del Autocuidado de Orem

Esta teoría propone que los individuos tienen la capacidad de cuidarse a sí mismos cuando poseen el conocimiento y habilidades necesarias. Es posible investigar cómo los adultos mayores con diabetes valoran su habilidad para manejar su salud y el impacto que su nivel de conocimiento sobre la enfermedad tiene en su autocuidado.

Orbe (2022) examina la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, destacando sus componentes principales: la teoría del autocuidado, que explica por qué y cómo las personas llevan a cabo su autocuidado; y la teoría del déficit de autocuidado, que analiza el rol de los profesionales de la salud en apoyar a los pacientes con sus necesidades de autocuidado. La implementación de esta teoría en el manejo de la diabetes mellitus ha mostrado mejoras significativas en el autocuidado de los pacientes, como una mayor atención y dedicación al control de la glucemia y al seguimiento de tratamientos farmacológicos, dietéticos y de ejercicio. Orbe Díaz también menciona que la duración de la enfermedad afecta profundamente cómo los pacientes adaptan sus prácticas de autocuidado, variando según su estado de salud y las etapas de su vida.

Velasco, Cajape, Cunalema y Vargas (2021) interpretan la visión de Dorothea Orem sobre el autocuidado como una serie de acciones que una persona realiza para promover y mantener su vida, salud y bienestar. Según Orem, los seres humanos son entidades dinámicas con libre albedrío, lo que sugiere que cada persona tiene una forma única de comprender y practicar el autocuidado, que se refleja en sus percepciones personales.

Naranjo, Pacheco y Avila (2019) abordan la teoría del autocuidado desarrollada por Dorothea Elizabeth Orem en 1969, considerándola una actividad aprendida orientada hacia objetivos específicos. Esta teoría sostiene que los individuos desempeñan un rol activo en la gestión de su salud y bienestar a través de comportamientos específicos ajustados a sus condiciones vitales. Orem define varios

requisitos de autocuidado necesarios para el mantenimiento de la salud, incluyendo cuidados universales, del desarrollo y relacionados con desviaciones de la salud debido a condiciones crónicas.

Asimismo, Naranjo, Pacheco y Rodríguez (2017) destacan la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem, enfatizando que se trata de un comportamiento aprendido dirigido a objetivos específicos de salud y bienestar. La teoría estructura su enfoque en principios que guían a los individuos en el manejo efectivo de su salud, centrandó la atención en prácticas esenciales de autocuidado para mantener una buena salud. Para un adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, esta teoría ofrece un marco útil para comprender y estructurar sus prácticas de autocuidado, especificando las actividades necesarias para gestionar su condición de manera eficaz, teniendo en cuenta sus circunstancias de vida y necesidades de salud. Además, la teoría considera factores condicionantes clave como la edad, el género y el contexto sociocultural, facilitando la adaptación de las prácticas de autocuidado a las necesidades individuales, lo que puede llevar a una mejora significativa en su calidad de vida y en el control de su condición diabética.

Teoría de la Autodeterminación

Esta teoría sugiere que las personas poseen una inclinación natural hacia el crecimiento, la integración y el bienestar. Puede ser interesante investigar cómo el conocimiento sobre la diabetes impacta en cómo los adultos mayores ven su capacidad de llevar una vida completa y satisfactoria, a pesar de la enfermedad.

Stover et al. (2017) ofrecen un análisis exhaustivo de la Teoría de la Autodeterminación, desarrollada por Deci y Ryan. Esta teoría se caracteriza por su énfasis en cómo las necesidades psicológicas básicas y los procesos de motivación afectan el comportamiento humano hacia el desarrollo personal y la salud. Esta perspectiva, que va más allá de ver la motivación simplemente como una respuesta a estímulos externos, incorpora elementos conductuales y humanistas, y subraya la

importancia de estudios empíricos para entender al ser humano como un ser activo y autodeterminado. Deci y Ryan (1985) argumentan que la autodeterminación es una interacción dinámica entre el individuo y su entorno, que puede ser facilitada o dificultada por factores sociales y personales. Propusieron un modelo dialéctico-orgánico que toma en cuenta tanto influencias internas como externas en la motivación humana, aplicable en diversos contextos culturales y situacionales.

García, López- y Días (2015) exploran la aplicación de la *Teoría de la Autodeterminación* a comportamientos de salud como el ejercicio, la nutrición y la gestión de enfermedades crónicas, como la diabetes. Según esta teoría, el autocuidado es un comportamiento aprendido y dirigido hacia la promoción de la salud y el bienestar, que se desarrolla a lo largo de la vida en respuesta a las circunstancias personales. La motivación para el autocuidado puede ser tanto intrínseca, derivada del placer y la satisfacción personal, como extrínseca, impulsada por factores externos o recompensas. La teoría también se divide en subteorías que explican cómo las personas integran estas motivaciones para formar un enfoque coherente hacia el autocuidado.

Ryan y Deci (2000) presentaron la *Teoría de la Autodeterminación*, destacando su relevancia en el análisis de la motivación humana y la personalidad a través de una lente que valora la evolución de recursos internos para el desarrollo personal y la autorregulación conductual. La teoría examina cómo las necesidades psicológicas innatas afectan la autodeterminación y la integración de la personalidad, considerando tanto las condiciones que favorecen como aquellas que pueden obstaculizar estos procesos. A través de la investigación empírica, identificaron tres necesidades fundamentales —competencia, relación y autonomía— esenciales para el bienestar óptimo y personal. Además, estudian cómo los factores ambientales pueden afectar negativamente la automotivación y el bienestar, y sugieren que la frustración de estas necesidades básicas puede explicar eficientemente estos efectos adversos. Así, la Teoría de la Autodeterminación proporciona un marco útil no solo para comprender las tendencias positivas en el desarrollo

humano, sino también para evaluar los contextos sociales que pueden contrarrestar estos procesos.

Análisis metodológico del estudio

En este estudio, se aplicó la metodología con enfoque cualitativo, respaldado por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) como particularmente efectivo para investigar fenómenos desde la perspectiva de los individuos afectados, permitiendo la identificación de patrones y diferencias en sus experiencias y significados. Álvarez-Gayou (2003) destaca que esta metodología adopta un enfoque holístico, considerando a las personas y sus contextos en su totalidad, en lugar de fragmentarlos en variables independientes. Siguiendo esta línea, Krause, mencionado por Gallardo Echenique (2017), señala que la labor principal de un investigador en este campo es examinar cómo los individuos interpretan su realidad y el significado que otorgan a sus experiencias.

Ñaupas et al. (2018) describen la investigación descriptiva como enfocada en la recolección preliminar de datos para analizar características y clasificaciones de diversos sujetos y procesos, tanto sociales como naturales. Esta metodología, según Gay (1996), se utiliza principalmente para probar hipótesis o responder a preguntas sobre la situación actual de los sujetos investigados, ofreciendo una descripción meticulosa de sus estados o características. De manera similar, Arias (2006), citado por Gallardo Echenique (2017), y Tamayo (2003) coinciden en que esta fase de investigación está dedicada a detallar y especificar las propiedades de individuos, grupos, y procesos para comprender su estructura o dinámica.

Polanía Reyes et al. (2020) y Santa Palella Stracuzzi junto a Pestana (2003) caracterizan los estudios transversales como métodos de investigación observacional que evalúan la prevalencia de condiciones en poblaciones específicas en un momento dado, permitiendo el análisis de datos de diferentes grupos etarios sin modificar las variables involucradas. Estos estudios tienen como objetivo recolectar datos en

un momento puntual para describir variables y examinar sus interacciones e impactos en ese instante.

Álvarez (2011) resalta que la fenomenología en la investigación cualitativa se centra en el estudio de las experiencias vividas desde una perspectiva de primera persona, intentando comprender cómo las personas experimentan el mundo y los significados que atribuyen a esas experiencias. Smith (2009), citado por Duque y Aristizábal Diaz-Granados (2019), introduce el Análisis Fenomenológico Interpretativo que se enfoca en cómo los individuos interpretan sus experiencias personales, enfatizando los significados únicos para cada persona. Howitt y Cramer (2011), también citados por los mismos autores, afirman que este método se dedica a detallar y entender las experiencias individuales a través de los significados que las personas les otorgan.

Morse y Richards (2002), mencionados por Tamayo (2003), subrayan dos principios importantes de la fenomenología: las percepciones como reflejos auténticos de cómo las personas realmente experimentan el mundo, y la existencia humana como inherentemente significativa y conectada con una conciencia de sí mismo y del entorno. Finalmente, Izcará Palacios (2014) destaca que el muestreo intencional en la investigación cualitativa facilita estudios detallados y la comprensión de fenómenos sociales, seleccionando casos ricos en información, aunque no de manera aleatoria.

Desarrollo metodológico del estudio

Álvarez-Gayou (2003) resalta que, en la *investigación cualitativa*, comprender en profundidad las experiencias de los individuos estudiados es más crucial que la capacidad de generalizar los resultados, dando prioridad a la autenticidad sobre la validez convencional. En este marco, la muestra seleccionada para el estudio consta de tres adultos mayores afectados por diabetes mellitus tipo 2. Por su parte, Ruiz (2012) describe el muestreo intencional como una

técnica que se desvía del azar y se fundamenta en decisiones deliberadas del investigador, quien escoge a los participantes basándose en criterios estratégicos y personales como la accesibilidad y la relevancia, facilitando la inclusión de personas que están fácilmente disponibles o que han sido parte de investigaciones anteriores.

Instrumento

Se implementó el método de la entrevista cualitativa no estructurada, también reconocida como entrevista en profundidad. Barraza Macías (2023) describe este enfoque como un diálogo directo y significativo entre el investigador y los entrevistados, que permite explorar las creencias, pensamientos y valores subjetivos de los participantes. Este formato de entrevista se caracteriza por su flexibilidad, sin seguir un conjunto de preguntas predeterminadas, lo que otorga a los entrevistados la libertad de expresar sus respuestas de manera espontánea. Esto contribuye a adaptar la entrevista a las necesidades específicas del estudio y a las características individuales de los entrevistados. Del Rincón et al. (1995) indican que no se necesita un guion estricto, sino uno o dos temas iniciales que fomenten una conversación profunda y reflexiva. Báez (2014) aconseja que el proceso evolucione de lo general a lo específico y de lo simple a lo complejo, centrando la atención gradualmente en aspectos personales a partir de temas más impersonales o generales.

Procedimiento de recogida y análisis de los datos

En este estudio, se adoptó un enfoque meticuloso y ético para la recogida y análisis de datos. Se seleccionaron deliberadamente tres adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Ciudad Victoria, elegidos por su potencial para aportar información valiosa sobre el tema. Este método de muestreo intencional, recomendado en la investigación cualitativa, prioriza la calidad y profundidad de los datos sobre la generalización estadística, como señalan Coyne (1997) y Ruiz (2003).

El proceso de recogida de datos comenzó con la obtención del consentimiento informado de cada participante, asegurando que estuvieran completamente informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir, sus derechos como participantes y las medidas tomadas para preservar su confidencialidad y anonimato. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión específicos, seleccionando a personas mayores de 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y residentes en Ciudad Victoria, que estuvieran dispuestas a participar en entrevistas en profundidad. Se excluyó a individuos menores de 60 años, diagnosticados con diabetes tipo 1, aquellos con incapacidad cognitiva severa y no residentes de Ciudad Victoria.

Las entrevistas realizadas fueron cualitativas y no estructuradas, permitiendo una exploración profunda de las creencias, pensamientos y valores de los participantes en relación con el manejo de su diabetes. Este enfoque facilitó la captura de datos ricos y detallados, proporcionando una base sólida para comprender profundamente el autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2 en Ciudad Victoria. Este procedimiento metodológico no solo cumplió con los más altos estándares éticos, sino que también alineó el estudio con los objetivos de la investigación cualitativa, permitiendo obtener percepciones significativas sobre las prácticas de autocuidado en este grupo poblacional.

La técnica del análisis de contenido fue clave para el estudio, como lo describen Izcara (2014), debido a su capacidad para tratar de manera sistemática y objetiva grandes cantidades de información textual. A pesar de que los programas computacionales ofrecen ciertas ventajas para organizar y explorar los datos cualitativos, la metodología preferida siguió siendo el trabajo manual del investigador, destacando la importancia de mantener un alto grado de flexibilidad en el análisis para capturar la riqueza de los datos y entender el significado contextual de las palabras utilizadas por los participantes.

Resultados preliminares

En el análisis de las entrevistas en profundidad, sobre el conocimiento y experiencia respecto a la diabetes, emergieron temas comunes que ilustran variadas experiencias y percepciones individuales sobre esta condición crónica. Los participantes describieron cómo descubrieron que tenían diabetes, algunos a través de exámenes médicos de rutina y otros debido a la manifestación de síntomas físicos, señalando que el diagnóstico puede ocurrir en diferentes etapas de la vida.

E-2 "pues en pláticas, que hemos tenido en el centro de salud, fue como yo me di cuenta de la diabetes";

E-3 "Pues traía 500 de azúcar, que de allá del hospital ya no me quisieron dejar venir sola, me vinieron a dejar. Pero yo no sabía qué era lo que tenía, o sea, pues no decía yo, ¿pues qué tengo y qué tengo?, Eso fue lo que yo sentía. La boca seca, bastante sed y desfuerzada."

Este descubrimiento a menudo llevó a cambios significativos en sus estilos de vida, especialmente en la dieta, donde muchos redujeron la ingesta de azúcares y alimentos no saludables, mostrando una conciencia creciente sobre la importancia de una alimentación saludable para gestionar su enfermedad.

E-1"ahora me tomo dos litros, pero de agua, cada ocho horas";" ya empecé a tomar menos refresco con azúcar o ya me sabía mal la azúcar en mi organismo".

Además, los entrevistados enfatizaron la importancia de mantener una actitud positiva y de participar en actividades físicas o laborales que ayuden a mantenerse activos, lo que es beneficioso en el manejo de la diabetes.

E-2 *"pues yo me reúno en un club de abuelitos, ahí nuestra mente la ponemos a trabajar, en otras cosas"*.

Discutieron también sus rutinas de medicación y otros tratamientos utilizados para mejorar su salud, subrayando la necesidad de adherirse a los tratamientos establecidos, a pesar de las dudas iniciales que algunos experimentaron al inicio.

E-3 *"Sí, desde entonces no lo he dejado de tomar y a veces que lo dejo de tomar, me vuelvo a sentir mal y otra vez a tomar"*.

La percepción de la enfermedad entre los participantes fue mayormente positiva; expresaron sentirse en control de su condición y no limitados por ella, manteniendo un sentido de optimismo hacia el futuro.

E-1 *"¡tengo azúcar no puedo hacer nada!, como chingados no, tú mismo te deprimas y crees que ya te vas a morir"*,

E-2 *"ahí nos dan pláticas y pues todas sus pláticas nos sirven porque pues nos dan ánimo de seguir adelante y convivir con otras personas, verdad"*.

Además, muchos mencionaron la presencia de diabetes en otros miembros de la familia, indicando una posible predisposición genética, y destacaron el apoyo familiar y social como crucial en el manejo efectivo de la diabetes.

E-1 *"pues mi mamá, la que me la pego, y me dio mucha azúcar (risas), es la que tiene diabetes"*.

Los participantes reflexionaron sobre cómo la diabetes ha impactado sus vidas y las de sus seres queridos, encontrando en la fe y la espiritualidad fuentes de fortaleza y consuelo frente a los desafíos.

E-1 *"me siento perfecto"*,

E-2 "*yo nunca, nunca anduve con miedo, yo siempre confiada Dios*",

E-3 "*Yo doy gracias a Dios ya por la vida que me dio*".

Estas historias personales no solo revelan la complejidad de vivir con una enfermedad crónica, sino que también destacan la importancia del autocuidado, la adherencia al tratamiento y el apoyo social para manejar exitosamente la condición.

En conjunto, estas narrativas refuerzan la necesidad de un enfoque holístico en el tratamiento de la diabetes que incluya tanto el bienestar físico como el emocional.

Discusión interpretativa de discursos de los informantes y explicación teórica

En el marco teórico de la investigación, se analiza cómo los adultos mayores gestionan su salud en el contexto de la diabetes mediante la aplicación de diversas teorías relevantes. Una teoría clave es la del Autocuidado de Orem, que es esencial en el entendimiento de cómo los individuos con conocimientos y habilidades adecuadas pueden realizar autocuidado efectivo.

Orbe (2022) y Yanez et al. (2021) destacan que esta capacidad se manifiesta en la manera en que los adultos mayores con diabetes adaptan sus hábitos de dieta y ejercicio después del diagnóstico, resaltando la importancia de una nutrición adecuada y la actividad física para el manejo eficaz de su condición. Además, se observa cómo la duración de la enfermedad influye en la adaptación y evolución de sus prácticas de autocuidado.

Por otro lado, la Teoría de la Autodeterminación, desarrollada por Deci y Ryan (1985) y examinada en el ámbito de la salud por García et al. (2015), propone que los individuos poseen una inclinación natural

hacia el crecimiento y el bienestar. Esta perspectiva se utiliza para comprender cómo la motivación, tanto intrínseca como extrínseca, juega un papel crucial en la forma en que los adultos mayores afrontan retos crónicos de salud como la diabetes. Los resultados de este estudio indican que los participantes exhiben una motivación intrínseca robusta para mantener un estilo de vida activo y saludable, lo cual es vital para su bienestar a largo plazo.

Ambas teorías ofrecen un marco conceptual robusto para explorar y comprender las estrategias mediante las cuales los adultos mayores manejan su diabetes. Estos enfoques teóricos subrayan la importancia de un manejo holístico de la enfermedad, que debe incluir no solo la atención médica adecuada sino también el apoyo emocional y social necesario para sostener efectivamente las prácticas de autocuidado y fomentar una vida satisfactoria a pesar de los desafíos de la enfermedad.

En la discusión de los resultados, se observa que las experiencias de los adultos mayores con diabetes coinciden con diversas teorías reconocidas. Según la Teoría del Autocuidado de Orem, quienes disponen de conocimiento y habilidades adecuadas son capaces de autocuidarse (Orbe Díaz, 2022). Esto se evidencia en los cambios significativos que los participantes han implementado en sus hábitos de dieta y ejercicio tras ser diagnosticados, resaltando la importancia de una nutrición apropiada y actividad física para el manejo de la diabetes. Además, la capacidad de adaptación y el aprendizaje continuo acerca de su condición que reportan los participantes demuestran cómo la duración de la enfermedad influye significativamente en la adaptación de sus prácticas de autocuidado, un aspecto también destacado por Orbe Díaz (2022).

Los resultados revelan además que los participantes han desarrollado resiliencia emocional y mantienen una actitud positiva ante la vida, aspectos esenciales para el manejo diario de la diabetes. Estas experiencias se alinean con el enfoque de Dorothea Orem sobre el autocuidado, que subraya la autonomía y la capacidad personal de

gestionar la salud, reflejando así sus percepciones individuales (Velasco et al., 2021).

Por otro lado, la Teoría de la Autodeterminación propuesta por Deci y Ryan (1985) se refleja en las narrativas de los participantes, indicando que los individuos tienen una tendencia natural hacia el crecimiento y el bienestar. El estudio de García et al. (2015) sobre esta teoría en el ámbito de la salud resalta la importancia de la motivación, tanto intrínseca como extrínseca, en cómo las personas enfrentan retos crónicos de salud como la diabetes. Los participantes de este estudio exhiben una fuerte motivación intrínseca para mantener un estilo de vida activo y saludable, crucial para su bienestar a largo plazo.

Estos hallazgos no solo validan las teorías mencionadas, sino que también enfatizan la necesidad de un enfoque holístico en el manejo de la diabetes en adultos mayores. Este enfoque debe incluir apoyo emocional y social, como sugieren Naranjo, Pacheco, y Rodríguez (2017), para respaldar efectivamente las prácticas de autocuidado y promover una vida satisfactoria a pesar de la enfermedad.

La integración de la Teoría del Autocuidado y la Teoría de la Autodeterminación proporciona un marco sólido para comprender cómo los adultos mayores gestionan su diabetes. Los descubrimientos de este estudio destacan la importancia del conocimiento, la adaptabilidad y el apoyo continuo de los profesionales de la salud para facilitar un manejo eficaz de la diabetes, reflejando la complejidad y multidimensionalidad del autocuidado en este grupo poblacional.

Conclusiones

Este estudio ha arrojado luz sobre el conocimiento y la experiencia de vivir con diabetes entre los adultos mayores. Los resultados destacan la variedad en cómo y cuándo se diagnostica la enfermedad, mostrando que la edad de diagnóstico y las circunstancias varían

ampliamente. Esto subraya la importancia de implementar estrategias de detección temprana que cubran distintas poblaciones y contextos.

La investigación también pone de relieve la importancia de adoptar cambios en el estilo de vida después del diagnóstico, particularmente en la dieta y el ejercicio. Estos cambios son fundamentales para controlar la diabetes y pueden mejorar significativamente la calidad de vida de quienes viven con esta condición.

Los entrevistados mostraron una resiliencia emocional notable y una actitud positiva hacia la vida, aspectos clave para manejar los retos diarios de la enfermedad. Esta actitud, junto con el apoyo de la familia y las redes sociales, se identifica como esencial para un manejo efectivo de la diabetes.

El tratamiento y su seguimiento también son temas cruciales; aunque puede haber dudas iniciales, la aceptación y adaptación a un régimen médico adecuado resultan ser posibles y beneficiosos. La forma en que los pacientes perciben su enfermedad y su sensación de control sobre la misma reflejan una adaptabilidad y aceptación importantes para la gestión eficaz de la diabetes.

Este estudio no solo refleja la complejidad de enfrentar la diabetes en la vejez, sino que también enfatiza la importancia del autocuidado, la adherencia al tratamiento y el apoyo social. Futuras investigaciones deberían profundizar en cómo estas variables interactúan a lo largo del tiempo y cómo los programas de intervención pueden diseñarse de manera más efectiva para apoyar a los adultos mayores en su manejo de esta enfermedad crónica.

Referencias

Aguirre Padilla, A. D., Arriaga Buena, R. A., & Trujillo Pérez, M. de los Á. (2019). Envejecimiento y dependencia. En *Redes temáticas y*

- perspectivas de intervención de trabajo social en la nueva era* (p. 209).
<https://www.mitrabajoessocial.com/redes-tematicas-y-perspectivas-de-intervencion-de-trabajo-social-en-la-nueva-era/>
- Álvarez, C. A. M. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana.
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-lainvestigacion.pdf>.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*.
<https://mayestra.files.wordpress.com/2013/03/bibliografc3ada-de-referencia-investigac3b3n-cualitativa-juan-luis-alvarez-gayou-jurgenson.pdf>
- Barraza Macías, A. (2023). *Metodología de la investigación cualitativa. Una perspectiva interpretativa*. Benessere. Centro de Intervención para el Bienestar Físico y Mental A.C.
<http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/MetodologiaInvestigacion.pdf>
- Cid de León Bújanos, B. G., Pérez Tovar, F. E., González Vázquez, J. C., & Gámez Ricardi, V. (2022). Trabajo social y envejecimiento: reflexiones desde los propios actores, una trascendencia de vida. En *Envejecimiento en México: una mirada desde Trabajo Social* (pp. 13-35). Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.
<https://www.acanits.org/assets/img/libros/Envejecimiento.pdf#page=13>
- Consejo Nacional de Población. (02 de junio de 2017). Envejecimiento en México. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/conapo/articulos/envejecimiento-en-mexico?idiom=es>
- Duque, H., & Aristizábal Díaz Granados, E. T. (2019). *Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología*. Pensando Psicología.
<https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Federación Internacional de Diabetes. (s.f.). Datos y cifras sobre la diabetes. <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
- Gallardo Echenique, E. E. (2017). *Metodología de la Investigación: manual autoformativo interactivo*. Huancayo: Universidad Continental.

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf

García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, Á., López-Sánchez, C., & Dias, P. (2015). CONFIGURACIÓN TEÓRICA DE LA MOTIVACIÓN DE SALUD DESDE LA TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN. *Salud y drogas*, 15(2), 151-159. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83941419006>

Gladden, R., Leininger, M., & Doe, S. (2017). El trabajo social y el sistema de atención a la salud. En *Introducción al trabajo social*. LibreTexts. [https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Trabajo_Social_y_Servicios_Humanos/Introducci%C3%B3n_al_Trabajo_Social_\(Gladden_et_al.\)/01%3A_Cap%C3%ADtulos/1.09%3A_El_trabajo_social_y_el_sistema_de_atenci%C3%B3n_a_la_salud](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Trabajo_Social_y_Servicios_Humanos/Introducci%C3%B3n_al_Trabajo_Social_(Gladden_et_al.)/01%3A_Cap%C3%ADtulos/1.09%3A_El_trabajo_social_y_el_sistema_de_atenci%C3%B3n_a_la_salud)

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza Torres, C.P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial McGraw-Hill Interamericana, SA de CV. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65000949/METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_LAS_RUTA-libre.pdf?1606028883=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMETODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_LAS_RUTA.pdf&Expires=1712959978&Signature=au01kt~mXV6DNnh3A8WLMZRTWffM1urWAu9x1QB6FXyZTQY0H6nAKF3KtrdapaRJKfxK93K8P1L2Em~~td4wvpUrlGgiQzhXq5tts94~GNzGRujmkUfRHsiZGWzbLpsOKp021hkPxBKIsih-ZVsQ1TshOckLgEg2Nvy6OdOhkmGNn8lmjrMudil8~tRzEd41sNKH1rt-l-l~UMA7rjeJNsZGknW3oX~Y6UaTwcSHwFkr0tSK0VrL7hknVd8jvn7FE-t2igD1dAeb-3EODbE2BuN9MkcBnypaN-VVrFEyRTDeKFWwt74mNsy-QsjCK00jFfaPhdqycz1iawwl~1UPQA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65000949/METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_LAS_RUTA-libre.pdf

- Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (13 de noviembre de 2020). Diabetes mellitus en personas mayores. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/diabetes-mellitus-en-personas-mayores?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021). *Programa de atención integral para el envejecimiento* [PDF]. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/753011/20_PI_I_NAPAM_AyR21.PDF
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (s.f.). Beneficios. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/beneficios-test>
- Izcara Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Fontamara. <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4613>
- Milenio. (29 de abril de 2023). Adultos mayores encabezan lista de muertes por diabetes en Tamaulipas. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/adultos-mayores-encabezan-lista-muertes-diabetes-tamaulipas>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J., & Avila Sánchez, M. (2019). Adaptación de la teoría de Dorothea Orem a personas con diabetes mellitus complicada con úlcera neuropática. *Revista Cubana de Enfermería*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2019/cnf191m.pdf>
- Ñaupas, H., Valdivia Dueñas, M. R., Palacios Vilela, J. J., & Romero Delgado, H. E. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (5a ed.). Ediciones de la U. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf
- Orbe Díaz, J. J. (2022). *Autocuidado en pacientes y usuarios con diabetes mellitus tipo II, según Dorothea Orem*. Hospital San Luis de Otavalo

- 2022 [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte].
<https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/13286>
- Polanía Reyes, C., Cardona Olaya, F., Castañeda Gamboa, G., Vargas, I., Calvache Salazar, O., & Abanto Vélez, W. (2020). *Metodología de investigación cuantitativa & cualitativa*. Institución Universitaria Antonio José Camacho.
<https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/596>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. (5a ed.). Universidad de Deusto.
https://padletuploads.storage.googleapis.com/650896746/789220c3d9ae17def46dc78cf11e96bb/Metodologia_de_la_investigacion_cualitativa.pdf
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). La teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social, y el bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
https://kibbutz.es/wp-content/uploads/2000_ryandeci_spanishampsych.pdf
- Santa Paella Stracuzzi, & Pestana, F. M. (2003). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Fondo editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
<https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2015/09/metodologica-de-la-investigacion-cuantitativa-3ra-ed-2012-santa-paella-stracuzzi-feliberto-martins-pestana.pdf>
- Stover, J. B., Bruno, F. E., Uriel, F. E., & Fernández Liporace, M. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14(2), 105-115.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483555396010>
- Tamayo, M. (2001). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=BhymmEqkkJwC&oi=fnd&pg=PA11&dq=metodologia+de+la+investigacion+tamayo&ots=Tt6Dfm-8IM&sig=IWK1sDvjyLxL2G4WvFTqIfjJwM#v=onepage&q=metodologia+de+la+investigacion+tamayo&f=false>

Trabajo Social en Línea. (2022). Trabajo social en salud. Trabajo Social en Línea. <https://trabajosocialenlinea.com/blog/trabajo-social-en-salud/>

Universidad Pablo de Olavide. (02 de abril de 2024). Trabajo social en el ámbito sanitario: Apoyo integral para la salud. <https://www.upo.es/formacionpermanente/trabajo-social-en-el-ambito-sanitario-apoyo-integral-para-la-salud/>

Velasco-Yanez, R. J., Cajape-Quimis, J. C., Cunalema-Fernández, J. A., & Vargas-Aguilar, G. M. (2022). Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud. *Gerokomos*, 33(3), 145-149. Epub 31 de julio de 2023. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300003&lng=es&tlng=es.

Nivel de habilidades sociales en mujeres participantes en el proyecto Bienestar Comunitario en Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán

Nancy Guadalupe Uc Escobedo⁹

María Ermila Moo Mezeta¹⁰

Josué Méndez Cano¹¹

Introducción

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de habilidades sociales (HHSS) que posee la población de mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2) registradas en el Censo Nominal de pacientes con diabetes de la Unidad Médica Rural número 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán (2015) y que se encuentran inmersas en el proyecto "Bienestar Comunitario". A través del enfoque metodológico cuantitativo no experimental; tipo de diseño transversal descriptivo. Las técnicas han sido: barrido de área, visita domiciliaria, rapport, diálogo informal, observación, encuesta y análisis.

Entre los resultados se encuentra que las mujeres con DT2 de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán poseen un nivel medio

⁹ Licenciada en Trabajo Social, Facilitadora de actividades de prevención de las violencias en la Secretaría de las Mujeres del Gobierno del Estado de Yucatán.

¹⁰ Profesora de Carrera en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

¹¹ Profesora de Carrera en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

alto de habilidades sociales con una media general de 195.19; Del total, el 59.1% de la población presentó un nivel medio alto, el 22.7% un nivel alto y un 18.2% un nivel medio.

Asimismo, las áreas de habilidades sociales que obtuvieron un nivel alto fueron las alternativas para hacer frente al estrés y de planificación de actividades para su autocuidado, por otro lado, las áreas que obtuvieron un nivel medio han sido las habilidades de diálogo, de participación, relacionadas con los sentimientos y las alternativas a la agresión.

Derivado de lo anterior, el área que obtuvo un mayor puntaje ha sido de planificación para su autocuidado, en contraste, el área con menor puntaje fue la de participación.

Palabras clave: Habilidades, mujeres, diabetes tipo 2

Preámbulo, habilidades sociales

Las Habilidades Sociales (HHSS) resultan ser una de las mejores herramientas de conducta que tiene a su alcance el ser humano, cada vez son más las personas interesadas en mejorar este conjunto de prácticas puesto que conlleva en su ejercicio una serie de beneficios de índole personal, familiar y social, tales como, mayor confianza en uno mismo/a, mayor facilidad de lograr objetivos, interacción asertiva con los demás, control de la conducta e implicación en la toma de decisiones personales e interpersonales.

Puesto que las HHSS posibilitan la mejora en el bienestar de las personas, surge el interés por determinar el nivel de habilidades sociales que poseen las mujeres de una comunidad yucateca actualmente nombrada Tixcaltuyub situado en el municipio de Yaxcabá. El objetivo principal por el cual se decide abordar en el tema es impulsar el entrenamiento de estas habilidades en personas adultas y también en el ámbito comunitario.

Ahora bien, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) la Diabetes ocupa la segunda causa de mortalidad en el país, y a pesar de tomar medidas necesarias para reducir la magnitud del problema, se prevé que la cantidad de personas con este padecimiento aumente. Este dato coincide con lo publicado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2015) el cual determinó un aumento en la prevalencia de diabetes de los mexicanos en comparación al año 2012.

Con base al perfil de los países para la Diabetes de la OMS, en el año 2016 fueron 23, 100 hombres y 22, 000 mujeres de entre 30 y 69 años fallecidas a causa de la diabetes, adicionalmente perdieron la vida 17, 600 hombres y 24, 300 mujeres mayores a los 70 años por la misma causa. A pesar de que 87.7% de los adultos con diabetes entrevistados respondió que, si reciben tratamiento para su control, poco menos de la mitad (46.4%) confesó que no lleva a cabo acciones preventivas para evitar complicaciones.

Específicamente la Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2), simboliza una enfermedad de alto riesgo para los habitantes de la comunidad de Tixcaltuyub, Yaxcabá, Yucatán, quienes consideran que en los últimos años hay aumento en las personas con discapacidad, endeudamiento y fallecidas a causa de la DT2, sumando que la comunidad en general muestra desconocimiento de lo que representa el padecer la misma y sobre los cuidados que debe llevar a cabo para evitar afectaciones; de igual manera las familias expresaron que no cuentan con los recursos médicos, económicos y materiales para el tratamiento adecuado.

Lo anterior, es información recuperada por el equipo interdisciplinado de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) participes del *proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con Diabetes Tipo 2 y sus familias, en la comunidad de Tixcaltuyub, Yaxcabá Yucatán* durante el año 2018. Cabe señalar que, para referenciar a mencionado proyecto en el presente documento, este será sintetizado con el nombre *Bienestar Comunitario*.

Habrá que mencionar, que el padecer diabetes deriva confusión, incertidumbre y en general una gama de dudas importantes a resolver antes de iniciar con el tratamiento. Las modificaciones en el estilo de vida es uno de los resultados más difíciles que presenta el paciente y las personas cercanas a su entorno.

Ante esto, las principales fuentes de apoyo en una persona con DT2 son: "la pareja, la familia, los compañeros de trabajo o estudio, el personal de salud, y relaciones sociales en general, incluidas distintas instituciones" (Alloway, Coyne, Delongis, Becker, Mainman en Portilla, Romero y Román, 1991, p. 200), y de no contar con una relación estable con este círculo social es probable que existan manifestaciones negativas que compliquen la adherencia al tratamiento de la enfermedad. En este momento, las HHSS desempeñan una función importante en el comportamiento psicosocial de la persona con DT2.

El enfrentar la diabetes se convierte en una responsabilidad personal, familiar y social, donde la práctica de este tipo de habilidades se considera fundamental, pues se ha comprobado que "la falta de destrezas sociales repercute de diferentes maneras en una persona entre lo que se puede encontrar el inadecuado manejo de una enfermedad" (Paucar, 2012 p. 21). Es por ello, que a través de esta investigación se proyectó como objetivo principal determinar el nivel de habilidades sociales que posee la población de mujeres con diabetes mellitus tipo 2, participantes del proyecto Bienestar Comunitario.

La aplicación de las habilidades sociales resulta de gran importancia al momento de relacionarse con los demás individuos, tomar iniciativas y al diseñar un plan para el alcance de nuevos objetivos, en el caso de las personas con DT2, se considera fundamental que la persona continúe diseñando proyectos personales que lo motiven a practicar un estilo de vida saludable adhiriéndose al tratamiento otorgado por el personal de salud. Al respecto, Portilla, Romero, y Román (1991) mencionan que "la reorientación del paciente partiendo de nuevas metas resulta indispensable mediante el cual pueda continuar siendo

una persona útil, realizada socialmente, sin que esto conspire con la atención y cuidado de su enfermedad” (p. 203).

Conviene subrayar, que el estudio de las habilidades sociales ha sido trascendente en diferentes ámbitos (familiar, laboral, social, educacional, clínico y psicológico, entre otros). Se ha descubierto que el déficit de estas habilidades podría conducir a un desajuste psicosocial, baja autoestima, falta de interés por interactuar con otras personas, dificultad para interactuar con otros, dificultades para cumplir reglas o complejidades al momento de reconocer y expresar los propios sentimientos; para este caso, el interés por las habilidades sociales se encuentra relacionada a su implicación en el ámbito de la salud.

Definición de términos

Las Habilidades Sociales

Desde tiempos remotos el Ser Humano ha experimentado la necesidad de relacionarse con otros individuos, ya sea, para sentir protección, acompañamiento, recibir afecto o también para alcanzar objetivos; actualmente, resulta imposible imaginar una sociedad donde sus habitantes no mantengan algún tipo de interacción, puesto que, desde su nacimiento el individuo necesita del apoyo de otros para crecer personalmente, desarrollarse y sus cumplir metas, en otras palabras, el contacto e interacción social se contempla fundamental para la sobrevivencia de toda persona.

Las HHSS son conductas observables, también son pensamientos y emociones que permiten mantener una relación efectiva otros individuos, independientemente del tipo de relación que se tenga con cada uno de ellos. De otra forma, las habilidades sociales funcionan como una estrategia de comunicación efectiva, al respecto, Roca (2014) expresa que, “cualquier mejoría en esta aptitud tan importante (HHSS) supondrá un incremento de bienestar y calidad de vida” (p. 9), lo

interesante se refleja en que, el ser humano tiene la capacidad de aprehenderlas en cualquier etapa de su desarrollo y cada interacción social es una clara oportunidad para perfeccionarlas.

Por otro lado, el déficit de las habilidades sociales puede generar que las personas experimenten emociones negativas como frustración, ira, miedo, rechazo y preocupación. Mencionado autor (Roca, 2014), expresa que la psicología científica ha abordado el estudio de las HHSS a partir de tres dimensiones:

- La conducta motora observable externamente.
- Las cogniciones (creencias, pensamientos e imágenes mentales).
- Los componentes emocionales.

Por ello, existe gran variedad de instrumentos que permiten identificar y medir las HHSS presentes en una persona (entrevistas, observación por expertos, autoobservación, pruebas de desempeño de roles, inventarios, etc.).

Las Habilidades Sociales en las mujeres

Personalidades como Hermann y Betz (2004) en García, Cabanillas, Morán y Olaz (2014), señalan que el rol masculino está asociado con “características como la independencia, autoridad, autosuficiencia, actividades productivas encaminadas a la manutención y provisión de la familia y [ciertas] HHSS vinculadas a la expresión de sentimientos negativos y la asertividad” (p. 117), también, expresan que por el contrario, “el rol femenino está relacionado con la crianza, el cuidado, la sensibilidad, mayor fortaleza emocional y habilidades sociales vinculadas a la expresión de sentimientos positivos” (p. 117).

Previa afirmación establece una relación entre los roles de género y las HHSS desarrolladas en hombres y mujeres de acuerdo con su contexto social y cultural, sin embargo, se ha de reconocer que este tipo de actitudes son transmitidos por estereotipos sociales, los cuales transmiten mensajes sobre las funciones determinadas “*para el hombre y la mujer*”.

De acuerdo a Gambrill y Richey en García, Cabanillas, Morán y Olaz (2014) “algunos estudios han evidenciado que las mujeres adultas parecen comportarse de forma más habilidosa en la expresión de sentimientos positivos, mientras que los hombres experimentan menor dificultad para expresar sentimientos negativos, hacer peticiones y ser más asertivos en situaciones laborales” (p. 117), al concluir su investigación (Gambrill y Richey en García, Cabanillas, Morán y Olaz, 2014) encontraron diferencias significativas en las habilidades sociales con relación al sexo, debido a que los hombres presentaron puntuaciones más altas en las habilidades del área afectivo-sexual, y por otro lado las mujeres obtuvieron altos porcentajes en habilidades conversacionales, de oposición asertiva y habilidades empáticas. Esta afirmación establece que existe una diferencia en relación con las HHSS con los sentimientos (área número 3 en la lista de Golstein) entre los hombres y las mujeres, sin embargo, no es posible generalizar que las mujeres o los hombres sean más habilidosos socialmente, ya que, los resultados dependerán del área de HHSS que se aborde.

Diabetes

Si bien, la diabetes es definida como una enfermedad crónica-degenerativa, es decir, una enfermedad que no es curable, pero, de ser diagnosticada con tiempo es posible controlarla. De lo contrario, esta enfermedad es capaz de dañar otros órganos alterando las funciones metabólicas normales del organismo humano. Una vez diagnosticada, es de gran importancia tratarse de manera oportuna e iniciar/continuar con hábitos de vida saludables.

Se tiene conocimiento de que la diabetes es originada por diversas causas entre lo que se considera: la predisposición hereditaria, los factores ambientales y estilos de vida, así como la presencia de hiperglucemia crónica, esto es, los altos niveles de azúcar en sangre por periodos prolongados.

Clasificación de la Diabetes

A pesar de que la diabetes ha sido estudiada de manera general, se ha logrado determinar diversos tipos de diabetes por sus características, hasta el momento, se encuentra clasificada en: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional, así como otros tipos de diabetes como la diabetes monogénica y la diabetes secundaria.

La diabetes tipo 2, tratada en el proyecto, se caracteriza porque es el tipo más común de diabetes, generalmente ocurre en adultos, pero se presenta cada vez más en niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella de modo que, la insulina es ineficaz. Con el tiempo, los niveles de insulina pueden llegar a ser insuficientes y tanto la resistencia, como la deficiencia de insulina pueden llevar a niveles de glucosa en sangre altos. Entre sus síntomas podemos encontrar, orinar más seguido de lo habitual, sed excesiva, pérdida de peso, visión borros, y entre los factores de riesgo más importantes se encuentran el sobrepeso, inactividad física y nutrición pobre, otros son la etnicidad, historial familiar de diabetes, historial pasado de diabetes gestacional y edad avanzada.

Diabetes Mellitus Tipo 2 en Yucatán

Los Servicios de Salud de Yucatán (2013) establecen que "el 97% de los casos nuevos de diabetes son pacientes con diabetes mellitus tipo 2" (p. 3), sin embargo, hoy en día se estima que la cifra total de personas con diabetes podría ser el doble considerando aquellos casos que aún no son diagnosticados. Para el año 2016 (hasta el mes de junio) fueron 349,164 los casos identificados de personas que padecían este tipo de diabetes de acuerdo con el corresponsal y periodista Boffil (2016, p. 36).

Todos estos datos, se relacionan también con los diversos estudios preliminares que han registrado el desarrollo de la DT2 en el Estado Yucateco, entre las publicaciones se encuentran:

- La investigación realizada por los doctores Chávez, Zubirán y cols. en el año 1963;
- La Encuesta de Diabetes en Mérida, realizada por Laviana y Lozano con apoyo del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" en el año 1968 y;
- El estudio Prevalencia de Diabetes Mellitus en la consulta externa del Hospital O'Horan en el año 1989.

Con relación al último documento, se obtuvo como resultado que la frecuencia a la intolerancia de glucosa de entonces fue significativamente mayor en las mujeres en comparación 28 a los hombres. Tomando como referencia esta misma investigación, se tiene que para el año de 1989 la diabetes ya era considerada una de las cinco primeras causas de muerte en Yucatán y la primera causa de muerte en personas mayores de 45 años, de acuerdo con la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Para el año 2011 la diabetes presentó una tasa de mortalidad de 55.33 por cada 100, 000 habitantes ocupando la tercera causa de defunciones en el Estado de acuerdo con un informe realizado por los Servicios de Salud de Yucatán en el 2013.

Esta situación continúa incrementando hasta ubicarse en un promedio de 17 casos diarios diagnosticados de acuerdo con el reporte realizado por el periodista Pat (2017), de igual forma, su reportaje informó que de los 1, 105 diagnósticos registrados a inicios del año 2017 al mes de marzo, 636 correspondieron a mujeres y 469 a hombres, esto tiene relación con el principal factor de riesgo ligado al padecimiento de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad.

Al respecto, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2018). A nivel nacional, Yucatán ocupa el primer lugar en personas con sobrepeso u obesidad. Desafortunadamente, los niños, niñas y adolescentes en estas condiciones tienen mayor probabilidad de padecer alguna de las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Otros datos relacionados informan que el Estado Yucateco ocupa el primer lugar nacional en prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 11 años y el quinto lugar nacional en prevalencia de exceso de peso en población de 12 a 19 años. Hasta el año 2012 la prevalencia de sobrepeso y obesidad (combinadas) en la población de adolescentes era de un 43.4% y en la población adulta de un 80.3% (Olaiz, Rivera y Shamah en Poder Judicial del Estado de Yucatán, 2012, p. 12); Aunque, también se ha considerado que otro factor potencial en el Estado que repercute en el desarrollo de la diabetes es la influencia genética, incrementando el riesgo en los familiares de padecer esta enfermedad. Con los datos establecidos anteriormente, se puede concluir que Yucatán es uno de los Estados en México con mayor prevalencia en sobrepeso, obesidad y diabetes que desfavorece la calidad de vida en las personas que la padecen y de sus seres cercanos.

Diabetes Mellitus Tipo 2 en Mujeres

La DT2 es un problema emergente para la persona con diabetes, su familia y el personal de salud, es una condición que ha ido aumentando de manera fulminante en los habitantes del mundo tanto en hombres como mujeres. De acuerdo con la Fundación para la Diabetes (2017) a nivel mundial más de 199 millones de mujeres presentan diabetes, y se prevé que esta cifra aumente hasta los 313 millones para el año 2040.

A lo que corresponde el Estado de Yucatán, en el año 2012 fueron 187, 000 mujeres mayores de 20 años diagnosticadas con diabetes en comparación a los 157, 500 hombres; en relación, el reportero José Salazar indicó que, de 4, 218 casos diagnosticados en el lapso de enero - octubre (2017) 2, 443 correspondieron a mujeres y 1, 775 a hombres. Como se observa en los dos casos la tendencia ha sido mayor en mujeres.

En general, la diabetes resulta ser muy complicado para ambos sexos, sin embargo, se ha comprobado que el riesgo de la depresión aumenta más en las mujeres con este padecimiento, algunas presentan

menor interés en el acto sexual (ya sea por la misma depresión o) por el cansancio, consecuencia de los cambios en los niveles de glucosa en la sangre. También con 30 base en preguntas frecuentes realizadas por las mujeres en esta condición, la Asociación Americana de Diabetes (2014) ha identificado que cuando se tiene diabetes las pastillas anticonceptivas podrían aumentar su nivel de glucosa o tener una menopausia prematura y, en consecuencia, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Elementos metodológicos aplicados en el estudio

Diseño de investigación

El enfoque metodológico de la presente investigación es cuantitativo no experimental, se caracteriza porque "el investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna" (Sousa, Driessnack, y Mendes, 2007, p. 3); el tipo de diseño es transversal descriptivo, es decir, los datos serán recolectados en un solo momento y se tiene como objetivo "indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en la población" (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014, p. 155).

Finalmente, las técnicas designadas para la investigación han sido las siguientes (con base en Cedillo, 2017, p. 7):

- Barrido de área: recorrido realizado en la primera visita a la comunidad para explorar y conocer sus características.
- Visita domiciliaria: identificada como un conjunto de actividades que valoran e identifican la situación global del paciente/familia a través de la visita a su residencia; Montes (2016) reconoce esta actividad como una "estrategia de actuación profesional" (p. 29).
- Rapport: reconocida como el fenómeno donde dos o más personas están en sintonía y hay un establecimiento de confianza.

- Diálogo informal: conversación oral y espontánea entre dos o más personas con el fin de generar confianza y obtener información.
- La observación: consiste en mirar con detenimiento alguna situación, persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su comportamiento y características (técnica fue realizada con apoyo de un cuaderno de notas).
- La encuesta: una de las herramientas más utilizadas en la investigación y que "utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características" (Casas, Repullo, y Donado, 2013, p. 144). Técnica realizada con apoyo del instrumento denominado "lista de chequeo de habilidades sociales".
- Análisis: examen detallado y a profundidad de una cosa/persona/contexto/situación, para conocer sus características y cualidades y así extraer determinadas conclusiones.

Población muestra, escenario y sujetos

El presente estudio se enfocó en trabajar con mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 de acuerdo con el Censo Nominal de pacientes con diabetes de la Unidad Médica Rural número 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social (2017), mismas que se encuentran inmersas en el proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con Diabetes tipo 2 y sus familias, en la comunidad de Tixcaltuyub, Yaxcabá, Yucatán, "*Bienestar Comunitario*".

La lista de registro hasta el año 2017 contaba con un total de 77 personas, de las cuales se visitaron únicamente a las mujeres que cumplían con los siguientes criterios de inclusión. En total fueron 23, sin embargo, debido a que una persona se encontraba ausente de su domicilio los días que se realizaron las visitas, se logró trabajar con un total de 22 mujeres.

Para la aplicación de las técnicas e instrumentos de investigación, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- *Criterios de inclusión:* Mujer, edad mínima de 18 años, habitante actual de la comunidad de Tixcaltuyub, Yaxcabá, Yucatán. Persona con diagnóstico de DT2 y contar con el tiempo requerido para la aplicación del instrumento.
- *Criterios de exclusión:* Negarse a firmar el consentimiento informado y a la participación voluntaria en la aplicación del instrumento.
- *Criterios de eliminación:* Instrumento incompleto y que no cumpla con las indicaciones realizadas previo a su aplicación.

Instrumento

Para la presente investigación el instrumento utilizado fue el cuestionario entendido como un conjunto de preguntas que deben ser contestadas con el propósito de recibir información de las personas que respondieron a la misma; estuvo constituido por una escala de medición tipo likert graduada del 1 al 5, siendo el 1 equivalente a la respuesta nunca (nivel más bajo) y el 5 equivalente a la respuesta siempre (nivel más alto). Se distingue que es perteneciente a lo denominado escala ordinal puesto que "utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto" (Rave, Sandoval, Botero, y Gómez, 2003, p. 21).

Para la recolección de datos, se aplicó el instrumento denominado Lista de chequeo de Habilidades Sociales traducida y adaptada al idioma español por Ambrosio Tomás Rojas en el año 1995. Mencionada Lista se encuentra compuesto por un total de 50 ítems clasificados en 6 áreas:

- Primeras habilidades sociales (Ítems que comprenden de la situación número 1 al 8).
- Habilidades sociales avanzadas (Ítems que comprenden de la situación número 9 al 14).
- Habilidades relacionadas con los sentimientos (Ítems que comprenden de la situación número 15 al 21)
- Habilidades alternativas a la agresión (Ítems que comprenden de

- la situación número 22 al 30).
- Habilidades para hacer frente al estrés (Ítems que comprenden de la situación número 31 al 42).
 - Habilidades de planificación (Ítems que comprenden de la situación número 43 al 50).

Resultados preliminares del estudio

Para el análisis de los datos, se calcularon estadísticos descriptivos de la Lista de chequeo de HHSS de Golstein (traducida al español) a partir del cual se obtuvo lo siguiente:

Tabla 1
Estadísticos Descriptivos

Estadístico	Área 1 Primeras HHSS	Área 2 HHSS avanzadas	Área 3 HHSS relacionadas con los sentimientos	Área 4 HHSS para hacer frente al estrés	Área 5 HHSS alternativas a la agresión	Área 6 HHSS de planificación	General
CI	8	6	7	9	12	8	50
MPI	5	5	5	5	5	5	5
MPA	40	30	35	45	60	40	250
Media	30.77	21.77	26.09	38.77	42.81	35.27	32.58
Aritmética							
Mediana	30	20.5	27.5	40	41.5	35	32.52
Moda	36	20	34	40	41	32	40
Mínimo	20	14	15	28	30	29	14
Máximo	40	30	34	45	58	40	58
Desv. Est.	6.20	4.31	6.61	4.15	7.45	3.43	1.60
Puntaje por área	192.3	178.32	186.36	215.37	178.37	220.42	195.19
Porcentaje	76.92	71.33	74.54	86.15	71.35	88.17	78.07%
Nivel	Medio alto	Medio Alto	Medio Alto	Alto	Medio Alto	Alto	Medio Alto

Fuente: Elaboración propia con base en Daza, 2017 (p. 140).

Entre los datos reflejados (tabla 1) se logra determinar que las mujeres con DT2 de la comunidad de Tixcaltuyub, Yaxcabá, Yucatán poseen un nivel medio alto de habilidades sociales con una media general de 195.9.

En el caso del primer objetivo específico las áreas con mayor nivel (alto) han sido las habilidades sociales para hacer frente al estrés y las habilidades sociales de planificación. En relación con el segundo y

tercer objetivo específico se tiene que el área de habilidad social con mayor puntaje pertenece a las habilidades sociales de planificación con 220.42 puntos, en contraste, el área con menor puntaje pertenece a las avanzadas con 178.32 puntos.

Un punto clave en la planificación es saber administrar el tiempo de las actividades propuestas, en relación, las mujeres expresaron valorar mucho el tiempo que tienen para realizar sus actividades y que el aburrimiento no suele ser común en su vida diaria. El (63.3%) expresó que siempre busca algo *quehacer* cuando se siente aburrida, es decir, tienen la iniciativa o pro-actividad de desempeñar otras funciones con tal de aprovechar su tiempo.

La iniciativa personal o pro-actividad es una de las habilidades más valoradas en todos los ámbitos, (culturales, sociales, laborales y políticos) ya que, su acción conlleva a una oportunidad de crecimiento. Por lo general, la iniciativa nace cuando se desea superar obstáculos que todos los seres humanos enfrentan día a día, y para ello, es necesario plantearse una serie de preguntas básicas como ¿Qué puedo hacer?, ¿Qué quiero lograr? ¿Con qué recursos cuento?, ¿Soy competente?, ¿Cuánto tiempo me llevará? Etc.

El hecho de que las mujeres de la comunidad realicen actividades por iniciativa propia repercute en la capacidad de encontrar soluciones a posibles adversidades o problemas que enfrenten a través de una actitud y mentalidad positiva. De igual forma, previo a realizar alguna labor, las pacientes planifican cómo llevarlo a cabo, es decir, se preparan de manera consiente averiguando que recursos son necesarios para llevar a cabo su plan.

El área con menor puntaje ha sido el número II relacionada a las habilidades sociales avanzadas con un porcentaje de 71.33%. Las habilidades sociales avanzadas son aquellas que se construyen con base a las primeras habilidades sociales, representando HHSS más complejas en comparación a la primera área. Son imprescindibles

cuando se desea solicitar ayuda, participar en alguna actividad o seguir instrucciones y seis son las habilidades que conforman esta área.

Para muchas personas resulta complicado el hecho de solicitar ayuda, o peor aún, reconocer que se necesita el apoyo. Se requiere de valentía y humildad para reconocer que no es posible alcanzar objetivos sin la colaboración de otros seres humanos por mínima que esta sea. En ocasiones, el individuo se siente incapaz de pedir ayuda, por razones como: miedo al rechazo, vergüenza, timidez, prejuicios sociales o contrariamente por orgullo.

Los porcentajes del presente estudio demuestran que, a pesar de que el 50% de las mujeres expresó que siempre pide ayuda cuando lo necesita o se siente mal de salud, el otro 50% respondió que casi siempre (18.2%), a veces (22.7%), casi nunca (4.5%) y nunca (4.5) lo hace, reflejando así, que la mitad de las mujeres con DT2 no ponen en práctica de manera frecuente esta habilidad porque (en sus palabras) *prefieren no molestar a los demás*.

En correspondencia a las mujeres que contestaron de manera afirmativa, expresaron que principalmente piden ayuda a su esposo o hijo/as, esto es posible gracias a la confianza que sus familiares le generan.

Al igual que las demás habilidades, el solicitar ayuda es una destreza que se debe poner en práctica cuando sea necesario. Pérez (2013) menciona para pedir ayuda se debe considerar factores importantes como: "ser claro, conciso, no abusar de ella y no visualizarlo como una debilidad" (p. 76), puesto que, en ocasiones no se solicita de forma adecuada teniendo únicamente resultados negativos.

Fundamentado los datos obtenidos, se ha considerado el hecho de que una persona con DT2 desarrolle la habilidad de solicitar ayuda tiene como beneficio los siguientes:

- Es posible proporcionar apoyo al paciente (por el médico/familiar/conocido)

- Los demás pueden conocer lo que la persona necesita
- La paciente aprende a resolver problemas de manera conjunta
- Permite expresar sus sentimientos y experiencias
- Encuentra esperanza en otras personas
- Fortalece relaciones inter-personales
- Se ayuda a sí misma
- De igual forma, se ha comprobado que esta dinámica contribuye a un mejor ajuste social e influye en la adhesión de los tratamientos de las personas con DT2. Considerando que este tipo de apoyo puede percibirse de diversas redes sociales (familiares, amigo/as o conocido/as, personal médico o incluso instituciones sociales) este proceso es una forma de participación familiar o social en el cuidado de la persona con diabetes.

Consideraciones finales

Es importante considerar que, para el alcance de los resultados de la presente fueron considerados factores como el entorno social, la cultura y el estado de ánimo de las personas, por lo que, es posible que los resultados puedan variar en estudios similares (Vilchez y Ramírez (2011), Oyarzún, Estrada, Pino y Oyarzún (2012), García, Cabanillas, Morán y Olaz (2014), Sartori y López, (2016), Campos (2017), Betancourth, Zambrano, Ceballos, Benavides, Villota (2017) y Briones (2017) quienes han profundizado en la presencia de habilidades sociales con la población de hombres y mujeres.

En la presente investigación se encuentra que, la gratitud fue la habilidad social más destacada en la población, reconocieron expresar agradecimiento a las personas que hacen algo por ellas. En la mayoría de los casos las mujeres con DT2 prestan atención cuando la persona habla sobre la diabetes porque es un tema de su interés y la mayoría de la población, evita los problemas con otras personas porque consideran que estas podrían causarles enfermedades.

Por otra parte, se encontró que únicamente la mitad de la población participante pide ayuda cuando lo necesita o se siente mal de salud y que menos de la mitad de las mujeres se han involucrado en grupos para participar, ya sea, por sus ocupaciones habituales o porque no existen grupos en la comunidad a los que se pueda integrar.

Se encontró que solo el 36.4% de las mujeres solicita que le expliquen con claridad las indicaciones del personal de salud y únicamente el 18.2% de las mujeres intenta convencer a los demás de que sus ideas serán de mayor utilidad debido a que la mayoría prefiere respetar la opinión de otras personas antes de intentar convérselos.

Con los datos anteriores, se analiza el hecho que, la familia de las mujeres con DT2 juegan un rol fundamental en el seguimiento médico de su padecimiento, sin embargo, las relaciones sociales cercanas que mantiene la persona con DT2 resultan de gran influencia en el tratamiento de la persona, debido a que las opiniones, experiencias y consejos referidos de estos influirán de forma significativa en su toma de decisiones.

Tomando en cuenta que, otro de los objetivos principales que persigue la disciplina de Trabajo Social es contribuir en la calidad de vida del paciente, las habilidades sociales han sido consideradas mancuernas ideales para fomentar el bienestar ya que, permiten desarrollar otras destrezas (confianza, seguridad, empatía, gratitud, reconocimiento) que fortalecen su sentido humano.

Se propone el entrenamiento de las habilidades sociales desde el enfoque profesional de Trabajo Social, coyuntura POTENCIAL que contribuye en la calidad de vida de las personas con DT2, quienes suelen enfrentar problemas de índole social, ya sea, por el padecimiento u otras razones.

Con relación a la presente investigación, se analizan cuestionamientos tales como, ¿Cuál es relación que tienen las habilidades sociales con la adherencia de una enfermedad crónica

degenerativa como la Diabetes Mellitus Tipo 2? o ¿Existirán diferencias significativas entre el nivel de habilidades sociales de personas adultas habitantes de una zona rural comparada con los habitantes de una zona urbana?

Tomando en cuenta que esta propuesta constituye parte de un conocimiento más amplio, se propone la presente como elemento de estudio para próximas investigaciones o intervenciones enfocadas al tema de habilidades sociales.

Referencias

- Betancourth, S., Zambrano, C., Ceballos, A. K., Benavides, V., & Villota, N. (2017). researchgate.net. *Revista Psicoespacios*, 133- 147. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Betancourth_Zambrano/publication/319499123_Habilidades_sociales_relacionadas_con_el_proceso_de_comunicacion_en_una_muestra_de_adolescentes/links/5b44d84c458515b4f6602cb3/Habilidades-sociales-relacionadas-con-el-p
- Boffil, G. L. (2016). *Periodico La Jornada*. Obtenido de <https://www.jornada.com.mx/2016/11/15/sociedad/036n2soc>
- Briones Figueroa, Y. M. (2017). Habilidades sociales según el género en estudiantes del nivel secundario del Colegio Adventista Puno. *Universidad Peruana*. Obtenido de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/702/Yesenia_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Campos Alvarado, C. (2017). Empatía y habilidades sociales. *Facultad de humanidades*. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Campos-Carmen.pdf>
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., & Donado Campos, J. (2002). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *ELSEVIER*,

527- 537. Obtenido de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>
Cedillo, G. J. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpus teórico- metodológico del accionar del Trabajador Social. *Revista margen N° 86*. Obtenido de https://www.margen.org/suscri/margen86/avila_86.pdf

G

García, M., Cabanillas, G., Morán, V., & Olaz, F. (2014). Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Argentina. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 114-135. Obtenido de <https://www.google.com.mx/search?ei=q2IEXNfIKunHjgStq4GYDQ&q=Diferencias+de+g%C3%A9nero+en+habilidades+sociales+en+estudiantes+universitarios+de+Argentina.&oq=Diferencias+de+g%C3%A9nero+en+habilidades+sociales+en+estudiantes+universitarios+de+Argentina.&g>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F: McGrawHill.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Portal del IMSS*. Obtenido de

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/751GER.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Cuéntame*.

Obtenido de <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/yuc/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=31>

Oyarzún Iturra, G., Estrada Goic, C., & Pino Astete, E. (2012). Habilidades sociales y rendimiento académico: una mirada desde el género. *Acta colombiana de psicología*, 21-28.

Pat, Á. N. (22 de Marzo de 2017). Diabetes: 17 casos diarios. *Diario de Yucatán*. Obtenido de <http://yucatan.com.mx/merida/diabetes-17-casos-diarios>

Paucar, L. S. (2012). El clima social familiar y las habilidades sociales de los alumnos de una Institución Educativa del Callao. Lima, Perú.

- Pérez Santos, N. (2013). *Mente Sana*. Obtenido de <https://www.isep.es/wp-content/uploads/2013/01/mentepsico244.pdf>
- Poder Judicial del Estado de Yucatán. (2012). *Ley de nutrición y combate a la obesidad para el Estado de Yucatán*. Obtenido de <https://poderjudicialyucatan.gob.mx/digestum/marcoLegal/02/2012/DIGESTUM02111.pdf>
- Portilla, L., Romero, M. I., & Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista: Latinoamericana de psicología*.
- Rave, B. E., Sandoval, J. d., Botero, C. A., & Gómez, M. C. (2003). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y actitudes de los profesionales en Enfermería en el ciudado de la Salud. *Invest Educ Enferm*, 14-29.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia.
- Santori, M., & López, M. (2016). Habilidades Sociales: su importancia en mujeres con síndrome de Turner. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1055-1067. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a13.pdf>
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa Mendes, I. M. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería: Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 502- 507. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Vílchez Barboza, V., & Ramírez Elizondo, N. (2011). Influencia de género en relaciones interpersonales de estudiantes de primer ingreso: Universidad de Costa Rica. *Enfermería en Costa Rica*, 59-66. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art3.pdf>

Tercer eje temático:
Salud en el adulto mayor

Impacto del Covid-19 en la calidad de vida de las personas mayores

Porfiria Calixto Juárez,
José Aldo Hernández Murúa,
Guillermina De la Cruz Jiménez Godínez¹²

Resumen

La pandemia por la COVID-19 revolucionó al mundo entero drásticamente; las medidas implementadas como el aislamiento y distanciamiento social dejaron un impacto significativo en diversos aspectos de la vida de todas las personas, afectando con ello su calidad de vida. Sin embargo, el grupo poblacional más afectado fueron los adultos mayores de 60 años. Grupo poblacional que debido a características propias de la edad es más vulnerable en su dimensión física, psicológica y social, además el ambiente en que se encuentran también afecta su calidad de vida. Por otro lado, la COVID-19 irrumpió en un escenario donde las estadísticas indicaban un incremento poblacional relevante de gente mayor. *El objetivo* del presente estudio es describir el impacto que dejó la COVID-19 en la calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental de las Personas Mayores. *Metodología:* el estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, no experimental transversal con alcance descriptivo. Se obtuvieron 103 respuestas de personas que habitan en Culiacán, Sinaloa y Cd. Victoria, Tamaulipas. Para obtener los datos se aplicó un cuestionario sociodemográfico y una escala Likert mediante Google Forms. *Los resultados* muestran una medida normal en su calidad de vida respecto a la dimensión física, psicológica, social y ambiental. Dicho resultado, muestra que la COVID-19 dejó un impacto relevante

¹² Profesoras investigadoras de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

en la calidad de vida de los participantes en este estudio porque no fue buena en su totalidad.

Introducción

La COVID-19 es una enfermedad universal. Ocasionada por un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV2 (Callís et al., 2021). Surgió en China, provocando la enfermedad. Procede de la familia de coronavirus (CoV) y provocan síntomas respiratorios [desde gripe hasta una enfermedad grave y peligrosa] (Hernández, 2020). Enfermedad que irrumpe en tiempos de transición demográfica mundial que seguirá creciendo, apuntando a un claro envejecimiento (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). El virus ha cobrado mundialmente gran cantidad de contagios y más de cinco millones de muertes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020a). Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara a la COVID-19 como pandemia en marzo del 2020 (OPS, 2020b). En México, 289,131 personas fueron víctimas de este virus (OPS, 2021). La mayoría fueron Personas Mayores de 60 años (INEGI, 2020).

Tamaulipas no ha sido la excepción, porque hasta el mes de agosto del 2022, el semáforo epidemiológico se encontraba en amarillo y fallecieron 7,039 personas, en Ciudad Victoria se registraron 613 fallecimientos (Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2022). La pandemia evidenció que las instituciones de salud no estaban preparadas ante un fenómeno de gran magnitud; no existía suficiente personal ni tanques de oxígeno, no había mascarillas ni camas necesarias ante la gran demanda de personas contagiadas. En este sentido, Dáttilo et al., (2020), refieren que las ciudades vulnerables en México carecían de infraestructura de salud pública requerida para enfrentar el escenario de pandemia en cuanto a cantidad de camas de hospitalización y cuidados intensivos, sobrecargando en la mayoría de los casos después de 100 días.

Además, al inicio de la pandemia, no había vacunas. En relación, la

OPS (2022), refiere que ninguna vacuna es efectiva al 100% para prevenir la enfermedad en individuos ya vacunados y que la OMS no cuenta con registro de personas vacunadas en cada país. Sin embargo, el Informe Técnico Diario de México refiere que 83 millones 349, 759 personas se vacunaron, de las cuales, 93% (76 millones 618, 411) cuentan con esquema completo (Gobierno de México, 2022). Por otra parte, la COVID-19 ha dejado pérdidas económicas importantes, desigualdad social y otras (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2020). Al respecto, las PAM de 60 años han sido las más afectadas por COVID-19 en las Américas (OPS, 2020). Población considerada vulnerable y principal grupo de riesgo ante contagio de COVID-19 (Callís et al., 2020; Cataldi, 2020; Gallegos et al., 2020). Sin embargo, no se atendieron de forma preferencial en la mayoría de los lugares y en algunos espacios de salud se les negó la atención hospitalaria (Pinazo-Hernandis, 2020).

Para evitar contagios y muertes, se implementaron medidas emergentes que provocaron incertidumbre por vivir encierro obligatorio. Una, fue el distanciamiento social. Disposición que reduce contagios y resguarda a grupos en estado de vulnerabilidad, pero, acarrea la edificación de un contexto de vida nuevo, caracterizado por alteración de dinámicas familiares y sociales generando efectos psicológicos significativos (Otra medida fue el aislamiento social. El cual, evidencia que un ser humano o grupo de individuos son excluidos, marginados o estigmatizados; ocasionando carencia en el goce de una vida incluyente en diversos ámbitos y aspectos de la sociedad (Calle-Rodríguez et al., 2021).

En este sentido, el aislamiento genera que algunas Personas Mayores se relacionen en un contexto de vulnerabilidad y mínima capacidad para moverse, comer, vestirse etcétera. Además, con el aislamiento social suele surgir un conflicto para relacionarse con los demás, inseguridad, tensión y estrés, que generan problemas de salud y también agilizan el proceso de envejecimiento (Oñate, 2014). Dichas medidas, ocasionaron alteraciones en la dinámica familiar, cambio de roles, hacinamiento, si un miembro de la familia se contagiaba, todos

corrían el mismo riesgo. En concordancia, la COVID-19 cambió dinámicas familiares, porque se debía permanecer en casa aislados y hacer actividades de cuidado, alimentación y de trabajo (Gómez, 2022).

Por lo anterior, vivir un escenario de pandemia por COVID-19 fue preocupante para las personas, pero, la experiencia fue más significativa para la familia que tenía un adulto mayor contagiado. Porque implicó diversas problemáticas; desde tomar la decisión de internarla, en ocasiones no había camas disponibles por la demanda de personas contagiadas y si había, se debía cumplir con un protocolo riguroso y necesario al ingreso a la institución. Con ello, se perdía tiempo y en ocasiones solo se ingresaba a la persona unos días porque moría a la brevedad. Por otro lado, tener al adulto mayor contagiado en casa, implicaba de un cuidador primario, medicamento, aparatos para checar saturación, tanques de oxígeno, dinero para rellenarlos, etcétera.

La situación se complicaba, en ocasiones, no se contaba con la economía suficiente para comprar medicamento o tanque de oxígeno y estar rellenando continuamente, viviendo experiencias no gratas en la formación de espera para rellenar e impotencia de ver al adulto mayor deteriorándose y con probabilidades de contagio en toda la familia porque, aunque se tuviera aislado con su cuidador primario, este salía, y, por ende, corría el riesgo de contagiarse a sí mismo o a alguien más.

Respecto a la calidad de vida, es un estado de bienestar físico, emocional, social, subjetivo, intelectual y ocupacional que le permite al ser humano satisfacer adecuadamente sus carestías personales y agrupadas (Villarreal et al., 2021). En este sentido, la calidad de vida de las personas se vio afectada por la COVID-19. Pero, el impacto ha sido mayor en las Personas Mayores de 60 años, específicamente en su capacidad física, psicológica, social y ambiental. En concordancia, Oscco y Silva (2021), Evidenciaron un 82% nivel medio en la calidad de vida de manera general en personas Mayores.

Por otro lado, Espinoza (2021), concluyó en su estudio, que la

calidad de vida de las Personas Mayores ha dado un cambio radical en sus vidas por causa de COVID-19. En esta misma línea, Lebrasseur et al., (2021), encontraron que la disminución de vida social y mínima interacción, se asociaron con aumento de depresión y reducción en la calidad de vida de poblaciones ancianas. En relación, Quiroga-Sanzana et al., (2022). dieron a conocer niveles de apoyo social y percepción de calidad de vida en adultos mayores de la zona centro sur de Chile en el contexto de pandemia. Determinaron que los factores de apoyo social, familiar, de amigos y calidad de vida en dimensiones de salud física, psicológica, ambiente y relaciones sociales coadyuvaron a que los participantes señalaran percepción normal positiva.

Fernández y Sánchez (2020), se centraron en el impacto que ha tenido la pandemia por Covid-19 en el país. Algunos resultados muestran que los participantes presentaron sentimientos negativos como ansiedad, depresión, conductas irritables y miedo. Los cuales, dificultaron llevar a cabo sus actividades diarias de manera normal. En esta línea, Aldás y Contreras (2020), obtuvieron que, durante la emergencia sanitaria, los participantes han reducido la realización de actividades físicas, pero hicieron cambios en su vida activa, adoptando estrategias dentro de su vivienda, lo cual les permitió conocerse a sí mismos, compartir con su familia y valoraron el significado de su vida. Sin embargo, permanecer en confinamiento afectó su salud mental provocando tristeza y nerviosismo.

Por lo mencionado, este estudio pretende describir el impacto que dejó la COVID-19 en la calidad de vida respecto a la capacidad física, psicológica, social y ambiental de las Personas Mayores.

Metodología

La investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, no experimental transversal con alcance descriptivo correlacional. Participaron 103 Personas Mayores de 60 años que habitan en Cd. Victoria y Culiacán, Sinaloa. Las cuales aceptaron participar de manera

voluntaria. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión como: ser adulto mayor de 60 años, ambos sexos, que vivieran en Cd. Victoria y Culiacán y que participaran de manera voluntaria y anónima. En cuanto a la recogida de datos, se utilizó un cuestionario para caracterizar la muestra y una escala Likert con interrogantes respecto a la capacidad física, psicológica, social y ambiental. Ambos instrumentos se aplicaron mediante Google Forms.

Análisis

Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizó el programa Excel y SPSS. En un primer momento, se validó la escala Likert (tabla 1).

Tabla 2. *Análisis de fiabilidad*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach .793	N de elementos 8

Nota. La tabla evidencia una fiabilidad adecuada del instrumento aplicado.

Tabla 3. *Participantes en el estudio*

Cd. Victoria		Culiacán	
frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
27	26.2	76	73.8

Nota: La tabla muestra los participantes en el estudio.

Después de llevar a cabo el análisis estadístico, la tabla dos refiere una frecuencia de 27 Personas Mayores residentes de Cd. Victoria con una representación porcentual de 26.2%. Mientras que, una mayoría de los participantes (73.8%), pertenecen a Culiacán, Sinaloa.

Resultados y discusión

Caracterización de la Muestra

El apartado primero describe las características de los participantes y después, se muestran los resultados que se obtuvieron mediante el

instrumento que se aplicó.

Tabla 4. *Sexo de las personas que participaron*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	77	74.8
Hombre	26	25.2
Total	103	100.0

Nota: La tabla muestra el sexo de las Personas Mayores participantes.

En la tabla tres se puede observar que un porcentaje del 74.8% de los participantes fueron mujeres, mientras que un mínimo porcentaje fueron hombres (25.2%). Así que, tomando en cuenta dicho resultado, predominó la mujer. Coincidiendo con resultados de Callís et al., (2021), quienes obtuvieron una mayoría de féminas participantes en su indagación.

Tabla 5. *Edad de los participantes*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
60-65	38	36.9
66-70	40	38.8
71-75	15	14.6
76-80	4	3.9
Más de 80	6	5.8
Total	103	100.0

Nota: Se muestra la edad de los participantes del estudio.

Respecto al tema de la edad, de acuerdo con Mendoza-Núñez (s. f.), se les llama viejos-jóvenes a los seres humanos que cuentan con edades de 60 a 74 años, a los que tienen de 75 a 84 les denominan viejos-viejos y les nombran viejos-longevos a los de 85 a 99, mientras que, las personas que tienen 100 años o más, les designan centenarios. En este sentido, y de acuerdo con los resultados de la tabla 4, una mayoría de los participantes en el estudio fueron viejos-jóvenes.

Tabla 6. *Estado civil de los participantes*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
Soltero (a)	27	26.2
Casado (a)	45	43.7
Separado (a)	7	6.8
Viudo (a)	23	22.3
Unión libre	1	1.0
Total	103	100.0

Nota: Se observa el estado civil de los Adultos Mayores participantes.

Respecto al estado civil, la mayor concentración en la respuesta casado(a) con una representación porcentual fue de 43.7%, mientras que un mínimo porcentaje se representó por la variable "unión libre".

Tabla 7. *Escolaridad de las Personas Mayores participantes*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estudios		
Primaria	10	9.7
Secundaria	7	6.8
Preparatoria	10	9.7
Universidad	71	68.9
Ninguno	5	4.9
Total	103	100.0

Nota: Se muestra la escolaridad de los participantes en la indagación.

Cabe destacar que una cantidad considerable cuentan con estudios universitarios 68.9%. Destacando que ambos grupos etarios participantes en el estudio (Cd. Victoria y Culiacán) no presentan analfabetismo.

Tabla 8. *Enfermedad que presentaron los participantes*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad		
Diabetes	23	22.3
Hipertensión	21	20.4
Osteoporosis	3	2.9
Depresión	3	2.9
Hipotiroidismo	3	2.9
Cardiopatía isquémica Asma	4	3.9
Síndrome de meniere Cáncer	1	1.0

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Artrosis	1	1.0
Colitis	1	1.0
Fibrosis pulmonar Espondilitis	1	1.0
Rinitis alérgica	2	1.9
Ninguna	1	1.0
Total	1	1.0
	10	9.7
	28	27.2
	103	100.0

Nota: Se muestran las enfermedades diagnosticadas de los participantes.

Respecto a las enfermedades, una frecuencia de 28 con una representación porcentual de 27.2% no presentan ninguna enfermedad. Sin embargo, las enfermedades que destacan mayor frecuencia fueron la diabetes y la hipertensión. Padecimientos que resultaron en las Personas Mayores participantes en el estudio de Sotomayor-Preciado et al., (2021). En relación, dichas enfermedades son base en este grupo etario (Bonanad et al., 2020).

Tabla 9. Se contagió de COVID-19

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Se contagió de COVID-19		
Sí	70	68.0
No	33	32.0
Total	103	100.0

Nota: Se evidencia la población participante que se contagió de COVID-19.

El 68% de los participantes se contagió de COVID. En este sentido, las Personas Mayores, además de ser consideradas población vulnerable, fue el principal grupo de riesgo ante contagio de COVID-19 (Callís et al., 2020; Cataldi, 2020).

Análisis estadístico de la escala

El apartado evidencia resultados del análisis descriptivo que se obtuvo mediante la escala que se aplicó para describir el impacto que dejó la COVID-19 en la calidad de vida respecto a la capacidad física,

psicológica, social y ambiental de las Personas Mayores de Cd. Victoria, Tamaulipas y Culiacán, Sinaloa.

Tabla 10. *Análisis estadístico descriptivo de los ítems de la escala*

Escala	x	DE
Ante COVID-19, ¿Cómo calificaría su dimensión física?	2.81	.981
Ante COVID-19, ¿Cómo calificaría su dimensión psicológica?	2.89	1.019
Ante COVID-19, ¿Presentó miedo?	1.53	.501
Ante COVID-19, ¿Presentó tristeza?	1.71	.457
Ante COVID-19, ¿Presentó depresión?	1.78	.418
Ante COVID-19, ¿Presentó preocupación?	1.70	.461
Ante COVID-19, ¿Cómo calificaría su dimensión social?	3.09	.991
Ante COVID-19, ¿Cómo calificaría el ambiente que la rodeó?	3.00	.918

Nota: se muestran medidas de dispersión como la media (x) y la desviación estándar (DE).

Tabla 11. *Estadísticos descriptivos respecto a la dimensión física*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Dimensión física?		
Muy mala	10	9.7
Regular	23	22.3
Normal	55	53.4
Bastante buena	7	6.8
Muy buena	8	7.8
Total	103	100.0

Nota: Se muestran resultados respecto a la dimensión física.

Se observa en la tabla 11 que más del 50% señalaron una dimensión física normal, coincidiendo con Cardona et al., (2018), quien refiere que, es significativo el control de la salud y que puedan realizar varias actividades para mantenerse activos, pero, sobre todo, que disfruten de vitalidad, se sientan satisfechos para fortalecer su calidad de vida y disfruten de su vida diaria después de ser parte de la pandemia que

afectó a gran cantidad de personas adultas mayores.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos en cuanto a la dimensión psicológica

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Dimensión psicológica?		
Muy mala	9	8.7
Regular	21	20.4
Normal	56	53.4
Bastante buena	6	5.8
Muy buena	11	10.7
Total	103	100.0

Nota: Se muestran resultados respecto a la dimensión psicológica.

En cuanto a la capacidad psicológica, en la tabla 12 se muestra que más del 50% la califican normal. En este sentido, Ramírez-Ortiz, (2020), refiere que el aislamiento social por COVID-19, generó diversas alteraciones psicológicas en Personas Mayores como depresión, angustia, ansiedad, ira y cambios en el estado de ánimo. Esto podría ser al deterioro mental que con el paso del tiempo se presenta en la vejez como una característica propia de dicha fase de la vida.

Tabla 13. Miedo ante COVID-19

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ante COVID-19, ¿presentó miedo?		
Sí	48	46.6
No	55	53.4
Total	103	100.0

Nota: Se muestran resultados respecto al miedo ante COVID-19.

Siguiendo con la capacidad psicológica, la tabla 13 evidencia que el 53.4% no mostró miedo. Contradiendo lo señalado por Cataldi, quien refiere que las Personas Mayores son grupo de alto riesgo ante el contagio, provocándoles miedo y preocupación (Guerrero et al., 2022).

Tabla 14. Tristeza ante COVID-19

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ante COVID-19, ¿presentó tristeza?		
Sí	30	29.1
No	73	70.9
Total	103	100.0

Nota: Se muestran resultados respecto a la tristeza ante COVID-19.

Tocante a la tristeza, un 70.9% de los participantes no la presentó. Lo contrario presenta el estudio de Quiroga-Sanzana et al., (2022), porque un 66% de sus participantes percibieron tristeza con frecuencia. Sin embargo, se destaca en la tabla 14 que un aproximado al 30% si presentaron este sentimiento.

Tabla 15. Depresión ante COVID-19

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ante COVID-19, ¿presentó depresión?		
Sí	23	22.3
No	80	77.7
Total	103	100.0

Nota: Se muestra si los participantes presentaron depresión ante COVID-19.

El 77.7% de las Personas Mayores participantes en el estudio no exteriorizó depresión. Sin embargo, en ciertos casos, si presentaron dicho estado de ánimo. En esta línea, Lebrasseur et al., (2021), encontraron que la disminución de vida social y mínima interacción, fueron elementos que se asociaron con el aumento de depresión.

Tabla 16. Preocupación ante COVID-19

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ante COVID-19, ¿presentó preocupación?		
Sí	31	30.1
No	72	69.9
Total	103	100.0

Nota: Se muestra si los participantes presentaron preocupación.

Un 69.9% de las Personas Mayores participantes en este estudio no evidenció preocupación ante COVID-19.

Tabla 17. *Dimensión social*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Dimensión social		
Muy mala	2	1.9
Regular	27	26.2
Normal	47	45.6
Bastante buena	14	13.6
Muy buena	13	12.6
Total	103	100.0

Nota. La tabla evidencia la dimensión social

En cuanto a la dimensión social, el 45.6% la percibieron de manera normal. En concordancia, al no socializar temores o preocupaciones en la pandemia, se relaciona con aumento en problemas de salud mental en adultos mayores, porque compartir una emoción y dialogar lo que pasa, aminorar el impacto de los hechos traumáticos (Andrades et al., 2021). Como el escenario de COVID-19.

Tabla 18. *Dimensión ambiental*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Dimensión ambiental		
Muy mala	2	1.9
Regular	27	26.2
Normal	53	51.5
Bastante buena	11	10.7
Muy buena	10	9.7
Total	103	100.0

Nota. La tabla evidencia la dimensión ambiental.

En cuanto a la dimensión ambiental, el 51.5% lo calificaron normal. A pesar de lo anterior, el medio ambiente se ha desequilibrado por la COVID-19, llegando todos a un grado de vulnerabilidad y, por ende, cierto deterioro y desmejora generalizada en la calidad de vida de los individuos (González y Falla, 2021; Gómez, 2021).

Conclusiones

De acuerdo con los resultados planteados en la presente indagación, se puede aseverar que la COVID-19 impactó significativamente la calidad de vida de las Personas Mayores participantes respecto a su dimensión física, psicológica, social y ambiental, debido a que no se identificó una medida alta en ninguna de las dimensiones abordadas. Por otro lado, la mayoría de ellos participantes se contagiaron de COVID-19. Dejando en ellos un impacto relevante, porque hoy en día tienen problemas y necesitan ayuda de terceras personas para llevar a cabo actividades que antes de la pandemia no tenían.

Respecto a la dimensión física, los resultados fueron un poco alentadores, sin embargo, resultaron porcentajes importantes donde las Personas Mayores participantes percibieron dicha dimensión muy mala y regular. Del mismo modo, en la dimensión psicológica, se concluye que el resultado puede ser confortador, pero, en ciertos casos, se presentaron sentimientos de miedo, tristeza, depresión y preocupación ante COVID-19.

En cuanto a la dimensión social, el resultado es consolador, sin embargo, se concluye que, ante COVID-19, las Personas Mayores ya no interactuaban ni se relacionaban personalmente con sus amistades o familiares como antes de la pandemia.

En relación con la dimensión ambiental, se concluye que COVID-19 ha llevado a las personas a un grado de vulnerabilidad porque se encuentran inmersas en un ambiente y tiempo determinado en el que COVID-19 fue un fenómeno significativo y mortal.

Por lo anterior, se concluye que las Personas Mayores que sobrevivieron a COVID-19 requieren de programas de apoyo e intervención para aminorar el impacto que ha dejado esta pandemia en su dimensión física, psicológica, social y ambiental. Además, en la actualidad este grupo poblacional enfrenta dos problemas muy

importantes: primero; el impacto que ha dejado la pandemia por COVID-19 en su calidad de vida respecto a su dimensión física, psicológica, social y ambiental, segundo, la edad que avanza y deteriora gradualmente su capacidad física y psicológica.

Referencias

- Aldás, O. y Contreras, F. (2020). *El envejecimiento activo y aislamiento social por Covid-19: Percepciones de los adultos mayores en la ciudad de Guayaquil*. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15635>
- Andrades, M., García, F., Concha, P., Valiente, C. y Lucero, C. (2021). Predictores de Síntomas de Ansiedad, Depresión y Estrés a partir del Brote Epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Bonadad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F. J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Sanchis, F. J., Vidán-Austiz, M., Formiga, F., Ariza-Solé, A. & Martínez-Sellés, M. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Revista Española de Cardiología* 73(7), 569-576. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>
- Calle-Rodriguez, A. B., Fernandez-Aucapiña, N. Y., Flores-Lazo, E. T. y Urgiles-León, S. J. (2021). Aislamiento social del adulto mayor frente al COVID-19, en el Centro Gerontológico de Atención Diurna del Cantón Sevilla de Oro: Apuntes desde el Trabajo Social. *Polo del Conocimiento*, 6(2), 125-139. <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i2.2241>
- Callís, F. S., Guarton, O. O., Cruz, S. V. De Armas, F. A., Negret, D. J. y Moraguez, R. D. (2020). *Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19*. <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/p%20aper/viewFile/73/50>

- Cardona, D., Segura, Á., Garzón, M., y Salazar, L. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. *Scielo* 24 (97). <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Cataldi, M. (2020). El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la pandemia de coronavirus COVID-19. *Margen* (97), 1-6
- Dáttilo, W., Castro, A., Guevara, R. MacGregor, F. I. y Pontes, R. S. (2020). COVID-19, most vulnerable Mexican cities lack the public health infrastructure to face the pandemic: new temporally explicit model. *Physical Sciences*, 1-23. <https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20061192>
- Espinoza, C. E. (2021). *Calidad de vida de los adultos mayores en tiempos de COVID-19*. [Tesis de grado]. Universidad Técnica de Ambato Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32927/1/BJCS-TS-348.pdf>
- Fernández, M., y Sánchez, R. (2 de noviembre de 2020). Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud*, 31(3). <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a25>
- Gallegos, M., Zalaquett, C., Luna, S. S., Mazo-Zea, R., Ortíz, T. B., Penagos-Corzo, J., Portillo, N., Torres, F. I., Urzúa, A., Morgan, C. M., Polanco, F., Flórez, A. y López, M. R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del coronavirus (COVID-19) en las Américas: Recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), e1304.
- Gobierno de México (25 de enero de 2022). 034. *En México, 83.3 millones de personas vacunadas contra COVID-19*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/034-en-mexico-83-3-millones-de-personas-vacunadas-contra-covid-19?idiom=es>
- Gómez, A. J. E. (2021). Covid-19: reflexiones filosóficas y gerontológicas desde la adaptabilidad y calidad de vida. *Medicina y ética*, 32(1), 137-157. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.04>
- Gómez G. K. (2022). *Dinámicas Familiares en Tiempo de Pandemia por*

- Covid 19 en Cartago*. (Tesis de grado). Universidad Antonio Nariño. <http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/6747/2/2022Kely%20Gomez.pdf>
- González, A. y Falla, R. U. (2021). La intervención de Trabajo Social en tiempos de covid-19. Una apuesta de proyección social universitaria desde el enfoque sindémico. *Revista de Trabajo Social* 24(1), 193-216.
- González-Soto, C. E., Agüero-Grande, J. A., Mazatán-Ochoa, C.I. y Guerrero-Castañeda, R.F. (2021). Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia COVID-19-nueva normalidad. *Cogitare Enferm*, 26. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.78463>
- Guerrero, R., Luna, T., Paramo S., Razo L., Vega, I. y Chávez, S. (2022). Experiencia vivida del cuidado de la salud mental en el adulto mayor durante el aislamiento por COVID-19. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud*; 9(1), 68-82. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.723>
- Hernández, R. J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Revista Científica Villa Clara*, 24(3), 578-594.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Presentación de resultados Tamaulipas*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_tamps.pdf
- Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Raymond, E., Bussieres, E. L., Lapierre, N., Faieta, J., Vincent, C., Duchesne, L., Ouellet, MC., Gagnon, E., Tourigny, A., Lamontagne, M. E. y Routhier, F. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. *JMIR Aging* 4(2), 1-17. doi: 10.2196 / 26474
- Oscoco, G. y Silva, M. M. V. (2021). Calidad de vida en adultos mayores en tiempos de pandemia por la Covid19. [Tesis de grado]. Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91873/Mart%c3%adnez_OG_Silva_MMV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Oñate, M. (2014). Aislamiento y patología inherente: paralelismo entre el renacimiento en Doña Juana I de Castilla y la Época Actual. *Revista Aequitas*, 83-166

- Organización Panamericana de la Salud (30 de septiembre de 2020a). *Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas* <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
- Organización Panamericana de la Salud (11 de marzo de 2020b). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Panamericana de la Salud (05 de noviembre de 2021). *Actualización diaria de COVID-19 de la OPS: 5 de noviembre de 2021*. <https://www.paho.org/en/documents/paho-daily-covid-19-update-19-october-2021-0>
- Organización Panamericana de la Salud (26 de septiembre de 2022). *Preguntas frecuentes: Vacunas contra la COVID-19*. <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19/preguntas-frecuentes-vacunas-contra-covid-19>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (06 de abril del 2020). *Los impactos económicos de la pandemia de COVID-19 y las desigualdades de género Recomendaciones y lineamientos de políticas públicas*. <https://www.undp.org/es/latin-america/publications/los-impactos-econ%C3%B3micos-del-covid-19-y-las-desigualdades-de-g%C3%A9nero-recomendaciones-y-lineamiento-de-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas>
- Pinazo, Hernandis. S. (2020). Impacto psicosocial de la Covid-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 55(5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Quiroga-Sanzana, C. E., Parra-Monje, G. R., Moyano-Sepúlveda, C. J. y Díaz-Bravo, M. A. (2022). Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social* 33, 57-74. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i33.11544>
- Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F,

- Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb. J. Anesthesiol*, 48(4), e930. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Secretaría de Salud de Gobierno del Estado de Tamaulipas (2022). *Infórmate sobre el COVID-19*. <https://coronavirus.tamaulipas.gob.mx/>
- Sotomayor-Preciado, A. M., Espinoza-Carrión, F. M., Rodríguez-Sotomayor, J. y Campoverde-Ponce, M. (2021). Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 6(1), 362-380.
- Villarreal, A. M., Moncada, J. J. Ochoa, M. P. y Hall, L. J. (2021). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos* 41, 480-484. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>

Conocimiento de la medicina tradicional en San Antonio de Calpulalpan, Tlaxcala: Patrimonio de ayuda en la sociedad

Alfonso Hernández Cervantes,
Laura Vallejo Hernández¹³

Resumen

La medicina tradicional en México es una manifestación más de la cultura con profundas raíces en el pasado. En la actualidad, esta manifestación cultural es parte vital en la vida de cada comunidad que la práctica, ya que es transmitida de generación a generación a través del lenguaje. Siendo éste, el medio que nos permite transmitir y adquirir conocimientos que estén enfocados a las necesidades de nuestro grupo social. El choque cultural y lingüístico que hubo entre los españoles y los pueblos nativos es lo que dio origen a una nueva medicina, la medicina tradicional. Ésta continúa arraigada a las culturas de nuestro país porque forma parte de las culturas que la practican y porque efectivamente cura. El objetivo de este trabajo es mostrar que la cultura, la tradición y el lenguaje de cada una de las comunidades étnicas de Tlaxcala son motivo de reflexión, conocimiento y estudio en el ámbito lingüístico-social y etnolingüístico para que a partir de este espacio fomentemos su desarrollo y revalorización como una manera de fortalecer la identidad de las comunidades étnicas de Tlaxcala. Se

¹³ Profesores de Tiempo Completo de la Licenciatura e Enseñanza de Lenguas de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

trabajó con 5 personas conocedoras de la medicina tradicional, teniendo como muestra las grabaciones sobre su conocimiento de las plantas, minerales y animales que se usan para curar. A lo largo de este trabajo conoceremos cuál es el nombre en lengua náhuatl para designar las plantas, animales y minerales medicinales en la región de San Antonio Calpulalpan. Además, expondremos cuál es el sentido y significado que los conocedores de la medicina tradicional le dan por medio de su lengua, su historia y su cultura. Para concluir, podemos decir que el conocimiento y uso de la medicina tradicional va desapareciendo, debido a la transculturación que enfrentan las nuevas generaciones. Los usuarios que quedan de esta medicina toman nuevos mecanismos de subsistencia.

Introducción

Al momento de la conquista, en el siglo XVI, el choque cultural y lingüístico que hubo entre los españoles y nativos fue lo que dio origen, entre otras cosas, a una nueva medicina, conocida ésta como medicina tradicional. La medicina tradicional continúa tan arraigada en las culturas de nuestro país porque forma parte esencial de las culturas que la practican y porque efectivamente cura.

Los conocedores del uso y la práctica de la medicina tradicional la expresan a través del lenguaje cotidiano. Es así como surge nuestro interés por mostrar que tanto la cultura, la tradición y el lenguaje de las comunidades étnicas, y en particular la de San Antonio Calpulalpan, son motivo de reflexión, conocimiento y estudio en el ámbito lingüístico-social para fomentar el desarrollo y revalorización como una manera de fortalecer la identidad de esta región en Tlaxcala.

En el uso y conocimiento de la medicina tradicional, desde el enfoque lingüístico-social, se usan palabras de origen náhuatl para designar a las plantas, animales y minerales medicinales en la región de San Antonio Calpulalpan. También, en este trabajo exponemos cuál es el sentido y significado que se le da a la medicina tradicional por

medio de la lengua, la historia y la cultura. Para ello, hay que considerar que, en la región antes mencionada, la lengua que se usaba era el náhuatl. Esto se sabe porque existen distintas pruebas documentales que confirman este hecho; es decir, existen actas matrimoniales en el archivo parroquial que datan del siglo XVII, las cuales están escritas en dicha lengua. También se encuentran registros de nacimientos escritos en la misma lengua. La toponimia de la región habla de asentamientos nahuas y los restos arqueológicos de diferentes épocas que dan muestra de un pasado náhuatl.

El uso de la medicina tradicional va decayendo en el sentido de que las personas cada vez más hacen uso de la medicina moderna, incluyendo la oficial e institucional. Pero no dejamos a un lado el hecho de que los campesinos son los que más conocen acerca de esta medicina, ya que son ellos quienes utilizan plantas, animales y minerales considerados medicinales para enfrentar problemas de salud. Sostenemos que la medicina tradicional se va perdiendo en esta región en el sentido de que cada vez hay menos gente que la utilice, y esto trae como consecuencia que su uso vaya desapareciendo. Si esta medicina tradicional sigue viva es porque responde a formas culturales y porque es una respuesta a la necesidad de los grupos sociales que la practican.

Con este trabajo, mostramos que la medicina tradicional es una pequeña parte de la cultura, vista como un todo complejo puesto que su supervivencia forma parte de la cultura e identidad de la región mencionada. Con esto, determinamos cuáles son los grupos sociales que utilizan la medicina tradicional. Este trabajo ofrece nuevos aportes en el campo social y etnolingüístico porque, de acuerdo con Vilar Sánchez (1981) nos permite entender la variedad y variación del lenguaje en relación con la civilización y la cultura de cada pueblo. A la cultura, la entendemos como un proceso de supervivencia donde los individuos conviven social y lingüísticamente.

De manera general, en un primer momento, hablamos del escenario donde llevamos a cabo este trabajo. Aquí abordamos desde los

antecedentes históricos prehispánicos hasta la actualidad. Después, nos enfocamos en describir teóricamente los conceptos que sustentan el presente texto, al considerar que la medicina tradicional no se podría conocer sin el lenguaje, puesto que es el único medio para expresar los pensamientos y saberes acerca de las cosas. Posteriormente, hablamos de la descripción de la metodología que utilizamos para la obtención de resultados y, finalmente, las conclusiones.

Descripción general del escenario

Calpulalpan ofrece varios testimonios de su pasado náhuatl. Estos testimonios son arqueológicos de diferentes épocas; entre los más importantes de encuentra "Los Cerritos", Tecoaque y "La Herradura", en estos lugares, con testimonios arqueológicos, se encontraron figuritas, alfarería, pirámides circulares y pozos cuadrados, los cuales son elementos que, por los rasgos que presentan, no dejan dudas de la procedencia de la civilización teotihuacana. El jeroglífico que representaba antiguamente a Calpulalpan muestra seis localidades, de las cuales tres son "Ciudades Reales" y tres son barrios. Sin embargo, los antropólogos y arqueólogos que trabajan en la región han encontrado restos de otros pueblos destruidos por los conquistadores en el siglo XVI. Bajo la Iglesia de San Antonio se localiza una de las ciudades del citado jeroglífico. Los fundadores y habitantes de esta región fueron chichimecas de la rama ahcolhua.

El topónimo Calpulalpan proviene del náhuatl "CAL" apócope de "CALLI" casa. "CALPOL" CASONA, "ALPAN" en o sobre, y quiere decir "en las casonas o en las casas grandes", según G. Morales (1955). Para Anaya Monroy (1965), Calpulalpan proviene del náhuatl "CALPULLI" muchas casas, barrio y "PAN" en, sobre, de, y quiere decir conjunto de casas, en los CALPULLIS, en los barrios.

Consumada la conquista, los habitantes de Calpulalpan se refugiaron en la sierra de los volcanes para escapar al trabajo forzado en las tierras del encomendero, así como para destacar sus costumbres

religiosas, cazar y tener sus propias tierras. La epidemia de viruela diezmo la población al momento de la conquista en esta región. La edificación de la iglesia de San Antonio entre 1548 y 1608 detonó una nueva forma de vida. Las haciendas jugaron un papel importante en el desarrollo de la región. Se buscaba el mejor aprovechamiento de las tierras al cultivar maguey, produciendo grandes cantidades de pulque. La población indígena era la que más consumía esta bebida. La población indígena se preservó en las comunidades de Cuauila, Guaquilpan, Sultepec y Actipac, a diferencia de Calpulalpan donde sí hubo mestizaje, no por los matrimonios prohibidos, sino por los hijos naturales de los comerciantes españoles, de los administradores criollos y, a veces, de los propietarios de residentes.

En la época de independencia, el fenómeno administrativo influyó poco en la economía del municipio. Tampoco cambiaron las estructuras sobre la tenencia de la tierra, las haciendas quedaron en manos de los criollos.

Para el periodo colonial, el bosque fue protegido por los hacendados; el clero le cede una extensiva y desordenada extensión territorial que modela el paisaje actual. La expropiación empieza en 1865 con la construcción del ferrocarril. Así crecieron las necesidades de la comercialización de leña y madera para la calefacción y para la construcción. La tala del bosque prosiguió durante la revolución, afectando la supervivencia de las comunidades indígenas, en las cuales se hablaba la lengua náhuatl.

El ferrocarril permitió la comercialización más rápida del pulque, pero se originó un mayor contacto cultural con otras formas de vida y el predominio del castellano. En 1874, el 16 de octubre, se cedió al estado de Tlaxcala la municipalidad de Calpulalpan. Al ser, en su momento, el municipio más extenso del estado de Tlaxcala, para el año de 1935 se divide en otros dos municipios, el de Sanctorum y Nanacamilpa, respectivamente. En comunicación personal con el cronista Alejandro Martínez, Calpulalpan, en los años 1935-1936 se encontraban hablantes de lengua náhuatl en los pueblos donde se

preservó la comunidad indígena.

Calpulalpan cuenta con pueblos, ranchos y colonias que conservan su nombre en lengua náhuatl. Esto nos hace entender que en la vida cotidiana de las comunidades de esta región persiste la práctica de la medicina tradicional. En la flora y fauna local se puede encontrar maguey, sabino, ocote, tejocote, capulín, tepozán, oyamel y encino, liebre, conejo, tuza, ratón de campo, codorniz y algunas otras aves.

Las enfermedades más comunes son del aparato respiratorio y aparato digestivo, las cuales son atendidas por médicos tradicionales.

Ámbito de la cultura

La relación social del hombre con la naturaleza y con los demás hombres es lo que permite construir una conciencia colectiva, es decir, se va produciendo un conocimiento que posteriormente conforma al grupo social y, por consiguiente, da un contenido histórico a una cultura y un sentido de pertenencia a los integrantes de esa cultura.

Para Herrero Ricaño (1989), la estructura de una cultura se va construyendo a través del tiempo con los elementos que producen el conocimiento sobre el mundo físico y social, los valores y creencias de un determinado pueblo. También se va reproduciendo con la repetición de actos que espacial y temporalmente se van asumiendo tanto individual como colectivamente, a través de las costumbres, las tradiciones y los pensamientos transmitidos de una generación a otra entre los integrantes de ese pueblo.

La cultura se multiplica y se transmite a través del tiempo por medio del lenguaje, con el frecuente uso de objetos y acciones realizadas y comunicadas con diversas intencionalidades, con la nominación de diversos significados para producir diferentes expresiones y por todo lo que es producido con intencionalidad, es decir, se multiplica con todas las acciones que el individuo hace a través del lenguaje y la

manipulación de objetos. La racionalidad del lenguaje le permite al individuo conocer todo lo que vive, lo que hace y construye su propia comunidad.

Concepto de cultura

Ningún pueblo, ni ninguno de sus integrantes pueden apartarse de los problemas que enfrentan día a día. Es decir, ningún pueblo se aparta de los problemas como la enfermedad, cuestiones económicas, políticas, etc., de la vida cotidiana, los cuales se aprenden por medio del lenguaje. Herrero Ricaño (1989:20) sostiene que la cultura se debe entender como "el marco de referencia para que los individuos, en su vida cotidiana, reconozcan, expliquen y comprendan un fenómeno, porque es en lo cotidiano en donde los hombres buscan y satisfacen el dominio de los problemas que enfrentan y deciden la intensidad y el sentido de sus actos".

Así, la cultura es una cuestión colectiva y a la vez personal; es colectiva en el sentido de que si alguien pertenece a una cultura determinada no podrá salirse de los parámetros que marca esa cultura, es decir, que la cultura no distingue a nadie que pertenezca a ella, porque es como un refugio para el bienestar de cada ser humano. Es personal en el sentido que cada individuo tiene su propio criterio para hacerse partícipe de la cultura que él elija. Es por eso que todo ser humano es libre e independiente de criticar y experimentar para acceder o no, con mayor o menor intensidad, a los elementos que componen la cultura, lo que no significa es que el hombre y la cultura sean realidades independientes, sino todo lo contrario son dos elementos que tienen un desarrollo totalmente interdependiente.

La cultura, entonces, sostienen Anzures y Bolaños (1989, p.163), describe "El conjunto de conductas colectivas, normas de control social y valores de un pueblo, expresado en distintos lenguajes y fruto de una tradición. Esas conductas, normas y valores se pueden estructurar en diversos sectores de actividad conocidos en antropología como

instituciones de la cultura: economía, religión, familia, educación, arte etc.”

La totalidad de procesos complejos que se arraigan en un pueblo es lo que se llama cultura porque estos procesos que se arraigan en una cultura traen como consecuencia que formen extensiones y se den interpretaciones muy distintas entre los grupos sociales que conforman la cultura y, además, existe un determinado nivel para la articulación de los significados que estos grupos sociales producen en el modo de vida de las personas.

La cultura implica una forma de vida en sociedad porque el hombre debe estar en constante comunicación con los demás y esta comunicación le permite conocer ideas y pensamientos nuevos. Así, el lenguaje es un elemento fundamental en toda cultura.

El objetivo de la cultura es que el hombre se reconozca así mismo dentro y fuera de su propia cultura a través de elementos simbólicos. Es por tal motivo que el ser humano, en la cultura que es un campo de producción simbólica, compagina con sus propios actos y en los de los demás con lo que comparte tales símbolos. La cultura es el espacio que posibilita la comunicación de necesidades sociales. Por ejemplo, cuando un ser humano se encuentra ante la presencia de una determinada enfermedad, no basta o no es suficiente una explicación casual del diagnóstico o de la terapéutica.

La terapéutica es una pequeña parte de la medicina que indica los remedios que podemos utilizar para el tratamiento y curación de las enfermedades, pero además, es necesario que el individuo esté convencido que todo lo que sucede a su alrededor es realmente verídico y por lo tanto, la terapéutica le es útil para que le produzca satisfacción dentro de sus necesidades de curación, ya que es propio de todo ser humano nombrar la realidad de la enfermedad y de la curación para ubicarlo en un contexto.

El uso de cosas y costumbres que tardan en perderse o

transformarse en una comunidad, tal vez se modifiquen y se vuelvan tradicionales, pero nunca desaparecen del todo porque son transformadas con el tiempo y van tomando nuevas formas y significados. Así, lo tradicional de un pueblo es una expresión más de la cultura, ya que esta tradición está llena de contenidos que son utilizables, se combinan y se modifican en tiempos y espacios que se ajustan a una realidad pensada y vivida en lo cotidiano por los integrantes de un grupo social, quienes la formalizan a través de la lengua.

El lenguaje como parte constructivo de la cultura, sin duda, tiene mayor importancia para la vida social y conservación de los pueblos y su identidad, pues permite generar y transmitir el conocimiento que se genera en el seno de un grupo social. Es en el lenguaje donde se expresan el sentir y la visión del mundo de un grupo humano; también, es aquí donde el individuo encuentra la concepción que su grupo social tiene del mundo que le rodea y, por último, el lenguaje es el que permite conformar al propio individuo para que sus pensamientos, sentimientos y actos cotidianos concuerden con los ojos del grupo. Al respecto, Dittmer (1980, p. 37) arguye que “hay que hacer hincapié en el hecho de que cualquier lengua puede expresar los valores culturales tanto tradicionales como recién adquiridos de su comunidad”.

Como hemos visto, el lenguaje es el componente más importante que una cultura puede tener. Por ello, es importante que se continúe explorando sobre nuevas formas de vivir, conceptos y dinámicas sociales que les permite reflejar una realidad lingüística. Es en esta realidad lingüística donde surgen y se dan nuevos significados de una lengua hacia la otra y viceversa. Es decir, lo que en una cosmovisión lingüística ocurre se traslada, de alguna manera, a la otra. Por ello en este trabajo exploramos cómo se dan las dinámicas sociales en el uso de la medicina tradicional a inicios del siglo XXI. Por ejemplo, en el siguiente pasaje oral del yerbero, cuya edad es de 60 años, elicitado en el año 1999, en Calpulalpan, nos menciona lo siguiente:

Anacahuite para la tos, cuaxalalate, cabello de elote, todo eso ahí

hay hartó... la anacahual es anacahuite, le dicen anacahual, como sea; cuaxalalate para una infección por dentro, para los que padecen de la hemorroide, es pa la úlcera, pal riñón, cosa buenísima el cuaxalalate en tesito y así todo.

En este pequeño extracto oral, podemos ver cómo el yerbero recomienda el uso de una planta para curar enfermedades del estómago y para la tos. El conocimiento que se tiene es parte importante para la vida diaria y conservación del conocimiento de los pueblos y de las culturas a las que pertenecemos. Es así como el lenguaje, según Casado Velarde (1991) es un acto creador que se funda en un saber.

El saber se va reproduciendo y retroalimentando en el interior de una cultura, también, este saber tiene su base en lo que todo individuo va experimentando de su cultura a través del tiempo. Con la experiencia social, el individuo crea sus propios significados, los cuales son producto de la fijación y objetivación de su propio conocimiento y experiencias que todo ser humano tiene de sí mismo y del mundo que le rodea; esto quiere decir que la formación de los significados del propio lenguaje nos remite a un carácter histórico porque todo significado tiene su antecedente que le permite ser usado a través del tiempo.

El uso de significados son producto de nuevas experiencias que se originan con el paso del tiempo y de las nuevas situaciones y nuevos pensamientos que una población enfrenta. Entonces, la medicina tradicional es el reflejo del uso de nuevos significados porque es en ella donde las necesidades, intereses y mecanismos de la cultura permiten el uso continuo de esta práctica en el siglo XXI. Esto permite ver la identidad de una comunidad. Es importante resaltar el uso de palabras de origen náhuatl, lo cual demuestra el origen étnico de la región. Las prácticas médicas adquieren diversos valores y matices dentro de distintos contextos y de las distintas ideologías que tienen los conocedores de la medicina tradicional en la región bajo estudio.

El hecho de no compartir un mismo lenguaje hace que los médicos científicos tengan un mal concepto de la gran variedad de las prácticas médicas indígenas al considerarlas como expresiones folklóricas o puras supersticiones que la gente inventa, sin considerar que están basadas en una herencia cultural y en una larga historia.

A continuación, presentamos una experiencia de una de nuestras colaboradoras con respecto al problema que enfrentan los médicos oficiales con los tradicionales. Ella es huesera, partera o comadrona, también es reconocida como curandera y ama de casa.

“Tuve una señora que tenía mucho vómito desde hace ya seis meses y me la trajeron, y les dije: voy a poner manos pero no les aseguro nada, pero vamos a ver y la curé y les dije que me la dejaran para vigilarla... le para pasar los líquidos y que le pongo barro y hierbas suecas (revuelto) que lo echo en un trapo y que se lo aplicó en el estómago y ya no vomitó y el dolor se le estaba calmando y después se tomó el té del salvador, tres veces al día, y después, ya no tomaba la medicina del médico porque le estaba haciendo daño y prefirió las hierbas porque le estaban haciendo bien” (03-03-1999)

En esta narración podemos observar y confirmar que no son supersticiones inventadas, ya que la paciente prefirió la medicina tradicional y no la oficial. Es así como la gente expresa su confianza y uso de la medicina tradicional, transmitida gracias al lenguaje, el cual es utilizado por los integrantes de una comunidad resolviendo necesidades sociales.

Medicina prehispánica

En los pueblos prehispánicos, la medicina tradicional tuvo un gran esplendor. Esto se sabe por los códices que han persistido y por lo que los indígenas reportaron en su propia lengua, el náhuatl en el siglo XVI, y como dice Anzures y Bolaños (1981), los franciscanos enseñaron a los

indígenas a escribir en latín o en castellano, en el colegio de Santa Cruz de Tlatelolco. Es así como tenemos conocimiento de lo que hacían y vivían en aquel tiempo.

El interés por hablar de este pasado es para tener en cuenta las raíces de lo que hoy conocemos como medicina tradicional. La medicina tradicional ha tenido cambios por la frecuente evolución del pensamiento que los hablantes de una comunidad presentan. Es importante hacer notar que la rica colección de datos que se refieren a la medicina indígena o nativa ni se ha estudiado lo suficiente. El código Badino, La Historia de Sahagún, la obra de Francisco Hernández, son algunos referentes con los que se cuentan para conocer el pasado histórico de la medicina tradicional. López Austin (1971) sostiene que muchos textos recogidos por Sahagún demuestran que los pueblos nativos conocían y trataban un amplio número de enfermedades a las que se les atribuían dos factores: religiosos y naturales como causa de las mismas.

Las enfermedades naturales, de acuerdo con Anzures y Bolaños (1981), no eran enviadas por deidades, sino que los médicos falsos las producían y los médicos verdaderos las conocían y las trataban. León-Portilla (en Anzures y Bolaños, 1981)) hace un listado de las características de estos médicos.

- *Médico verdadero*: un sabio (*tlamatini*), da vida. Es un conocedor experimental de las cosas; conoce experimentalmente las yerbas, las piedras, los árboles, las raíces. Tienen ensayados sus remedios, examina, experimenta, alivia las enfermedades. Da masaje, concierta los huesos. Purga a la gente, la hace sentirse bien, le da brebajes, la sangra, la corta, cose, hace reaccionar, cubre con ceniza las heridas.
- *El médico falso*: se burla de la gente, hace su burla, mata a la gente con sus medicinas, provoca indigestión, empeora las enfermedades y a la gente.

El conocimiento de un médico verdadero se adquiere en un proceso

de largo aprendizaje; aunque también se sabía que un médico llegaba por destino, o por haber nacido con un defecto físico, o haber padecido alguna enfermedad, o por haber recibido entre sueños una orden para dedicarse a curar. En suma, los médicos nativos eran hombres que conocían a su pueblo y estaban dedicados a cuidar la salud de su gente. Conocían las propiedades medicinales de las plantas, animales y minerales, sabían distinguir las enfermedades, cómo se manifestaban y sus causas y, también, sabían quiénes eran los hombres o mujeres que se dedicaban a perjudicar a la gente.

La medicina tradicional en la conquista

De índole religiosa era la oposición por parte de los españoles a la medicina tradicional. El hecho de creer en los sueños se consideraba obra del diablo, al igual que cuando curaban por adivinación. Anzures y Bolaños (1989) argumenta que en esos tiempos se consideraba que los brujos o hechiceros tenían pacto con el diablo, que las plantas eran malas porque tenían fuertes estimulantes; tal es el caso del *ololiuhqui*, cuya semilla es redonda, que servía para curar las enfermedades venéreas, el *peyote*, cuya raíz sirve para hacer una bebida que puede sustituir al vino; así podemos seguir mencionando otras plantas como los *teonanacatl* hongos alucinógenos, *toloache* planta que se aplica sobre las heridas y sobre las llagas de la cabeza. Decían que servían para contactarse con sus dioses y que tenían actitudes mágicas. La religión imponía una visión sobre las cosas. Esto ocasionó la persecución de los curanderos o médicos. Ellos tenían otra forma de ver el mundo que les *rodeaba y no veían mal el uso de estas plantas*.

La medicina mestizada

Con el choque de las formas de ver el mundo comenzó a desarrollarse una nueva medicina mestiza. Esta nueva medicina tomó forma para los nativos y para los españoles, pero también para un nuevo grupo que iba creciendo, los mestizos. La conquista no sólo propició un dominio militar, político, económico, lingüístico, religioso y social, sino que fue

un canal de comunicación intercultural. Anzures y Bolaños (1989) sostienen que los españoles tomaron diferentes actitudes hacia la sociedad dominada. 1) se inclinaban a conocer y estudiar la medicina nativa, 2) a tomar una actitud desinteresada de esta medicina y 3) tomaban una actitud hostil, no por lo medicinal, sino por la inclinación religiosa que pudiera implicar.

La medicina tradicional

La medicina tradicional es una nueva forma que se deriva del encuentro asimétrico de la medicina nativa e hispánica. Para dar un concepto de medicina tradicional, tomamos la definición de Herrero Ricaño (1989, pág. 39-40):

Se conceptualiza a la medicina tradicional como el conjunto de prácticas y saberes que tienden a la preservación de la salud, incluyendo ideas, conceptos y recursos para prevención y curación de enfermedades mediante el uso de sustancias naturales, seleccionadas y dosificadas a través de un conocimiento heredado culturalmente y que constituye un amplio conjunto de acciones religiosas, mágicas, herbolarias y míticas que comparten cosmovisiones remotas; ajustándose a la interpretación del pensamiento presente, existente en comunidades campesinas, indígenas y mestizas, cuya sobrevivencia es que corresponde a necesidades culturales de la población.

Así, la medicina tradicional es un conjunto de conocimientos y prácticas que se recrean en el seno de la población a partir de una herencia cultural. Además, estos conocimientos y prácticas son transmitidos de generación en generación, y, si esta medicina se ha mantenido por siglos es porque responde a formas culturales y porque verdaderamente cura.

En los lugares a donde casi no llegaban los españoles o su estancia

en ese lugar era demasiado corta, las formas de curar continuaron vivas junto con la lengua del grupo étnico, al igual que sus conceptos sobre las causas que propiciaban la enfermedad. (Anzures y Bolaños, 1981). Todas las plantas, animales y minerales que los médicos tradicionales utilizan para aliviar las enfermedades dependen del botiquín de sus antepasados y de lo que van incorporando de las nuevas experiencias; ya que es el frecuente uso de ese botiquín el que permite a la medicina tradicional seguir con vida y en general a las personas que confían en ella.

Las razones por las que se ha mantenido tanto tiempo son dos: una es porque las plantas son muy baratas y, además crecen en el lugar donde viven y son fáciles de encontrar; la otra razón es porque tienen un prestigio místico de la propia cultura del usuario que permite que sea reconocida en las diferentes culturas. Es importante resaltar que el poco conocimiento, el desprecio y la hostilidad que la medicina tradicional ha sufrido, son meras manifestaciones de etnocentrismo de la cultura en la que estamos inmersos. La medicina tradicional ha ido cambiando por el impacto de los medios de comunicación y redes sociales que cada vez son mayores, la movilidad social y geográfica que presentan los pueblos tradicionales, la modernización de la vida y las nuevas formas de pensar, la gran influencia de la escolarización y el uso más frecuente del español. Esto trae consigo la proliferación de productos farmacéuticos y la asistencia sanitaria y médica por parte de los médicos oficiales de las instituciones.

Aunque la medicina tradicional no sea considerada oficial, legalizada, universitaria, ni mucho menos científica, forma parte de la vida cotidiana que una cultura enfrenta. Esta medicina, sostiene Anzures y Bolaños (1981) que no es estática, es vital.

Para establecer un concepto de medicina tradicional, es necesario establecer una distinción clara de lo que distingue a una medicina tradicional y a la oficial. Una respuesta pertinente es que, básicamente, la medicina tradicional está basada en lo empírico, mientras que la medicina oficial pretende ser cien por ciento científica, pero no hay que

descartar, como sustenta Lozoya (1981), que la ciencia misma está inmersa dentro de lo empírico. Aguirre Beltrán (1955) arguye que la medicina tradicional forma parte del patrimonio de los grupos étnicos y que son ellos los que mantienen sus saberes médicos que son aprendidos de generación en generación.

Existen muchos trabajos donde se reconoce a la medicina tradicional con el nombre de medicina popular, pero en este trabajo adoptamos el nombre de tradicional porque tiene sus raíces en el pasado e incluye a sectores campesinos y a representantes de la sociedad suburbana y urbana. Además, esta medicina no incluye a formas de medicina recientes, las cuales no han adquirido un público amplio. Por ejemplo, está la medicina espiritista, vegetariana, etcétera.

En consecuencia, la medicina tradicional se ha mantenido por mucho tiempo porque está tan arraigada y difundida, y porque responde a las necesidades culturales de grupos mayoritarios, ya que efectivamente cura y no produce peligros a la salud como sucede en algunas prácticas y sustancias de la medicina moderna.

Un estudio realizado en Chinchero, Perú, por Esteva Fabregat (1970), nos revela que la medicina tradicional de ese lugar está basada en la preparación de plantas silvestres, las cuales están consideradas como terapéuticas; también existen prácticas curativas en caso de luxaciones y en el parto, es decir, resuelven sus necesidades de salud de la población desde el propio marco cultural y lingüístico. Así, por lo tanto, la medicina tradicional no es otra cosa más que la respuesta cultural y social que una determinada población emprende ante su propia realidad dentro de su situación de salud. Esta situación de salud tiene incrustados los modos de atención, los cuales son una serie de conjuntos de sistemas y acciones articuladas a la sociedad y también, como sostiene Herrero Ricaño (1989), responden a las necesidades de salud individual y colectiva.

Vigencia de la medicina tradicional

La medicina tradicional ha permanecido vigente gracias a la continua formación de un determinado personal médico, de acuerdo con la tradición cultural. Este personal médico se forma como se hacía en el pasado; por herencia, de padres a hijos o a algún familiar interesado en aprender, por vocación especial o por un llamado en sueños, como ya lo hemos mencionado antes.

Es, a través del lenguaje, que se transmite este conocimiento, es decir, que, por medio del contacto comunicativo entre los pueblos, el hombre tiene la capacidad de producir nuevos conceptos y formas de curarse. Es así como la medicina tradicional ayuda a que la cultura de una comunidad se consolide. De hecho, por más servicios médicos que tengamos, siempre recurriremos a la medicina tradicional porque no podemos negar que alguna vez hemos hecho uso de ella. Según sea la organización de las comunidades y/o sociedades, siempre habrá cambios y características comunes a varios grupos sociales.

Aguirre Beltrán (1955) dice que la medicina tradicional es utilizada en las sociedades y que es una institución totalmente integrada a su contexto. Este estudio lo relacionamos al campo de la etnolingüística porque relaciona el objeto de la cultura y la lengua.

Etnolingüística

Surge de la relación de ambas disciplinas (lengua y cultura), la relación se da por las nuevas perspectivas, opciones, metas, objetivos, al igual que las técnicas y métodos que cada disciplina va comprobando en su campo de estudio. Los antecesores de esta disciplina, según García Mora, (1988) son: B. Malinowski, E. Durkheim, M. Mauss, F. De Saussure, R. Jakobson, F. Boas, E. Sapir y B. Whorf. A estos autores, se les ha considerado antecesores de esta disciplina. Sus trabajos tenían como cometido describir y entender a las culturas por medio de estudios etnográficos, cuyos resultados demuestran que la lengua es la clave

para llegar al análisis de la cultura.

Siguiendo a Lévi - Strauss (1953), él sostiene que el hombre es capaz de hacer un ordenamiento del mundo que lo rodea. Esto trae como consecuencia que la manera de pensar de un hombre es muy distinta a la de otro y, por consiguiente, a la de otro grupo. En cuanto a la hipótesis Sapir - Whorf dice que la lengua es importante en el contexto cultural, ya que la lengua moldea la percepción de la realidad de los individuos de una comunidad; Sapir, por su parte, desarrolló las ideas de Boas, con respecto a la relatividad de las categorías lingüísticas que sostiene que el hombre puede experimentar la realidad sólo a través del lenguaje. Whorf llevó más allá estas ideas de la relatividad lingüística.

El objetivo de esta nueva disciplina es sobre los aspectos culturales y se refiere al sistema del conocimiento del aspecto cognoscitivo de los individuos que integran una nueva cultura. El punto central de la etnolingüística es tomar en cuenta los aspectos de conceptos y categorías del grupo social, los cuales son denominados conceptos énicos, como forma de diferenciar los aspectos éticos, en los cuales están implícitos los conceptos y categorías del investigador para llevar a cabo una buena descripción de la comunidad que estudia. Es importante determinar los límites o barreras de los campos semánticos o dominios de una comunidad de hablantes porque siempre habrá variaciones de un individuo a otro. Es decir, el hecho de nombrar cosas es una forma de organizar la percepción que el individuo tiene de esas cosas.

Otro objeto de estudio de la etnolingüística son los discursos y tipos de discursos tradicionales que se dan en una comunidad, ya que se consideran en relación con la lengua y la cultura de esa comunidad. Por ejemplo, la señora Refugio González de 55 años nos da el siguiente discurso tradicional, el cual sobrevive en la región de Calpulalpan, ya que se va transmitiendo de generación a generación:

Mi mamá le decía a mi papá que le trajera sus yerbitas, igual

porque ella curaba; ella sacaba señoras con bien, las aliviaba. Usaba la ventrónica cuando no acababan de arrojar las señoras lo demás, con eso, la ventrónica y, le digo, ahí aprendimos a juntar las yerbas

En esta narración, vemos un discurso tradicional que es manejado por las personas o médicos tradicionales. En él, vemos las formas de entender la realidad social y cultural que viven los individuos en un grupo social.

Un grupo social o grupo étnico, como sostiene Vilar Sánchez (1981), está constituido por individuos que además de hablar una misma lengua para poder comunicarse y transmitirse pensamientos, pueden compartir una misma historia, una cultura y organización social que le permite identificarse entre sí.

Esta identificación permite a todo individuo distinguir a los integrantes de su grupo, porque para que el individuo se identifique con su grupo, como sostiene Vilar Sánchez (1981), es necesario que sus límites sean claros y determinantes. Los integrantes del grupo se ocupan de mantener claros los límites que define el grupo, ya que existen, por un lado, criterios externos y objetivos que ayudan a determinar los integrantes del grupo, por ejemplo: el color de piel, el color del pelo, de los ojos, la estatura, el idioma, etcétera. Por otro lado, los criterios que son considerados como internos y subjetivos son las creencias, costumbres, aspiraciones, etcétera.

Los criterios externos e internos definen la pertenencia a un grupo étnico. Así, un grupo étnico está bien determinado con relación a las reglas y normas, las cuales hacen a los individuos unos conocedores de lo que sucede cotidianamente del mundo que les rodea.

Muestra de ello es que los médicos tradicionales son reconocidos socialmente en su grupo, ya que son ellos los que controlan algunas de las enfermedades cotidianas que se producen a causa del frío y del calor. En el lenguaje que emplean los médicos tradicionales aparecen

palabras de origen náhuatl, lo cual es reflejo de la supervivencia cultural, social y lingüística.

El conocimiento de la medicina tradicional, aunado al empleo de palabras de origen náhuatl es lo que permite a los médicos tradicionales de San Antonio Calpulalpan identificarse con su grupo, tener una identidad cultural y lingüística.

Identidad

Para entender o determinar la pertinencia o identidad a un grupo social, Vilar Sánchez (1981, p. 58-59) enlista tres categorías:

- *La vitalidad etnolingüística percibida*: se refiere a que, si la vitalidad del grupo es percibida como impactante por sus miembros, éstos se inclinarán a acentuar su potencial al grupo para que así se pueda establecer una distinción de la manera de pensar entre los individuos.
- *Los límites percibidos por el grupo*: la suma de todos los factores sociales son los que determinan la solidez de los límites del grupo, y cuanto más sólidos sean, se inclinarán más los miembros para identificarse con él, porque el grupo que tenga bien sus características sociales le ofrecerá al individuo una identidad más clara y segura.
- *La pertenencia a varios grupos diferentes*: los individuos que presenten una relación amplia con otros grupos son los que mostrarán una identidad social más variada que los miembros que se ven como integrantes de un solo grupo.

Así, si un individuo se relaciona con varios grupos sociales, los límites entre los grupos se extenderán cada vez más para este individuo. En suma, el comportamiento tanto lingüístico como social determinará el grado de identidad etnolingüística de un individuo a su grupo étnico, es decir, la manera de hablar y de relacionarse con los demás es lo que permite al individuo identificarse con los otros integrantes de su grupo. La identidad permite a los médicos tradicionales ser reconocidos

socialmente en otros grupos.

Metodología

Para la recolección de los datos, trabajamos con el método cualitativo-cuantitativo para dar cuenta, por un lado, de la pertinencia de la medicina tradicional como método para aliviar y atender las enfermedades, cuyo conocimiento es ancestral. Por el otro, para conocer cuántas plantas, minerales y animales conocen para atender la salud en la población; además de conocer los nombres en lengua náwatl de las plantas que utilizan para procurar la salud.

La existencia de personas que conocen, utilizan y practican la medicina tradicional; parteras, hueseros, yerberos, campesinos, etcétera., es lo que nos motivó a seleccionar gente que tiene estas características, considerando las siguientes variables: ocupación (por su especialización en la medicina tradicional), Edad (por sus experiencias adquiridas a través del tiempo), y género (por el dominio que tienen de la medicina tradicional en la cultura). Además, sólo consideramos una pequeña muestra, pero especializada. En total fueron 5 participantes. La selección de la muestra fue intencionada (Silva-Corvalán, 1989) de acuerdo con las variables ya mencionadas y, además, pertenecen a un régimen de campesinos ejidatarios, los cuales mantienen tradiciones sociales, culturales y lingüísticas en el campo de la medicina tradicional. En la siguiente tabla apreciamos las características de los colaboradores.

Tabla 1. *Características de las variables sexo, ocupación y edad de los colaboradores conocedores de la medicina tradicional.*

Sexo	Ocupación declarada	Edad
Mujer	Campesina, partera, huesera, ama de casa y yerbera	64
Mujer	Campesina y ama de casa	86
Mujer	Campesina, ama de casa y curandera	55
Hombre	Campesino	65
Hombre	Comerciante de hierbas	60

Nota: Elaboración propia, 2024

En esta tabla vemos las variables que consideramos para que los participantes fueran nuestros colaboradores. Para la variable edad, se consideró que fueran mayores de 50 años porque es gente que conoce las costumbres, ideas y pensamientos, pero sobre todo la manera en que se comunican y transmiten sus conocimientos de una generación a otra y, además, porque hacen uso de palabras de origen náhuatl. No elegimos a generaciones más jóvenes porque están más interesados en la medicina oficial.

Para la recolección de datos y muestras, nos basamos en recopilar grabaciones y hierbas que se deshidrataron en papel periódico, este segundo material lo consideramos como "cartillas iconográficas". Las grabaciones las llevamos a cabo con el permiso de los colaboradores. Se les solicitó que nos comentaran sobre lo que conocían de la medicina tradicional y el uso y manejo de las plantas medicinales. También, les solicitamos que mencionaran si conocían otras plantas, minerales o animales para curar. Las hierbas que utilizamos como cartillas iconográficas las recolectamos en temporada de invierno y en verano. El total de ellas fue de 20.

El hecho de haberlas deshidratado fue para que conservaran su color y aroma intactos. Esta metodología facilitó el trabajo porque el colaborador las podía identificar por el color, forma y olor. La cantidad de hierbas recolectadas fue suficiente porque los colaboradores opinaban que nos faltaban más y esto permitió que nos sugirieran otras plantas, animales y minerales. Como dice Montes Giraldo (1982, p. 76) esto es para "la obtención de materiales deseados".

Interpretación de resultados

Del total de las hierbas deshidratadas utilizadas para la recolección de datos, obtuvimos 4 con el nombre en lengua náhuatl (semipoalxochitl, soapatle, tepozán, yoloxochitl), y 1 (iztafiate) con el nombre en otra lengua, del resto, reportaron el nombre en español. La palabra a la cual nos referimos es *iztafiate*. Para entender el origen de esta palabra es

necesario desmenuzarla morfológicamente. *Izta* y *fiate*, la primera partícula proviene de la palabra náhuatl *istak* 'blanco' y la segunda, si es que fue españolizada, podría provenir de la palabra náhuatl *pahtle* 'medicina'. Quizá su nombre original era *iztapahtli* que quiere decir medicina blanca.

Esto, creemos que es lo más razonable porque el color de esta planta es blanco y es utilizada en la región de Calpulalpan para curar la diarrea.

Otro punto que resaltamos es el número de palabras de origen náhuatl que utilizó cada uno de los colaboradores. El yerbero nos reportó un total de 39 palabras que incluyen plantas, minerales y animales, de los cuales 16 tienen nombre en lengua náhuatl. La señora Félix reportó 65 palabras de plantas medicinales, de las cuales 14 son en lengua náhuatl. La señora Martina reportó un total de 7 palabras de origen náhuatl de un total de 51 palabras de plantas medicinales. Por su parte, la señora Refugio nos reportó 9 palabras de origen náhuatl, de un total de 43 palabras de plantas medicinales; por último, el señor Patricio nos indicó 8 palabras de origen náhuatl de un total de 40 plantas medicinales.

Estos resultados reflejan la subsistencia de palabras nahuas y de otras lenguas en el uso cotidiano de comunicación de nuestros colaboradores para transmitir los conocimientos de la medicina tradicional. Los conocimientos que han adquirido están totalmente integrados a las formas culturales y lingüísticas en las que los individuos crean y reproducen sus pensamientos. También, estos resultados muestran el estatus social que tienen en la comunidad, ya que juegan un papel importante en la atención de la salud.

En consecuencia, la existencia de la medicina tradicional se debe al contacto con otras culturas o grupos sociales porque así, la gente de la región ha conocido diferentes maneras de pensar para formar nuevos significados de las cosas nuevas. Lo que también obtuvimos, de acuerdo con los resultados, es que lo más usado en la medicina

tradicional son las plantas, los minerales y al final los animales. Esto refleja que en la práctica médica tradicional en la región son los tés. El conocimiento de nombres de plantas permite un reconocimiento o posición social en la comunidad.

El significado actual de las plantas con nombre en lengua náhuatl que se emplean en el uso de la medicina tradicional es cultural. Este significado transmitido generacionalmente se adopta y adapta sin explicar el significado de la palabra, por ejemplo: *Cempasuchil*: *cem* de *se* 'uno', *poal* de *powalli* 'veintena', *sochil* de *xochitl* 'flor', *sempoalxochitl* "flor en veintena"

Este es el significado real de la palabra que en náhuatl quiere decir 'flor en veintena' y no 'flor de muerto' como generalmente se le designa. La transmisión del significado real de las palabras no se transmite tal cual, sino que se transmite el uso y el empleo de los nombres de las plantas, animales y minerales. Así, el significado real que le dan a las palabras es totalmente cultural.

De acuerdo con el número de palabras utilizadas para la medicina tradicional, las mujeres tienen un conocimiento superior a los hombres. Sostenemos que la razón, quizá, es porque los hombres están más expuestos al mundo exterior de la comunidad y a procesos de transculturación. Los factores que propician el conocimiento, uso, manejo y aplicación de las plantas, animales y minerales en la medicina tradicional son la edad y la experiencia.

El hecho de ser campesinos, comerciantes de hierbas, amas de casa hace que el uso de la medicina tradicional en ellos pueda ser cada vez más reconocido con un sustrato cultural de un grupo étnico, ya que son reconocidos por los conocimientos sobre la medicina tradicional y no por sus características físicas propias. También, el conocimiento que han adquirido para la recolección de las plantas, las temporadas en las que se dan son factores importantes que incrementan su conocimiento. Así es como la medicina tradicional vive y perdura.

Conclusiones

El involucrarse con las comunidades, desde una perspectiva social, se debe conocer, en primer lugar, cómo está organizada la comunidad y qué aspectos son relevantes para ser considerados en el campo de estudio. Así, entender el desarrollo humano para la mejora de la calidad de vida de la sociedad. Para ello, la medicina tradicional, como una manifestación dentro del conocimiento ancestral, transmitido de generación en generación en la sociedad para lograr un equilibrio y estabilidad en la salud, es importante en la vida diaria de la comunidad.

La lengua náhuatl tuvo gran relevancia en la región, ya que fue utilizada por los habitantes de la época prehispánica y a la fecha ningún habitante originario de la región la habla. Esto no quiere decir que no subsista un sustrato de la lengua, sino que como sistema de comunicación ha desaparecido. Para el año 1935-1936 había habitantes que hablaban la lengua náhuatl. Las actas matrimoniales escritas en náhuatl y los registros de los bautizos son evidencia del uso de la lengua.

Hacemos hincapié en la existencia de palabras nahuas en la medicina tradicional porque tiene sus raíces en la medicina del mundo de la cultura del mundo náhuatl y subsisten hasta nuestros días porque no tienen otro nombre conocido con el que se puedan identificar. Es decir, la transmisión del conocimiento será vigente siempre y cuando las nuevas generaciones estén interesadas en el uso de la medicina tradicional. Además, subsiste por medio de su práctica, por la transmisión de los conocimientos porque es aquí donde todo ser humano crea y recrea todos y cada uno de sus conocimientos.

También, concluimos que el lenguaje, como único medio de comunicar y expresar ideas, pensamientos y costumbres de un grupo social a otro son los que deciden y enmarcan el rumbo de sus tradiciones y sus costumbres. En el hecho comunicativo es donde se determina el estatus social de una persona. Al respecto, en este texto

aseveramos que el lenguaje es el que determina el estatus social de una persona y en específico de los médicos tradicionales de la región de San Antonio Calpulalpan porque poseen un amplio conocimiento del uso y eficacia de las plantas, animales y minerales medicinales.

Otro punto para considerar es que son las mujeres las que poseen un conocimiento mayor de palabras de origen náhuatl en la medicina tradicional. Esto presupone que son ellas las que tienen más contacto con los problemas de enfermedad, sobre todo con los hijos y la niñez en general. La edad es otra característica que determina el conocimiento de la medicina tradicional porque entre más edad, se percibe un conocimiento sólido. El conocimiento del yerbero sobre medicina tradicional se debe a su desempeño como comerciante de plantas medicinales. Esto le permite tener una identidad tanto lingüística como cultural en el grupo social en el que interactúa. El hecho de ser campesinos les atribuye un mayor dominio y conocimiento de la medicina tradicional porque han aprendido dónde crece una planta y cómo utilizarla.

Para finalizar, el conocimiento y uso de la medicina tradicional en esta región va desapareciendo. Este hecho lo atribuimos a la transculturación que enfrentan las nuevas generaciones porque echan mano de la medicina moderna. Esto ocasiona el desconocimiento del uso de la medicina tradicional. Con todo esto, también se van perdiendo las tradiciones y costumbres. Quizá, la medicina tradicional y los pocos usuarios de ésta estén tomando nuevos mecanismos de subsistencia, pero hace falta explorar las nuevas dinámicas de atender la salud.

Referencias

- Aguirre Beltrán, Gonzalo. (1955). *Programas de Salud en la Situación Intercultural*. México: Instituto Indigenista Interamericano.
- Anaya Monrroy, Fernando. (1965). *La toponimia Indígena en la Historia*

- y la Cultura de Tlaxcala*. México: INAH.
- Anzures y Bolaños, María del Carmen. (1981). *La medicina Tradicional Mexicana*. México: SEP.
- Anzures y Bolaños, María del Carmen. (1989). *La Medicina Tradicional en México: proceso histórico, sincretismos y conflictos*. México: UNAM.
- C. Morales, Amado. (1955). *Geonimia Tlaxcalteca*. Tlaxcala México. Calpulalpan, Tlaxcala. (1997). *Monografía de Calpulalpan*. Gobierno del Municipio de Calpulalpan, Tlaxcala, México.
- Casado Velarde, Manuel. (1991). *Lenguaje y Cultura: la etnolingüística*. Madrid: España.
- Dittmer, Kunz. (1980). *Etnología General: Formas y Evolución de la Cultura*. México. F: C: E.
- Esteva Fabregat, Claudio. (1970). *Medicina Tradicional, curanderismo y brujería en Chinchero, Perú*. Sevilla: España.
- García Mora, Carlos. (1988). *La Antropología en México: panorama histórico*. México: INAH, Vol. 3
- Herrero Ricaño, Rodolfo et. al. (1989). *La medicina tradicional en México y su supervivencia*. México: UNAM.
- Lévi – Strauss, Claude. (1953). *Linguistics and Anthropology*. IJAL: Vol. 19
- López Austin, Alfredo. (1971). *Textos de Medicina Náhuatl*. México: SEP/SETENTAS
- Lozoya, Xavier. (1981). *Medicina Tradicional: presentación y notas sobre la medicina griega*. México: UAM.
- Montes Giraldo, José Joaquín. (1982). *Dialectología General e Hispanoamericana*. Bogotá: Colombia.
- Silva – Corvalán, Carmen. (1989). *Sociolingüística Hispánica: Teoría y Análisis*. Madrid: Alambra.
- Vilar Sánchez Karin. (1981). *Lengua y Emigración*. España: Universidad de Granda

Vivencias de las personas con enfermedad renal crónica y trasplante: una revisión del estado del arte desde la mirada de Trabajo Social

Anita Hernández Montenegro¹⁴
Xolyanetzin Montero Pardo¹⁵
Carlos Francisco Meza García¹⁶

Resumen

La disciplina del trabajo social ejercida en el campo de la salud identifica que las problemáticas actuales se sumergen en el mundo de la complejidad, son de origen multicausal, requieren un abordaje transversal, han migrado de la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad, por lo que las transiciones epidemiológica y sociodemográfica, con resultados de alta prevalencia de enfermedades crónicas, como la renal, donde la trasplantología como opción terapéutica representa un nuevo escenario de estudio e intervención del trabajo social. Objetivo: comprender el fenómeno entre el cuerpo y la psique, entre los cambios físicos y las emociones, entre la subjetividad y lo tangible, así como lo vivencial, lo cotidiano.

¹⁴ Alumna del programa de Doctorado en Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

¹⁵ Profesora del Programa de Doctorado en Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

¹⁶ Profesor de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

Metodología: el abordaje de la presente revisión del estado del arte es una oportunidad para identificar documentalmente los estudios de las últimas décadas que contemplan las vivencias del sujeto social, la enfermedad renal crónica y el trasplante. Hacerlo desde el trabajo social es fijar la atención en los hallazgos de las características de vivencias en la espera la donación de un riñón para prolongar y tener calidad de vida. Resultados: La exploración aporta conocimientos para la reflexión a las personas que ejercen el Trabajo Social en salud, la sistematización del conocimiento, reportados transversalmente. Conclusión: Las aportaciones desde la fenomenología, identificando escasez y de carácter instrumental, sin embargo, los hallazgos permiten influir en el diseño de estrategias efectivas de intervención desde el paradigma cualitativo comprendiendo e interpretando las vivencias hasta aprehenderlas a nivel individual, institucional y equipos multidisciplinarios para mejorar condiciones de vida del sujeto y medio social.

Introducción

El presente capítulo tiene como propósito describir desde el enfoque de la investigación cualitativa un estado del arte o estado de la cuestión asociada a los artículos científicos publicados sobre las vivencias de las personas con enfermedad renal crónica y trasplante renal en las últimas décadas.

En la primera parte del trabajo se realiza una revisión conceptual a partir de los antecedentes que forman el corpus teórico iniciando con la clarificación de los conceptos que se abordan, por tanto, en el *marco conceptual del estado del arte de las vivencias de las personas con enfermedad renal crónica y trasplante*, los conceptos clave son estado del arte, antecedentes de la fenomenología y vivencias para cerrar con el fenómeno de la enfermedad renal crónica origen de la necesidad del trasplante de riñón, tocando ligeramente el sistema de salud que delimita normativamente los procedimientos del protocolo o lista de espera para el trasplante.

En el desarrollo de este capítulo se muestra la producción científica de las vivencias de la población bajo la mirada del trabajo social, necesariamente se recuperan las características, las necesidades, los cambios y los actores sociales presentes en la problemática, así como lo sobresaliente en las investigaciones y producción científica, se destacan y cristalizan las vivencias de las personas, como son vívidas, como se muestran y que enseñan a través de sus significados.

Finalmente se encuentra el apartado de las conclusiones se enuncian asignaturas pendientes y los grandes retos en la descripción del estado del arte, así como la realidad que se muestra en una de las problemáticas que de acuerdo a autores contemporáneos deja ver una realidad en el mundo de la complejidad, hecho que hace especialmente complejos los escenarios por resolver, enunciando la escasez de estudios de trabajo social de carácter fenomenológico realizados por personas con ejercicio profesional del trabajo social, en particular en el contexto mexicano, se muestran los retos para incrementar la producción científica a través del método fenomenológico.

El desarrollo del presente trabajo implica la conceptualización del marco del fenómeno investigado en su corpus teórico, la fenomenología es el marco de las vivencias como producto de la enfermedad, en este caso, las enfermedades crónicas. El estado del arte representa la oportunidad de fijar la atención, en el aporte científico, trayendo a la luz el tipo de vivencias que, para la disciplina del trabajo social son asociadas a las necesidades de los sujetos en el sistema de salud, entre responsable de la respuesta al problema de salud – pública y proceso de salud - enfermedad, en este caso, de la población en protocolo de trasplante renal.

En cuanto al reporte de la metodología, se realizó mediante la búsqueda documental en bases de datos de pubmed, scielo y redalyc y gacetas de trasplantes, nefrología y trabajo social, mediante la asociación de palabras vivencias, trasplante renal y trabajo social. Entre los elementos metodológicos se identifica que muestras fueron de menos de 20 sujetos de estudio, los datos fueron principalmente

fueron obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas y los resultados se reportaron mediante el análisis del discurso.

En el caso de los resultados el reporte se realiza en forma transversal a través de los apartados del presente escrito para dar cuenta del estado del arte de la producción científica desde un primer apartado que aborda el marco conceptual del estado de la cuestión, hasta el segundo apartado de los estudios que propiamente exponen las vivencias de las personas con enfermedad renal crónica y trasplante, hasta llegar a un tercer apartado para reportar lo concerniente al trabajo social. Los resultados muestran que los estudios que abordan las vivencias de pacientes con enfermedad renal crónica son fenomenológicos, de enfoque cualitativos y los encontrados fueron de países como México, Colombia, Brasil y España y en su generalidad a las vivencias se sumó la calidad de vida.

Marco conceptual del estado del arte de las vivencias de las personas en lista de espera de trasplante

Las sociedades actuales se sumergen en transformaciones, reestructuraciones aceleradas y la complejidad forma parte de lo cotidiano, el mundo de la enfermedad es un producto del ritmo de la actualidad, aunque es un problema social, cada persona tiene su propia dimensión de cómo se vive enfermo, principalmente porque se toca la frontera de la subjetividad. La enfermedad es un fenómeno que hoy por hoy arroja nuevos enfoques, problemas y realidades que emergen, se vuelven cambiantes con pocas posibilidades de solución, incluso no es fácil controlar los efectos de las decisiones tomadas y éstas tienen impactos de largo alcance en la morbilidad (Ferrer y Monteagudo, 2004).

En el presente trabajo sobre el estado del arte de las vivencias de las personas en lista de espera de trasplante renal, inicialmente son abordados los conceptos que definen propiamente al *estado del arte o estado de la cuestión*, afirmando que, es el segmento del marco teórico en una investigación; es la descripción de lo que se ha escrito sobre el

objeto de estudio según Guevara-Patiño, (2018), no se trata únicamente de una técnica para describir la relación del sujeto con las categorías y sus interpretaciones, sino básicamente es una forma de generar nuevos conocimientos, nuevas aproximaciones, construyendo desde esa nueva mirada, también a una nueva postura epistemológica.

De acuerdo a Gómez et al., (2015) el concepto surge en la década de los 70's y en los 80's aumentó su representatividad académica, actualmente se usa en las metodologías de investigación cualitativa, por tanto, en su mayoría de ciencias sociales, de diseños cualitativos, interpretativos y documentales con el fin de describir, comprender recuperar para trascender en el conocimiento acumulado sobre los fenómenos investigados. Entre las profesiones que emplean esta técnica se encuentran principalmente psicología, Derecho y Trabajo Social. A la vez, Góngora (2018) cita que el estado del arte permite identificar los hallazgos y líneas abordadas en investigaciones empíricas, así, como bibliografía relevante, además de la pertinencia para asignaturas pendientes de la problemática en cuestión.

Otros autores refieren que el estado del arte es la habilidad de un artificio de detener el tiempo para describir el fenómeno estudiado en tres pasos: contextualización, clasificación y categorización (Molina, 2005). En resumen, el estado del arte o estado de la cuestión es un recorrido bibliográfico para sistematizar la producción del conocimiento del fenómeno estudiado, recuperando conceptos, teorías y metodologías que contribuyen al investigador para la toma de decisiones desde donde se estudiará el fenómeno, así como asumir una postura crítica. (Souza, 2007).

Otro de los conceptos clave son las vivencias, necesariamente éstas se revisan desde el marco de la fenomenología, según Edmund Husserl, fundador de la misma, a través de ellas se busca describir las estructuras esenciales de la conciencia. Con la propuesta del método fenomenológico, no sólo busca describir el fenómeno sino descubrir la esencia válida para los trabajos científicos, también, consideró que, a través del mismo, comprender al ser humano, fundamentándose en la

intuición del sujeto para explorar a través de sí mismo las contribuciones, información o datos que emanan de su propia experiencia, además de su interés y preocupación por hacer ciencia.

Para entender el concepto, es importante tomar en cuenta la descomposición etimológica de la palabra de fenomenología, remitiéndonos al origen griego de las palabras phainomenon, que significa fenómeno, entendido, como lo que se muestra a partir de sí mismo, y logos, estudio, ciencia o tratado. De tal forma, que ésta es, la ciencia que estudia la relación entre los hechos o fenómenos y la realidad en la que se presentan, es decir, el psiquismo o conciencia. El método fenomenológico propuesto por Husserl se fundamentó en describir y analizar los contenidos de la conciencia, volviendo a las vivencias, como actos de la conciencia, absteniéndose de prejuicios, conocimientos o teorías previas, sino descubriendo sus significados no manifiestos, analizarlos y describirlos (Ojeda et al., 2019).

De acuerdo con Waldenfels (2017) la fenomenología gira en torno a la experiencia, como esencia del pensar fenomenológicamente, como el "volver a las cosas", volver al principio de los principios, como una manera de dar importancia a la vida en su mayor manifestación y que esta no sea reducida a meros hechos, su propuesta va a partir de la experiencia misma, lo que llamo la filosofía de abajo, de las cosas y problemas mismos, definida como el proceso en el que las cosas aparecen, según Dilthey. Por su parte el francés Merleau-Ponty en su obra sobre percepción y el cuerpo, expuso que las experiencias revelan racionalidad y son hechos de la conciencia y la representación del cuerpo, técnicamente en este espacio, es donde tiene lugar la enfermedad, afín al presente abordaje (Ferrada-Sullivan, 2019).

De acuerdo a Husserl, a la experiencia se le atribuye intencionalidad y recuperarla significa atender a la variedad de la experiencia, entendiendo que la intencionalidad es discurrir entre el qué y el cómo, a la vez, la experiencia requiere un método para encontrar el significado y sentido particular de recuperarla, uno es mediante la reducción eidética, en este, del cúmulo de experiencias vividas se

centra en un punto particular y el otro mediante la reducción trascendental-fenomenológica, aquí se presenta con una particularidad que diferencia de otras tantas experiencias, se convierte en el distintivo. Por otro lado, la experiencia tiene dimensiones, como los horizontes y génesis en la experiencia del mundo, la experiencia corporal, la experiencia de lo extraño, la experiencia de sí mismo en el tiempo y la expresión de la experiencia, de tal forma que en conclusión experiencia significa un paso al umbral de lo extraño a lo propio.

Habiendo realizado algunas notas sobre la experiencia, se transita a la vivencia, haciendo énfasis en lo expuesto por Ramos et al., (2016) que analiza las diferencias entre la vivencia que inmediatamente remite al mundo interno, a lo subjetivo, con profundidad, en cambio experiencia, alude al hecho fáctico, otros estudiosos como Freud conciben el concepto de forma similar a Dilthey, en cambio Jean-Paul Sartre, encuentra la palabra vivencia igual a hecho vivido, misma que no es generalizable, es única porque tiene un impacto sobre un sujeto, porque proviene del mundo eterno que produce un afecto y representación, se convierten en componentes intrapsíquicos. La vivencia otorga especificidad a la subjetividad, no es solo un fenómeno que se relata, sino que está implícita en lo que el sujeto dice, a la vez, es un testimonio del mundo externo, es la unión de factores exógenos que afecta a factores endógenos y juntos se convierten en la vivencia como representación singular (Benyakar, 2016).

En resumen, la experiencia y la vivencia son diferentes, se considera que la vivencia va más allá de la experiencia, se atribuye un sentido de mayor profundidad, de tal manera, que abordaremos el sentido de vivencia en el sentido citado, por los autores representativos de la fenomenología desde los supuestos filosóficos que llevan a incluir las vivencias como ese extracto que emerge de sí mismo para explorar dentro de sí y que emerja al mundo exterior como la máxima expresión de su vida.

Por tanto, el concepto de vivencia es el "Das abenteuer" es lo que se trasciende hacia otro, es un nexos con la vida, como vivir y volver a

vivir, concepto complementado por Simmel (2005, citado por Lionel, 2015), sin embargo, Simmel, se refiere a la vivencia como una alteridad, con Husserl, la vivencia es la inmersión en la vida misma, en la diferenciación de concepto de vivencia entre Husserl y Simmel, este último piensa en la vivencia como la que se extrae de la vida en su inmediatez, en su aquí y ahora, lo describe, como "...siente toda la fuerza de la corriente de la vida..." , en el concepto de vivencia de Husserl, este no piensa en lo inmediato, si en lo reflexivo de la conciencia sobre sí misma "...vivencia contemplada en la reflexión..." Husserl (2007, citado en Lionel, 2015).

En el mismo orden de ideas, a través de la fenomenología es que las vivencias dan cuenta de la vida misma, desde allí, se reconoce la intencionalidad y la temporalidad, es decir, las vivencias tienen perspectiva, según el orden cronológico en que están se dan, aunque el tiempo de la vivencia no es el tiempo objetivo de la vivencia, por lo que Husserl, dice que la conciencia es un fluir de fenómenos ilimitados en el tiempo inmanente, las vivencias no se miden con cronometro en mano.

De acuerdo con lo abordado, en cuanto a la cualidad de intencionalidad Husserl clasifica a las vivencias en dos tipos, la vivencia intencional que tiene el carácter de la intencionalidad tiene conciencia de ser algo y las no intencionales, estas últimas son las sensaciones, las encargadas de dar sentido. En cuanto a la temporalidad, muestra como una vivencia del presente se asocia con el pasado y se mantiene abierta para un futuro, concluyendo que, el tiempo de las vivencias, es pasado, presente y futuro, constituye un elemento clave en la conciencia. También, integra a la vivencia excepcional o extraordinaria, tal es el caso en vivencias de angustia y tedio, no hay un proceso de reflexión, es una vivencia sobresaliente, da un acceso directo a la vida misma, hacia el concepto de la vida y donde la vida es más vida, abundancia de sí misma.

A través de Paulín et al., (2013) se confirma que través de la fenomenología Husserliana, se plantea que la conciencia se muestra a

través de las vivencias, en su percepción inmanente de estas, como procesos de remembranza o de imaginación, es la conciencia del ahora o bien la percepción trascendente, donde la representación de la cosa en el devenir del tiempo, en el paso y en la expectación del futuro. Lo anterior, nos confirma la importancia del concepto que es, la cosa misma en sí. En resumen, otros autores como Posin, (2016), confirman a las vivencias intencionales, no intencionales como una tipificación de las vivencias, reafirmando en sí, que todo ego, tiene vivencias y éstas son inseparables de sí mismo y están alteradas por la reflexión y las vivencias no intencionales, son las que el ego se da cuenta de ellas no a través de la reflexión, sino de la sensación. Uribe (2017) resume que, Husserl define a la conciencia como un conjunto de actos conocidos como vivencias.

Continuando con los conceptos clave para el desarrollo del objeto de estudio, el siguiente es adentrarse en el mundo de la enfermedad. Estrada (2012) afirma que la enfermedad tiene su lugar en el cuerpo, y la medicina moderna lo confina a la pasividad, podría decirse que a cierta ausencia", da un lugar preponderante a la idea de que el hombre es sólo corporalidad, es un objeto más y puede controlarse, se torna temporal y es perecedero y como tal, se le deshecha, aunque, por otro lado, busca la perfección humana, para llegar a la realidad en cuanto a lo falible de la corporalidad. El cuerpo nos remite a la temporalidad, y es el cuerpo a través del que el sujeto finca la existencia misma. En la medicina moderna es una pretensión prolongar la vida, escapar a la muerte a través de intromisión en la vida humana, la medicina antigua en cambio consideraba al hombre como un ser mortal, que era necesario cuidar, cuidarle y ser cuidado para que fuera curado.

También el campo de la medicina es el cuerpo humano, y el discurso de ésta se centra en la gran amenaza de la enfermedad corporal, por tanto, el médico se dedica a reparar los cuerpos descompuestos. Posteriormente en la era de la industrialización se privilegió el cuidado del cuerpo no por la salud sino por un alto grado de productividad, el fin de la producción impera. Por otro lado, la enfermedad vista como la experiencia que lleva al individuo a un encuentro consigo mismo,

entre su ser corporal y la conciencia misma, sentir el síntoma y procesarlo en su intimidad, entrar en un mundo de amenaza, de riesgo, de incertidumbre, es una experiencia que en lo profundo el ser humano vive solo.

A través del método fenomenológico se busca comprender las experiencias vividas o vivencias que son contenidas en la conciencia del enfermo (Alva-Espinosa, 2017). De igual manera, las vivencias, dentro de la enfermedad son experimentadas en el mundo exterior real, en las salas hospitalarias, en los consultorios; pero también en el mundo interno, en el de las emociones y pensamientos, sin embargo, lo que el enfermo expone y el cómo lo vivió él, es lo realmente verdadero y absoluto.

El ciclo vital expresa temporalidad, el nacimiento, la crianza, crecer, el desgaste y la muerte, son parte de la existencia corporal. La conciencia del tiempo se hace presente a través de los momentos placenteros, cuando se presenta la enfermedad, cuando hay deterioro del organismo, esto, como expresiones humanas, de tal forma que el orden al que se ha sometido la vida, a las poblaciones y sus cuerpos, son un control para dirigir al cuerpo, para hacerlo moldeable, que, en otros casos, expresa la vida precaria que contempla con horror la posibilidad de la muerte, de la enfermedad, donde predomina miedo, inseguridad e incertidumbre, estas vivencias, tienen relación directa con la corporalidad, la temporalidad que se extreman al presentarse la enfermedad (Estrada y Espinal, 2013).

El estado de la cuestión, expone artículos que integran teoría, metodología, instrumentos con sus debidos resultados y conclusiones, sin embargo, comprender la importancia de los antecedentes brinda el marco desde la fenomenología en la medicina, que sitúa en la unidad del ser humano, de acuerdo a Kottow, (2011) en el cuerpo-vivo u organismo y el cuerpo vivido, propuesta de los trabajo de Merleau-Ponty, que afirmó que, la existencia humana mora en la corporalidad que habita en el tiempo. Está misma postura de unidad es alterada por la presencia de la enfermedad, el cuerpo enferma y se rompe la unidad,

la integridad de la persona humana, en particular, las transformaciones irreversibles que produce “la enfermedad crónica en el cuerpo-vivo, trastoca sus posibilidades y ocasiona nuevas limitaciones, modifica el tiempo-vivido”. Vivir la enfermedad replantea el futuro, se hace presente la idea de la muerte del cuerpo orgánico, el proceso de muerte inicia, la existencia se lentifica hasta extinguirse, mediante la medicalización, pareciera morir su propia muerte.

Lo vivencial de la enfermedad es la pérdida de autonomía, el presente de la enfermedad da lugar a tener conciencia del pasado, sentir las limitaciones del presente y se clausura la posibilidad del futuro, inaugurando el proceso de muerte. La vivencia del inicio del proceso mórbido involucra a cuidadores y al personal médico y el propio paciente, todo lo anterior, está referido a las vivencias de la temporalidad íntimamente ligadas a la enfermedad crónica, traducidas a la vez, en vivencias corporales, porque tienen su lugar en el cuerpo. El enfermo crónico entra en una dinámica nueva, como estudios periódicos, se da un proceso de duelo pensando que suceda un milagro.

Las enfermedades crónicas presentan un panorama en la subjetividad del individuo y en las colectividades, desde el grupo familiar, la comunidad en la que se encuentran inmersos, las unidades hospitalarias y todo el aparato gubernamental a nivel del País, incluso a nivel global, el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles es ahora exponencial, de acuerdo a Ramos, (2015) se requieren reformas estructurales para que combatir el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como respuesta a las recomendaciones para atender dicha problemática y que dichas acciones y medidas corran a cargo del Estado con su debida planeación. En 2015 se realizó un ejercicio a través del método etnográfico con el empleo de experiencias y narrativas de enfermos y personal a cargo del Estado para implementar la política pública que buscaba subsanar las acciones y omisiones del Estado mismo, buscando la participación de la población afectada.

Cabe decir, que la elaboración de la política pública fue, un ejercicio de exploración y aprendizaje, en particular, porque la implementación de las políticas públicas lleva al terreno del "deber ser" y el ejercicio realizado, llevo a lo que en realidad "es". En lo general, por un lado, tenemos a la institución y práctica médica con un discurso biomédico que se impone a la subjetividad del enfermo, y este a su vez, asume la etiqueta que sus síntomas y el discurso biomédico de la institución le han asignado, y entre el proceso de duelo por la pérdida de su salud, da paso a otras opiniones, incluido escucharse a sí mismo, en particular cuando identifica que no hay reversibilidad en su diagnóstico y tratamiento, que la interiorización del proceso de salud-enfermedad es algo que saldrá a la luz mediante las narrativas del trabajo etnográfico.

Por otro lado, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, incidencia y prevalencia, en morbilidad y mortalidad desde la década de los ochentas ha marcado la transición epidemiológica del País, la problemática no es menor, considerando que éstas son la causa de discapacidad prematura, de financiamiento de tratamientos y gasto de bolsillo para los propios enfermos, así como, la temporalidad e irreversibilidad de dichos problemas de salud representan el riesgo de colapso financiero para el sistema de salud de México, y exigen, un monitoreo constante y particularmente especializado.

De tal forma, que el presente trabajo, muestra una de las consecuencias tangibles, en este caso, las vivencias que emergen de las enfermedades crónicas no transmisibles llevando, entre otros, a la necesidad de los trasplantes de órganos, el de mayor demanda es el trasplante renal, por tanto, es neural el referente de la incidencia y prevalencia, así la Academia Nacional de Medicina, refiere que las causas y presencia son múltiples, variadas y en su mayoría son:

- ...congénitas, hereditarias, infecciosas y post infecciosas, metabólica, inmunológicas, neoplásicas, obstructivas, degenerativas o mixtas, de causas desconocidas, lo real y claro, es que todas están se encuentran en ascenso, así como la aparición de nuevas como la nefropatía por VIH, la secundaria

a enfermedad IgG4 y la IgG3 y la nefritis radiación, en resumen se afirma que la insuficiencia renal crónica aparece por el fracaso de tratamiento de la diabetes y la hipertensión arterial...(Ruelas et al., 2014).

Sin embargo, al final uno de los momentos de mayor carga subjetiva para los enfermos con insuficiencia renal crónica, es encontrarse en una carrera contra el tiempo, contra la muerte, durante la espera de que un órgano que le sea donado y tenga viabilidad clínica para ser recibido en trasplante, ese lapso de tiempo en que las personas se encuentran en lista de espera, como parte del protocolo de los candidatos a recibir un órgano de donador cadavérico, en el sistema de salud o sistema de registro nacional de trasplantes. Algunos estudios muestran la mortalidad en lista de espera para trasplante renal, refieren que, aunque es la mejor opción terapéutica no todos los pacientes llegan a el debido al incremento de personas que lo requieren, las comorbilidades presentes y los escasos de órganos para trasplantar, debido a factores epidemiológicos, de riesgos de morbilidades y la valoración de la mortalidad.

En resumen, la tasa de mortalidad anual oscila entre 5-10%, elevándose en la población de más edad, en Estados Unidos, casi un 50% de mayores de 60 años muere antes de recibir el trasplante, en ocasiones la muerte se presenta en el primer año de tratamiento sustitutivo o a causas de infecciones asociadas al tratamiento, según (Hernández et al., 2015).

Los hallazgos a través del estado del arte de las vivencias de personas con enfermedad renal crónica y trasplante:

En la presente revisión del estado del arte los estudios muestran las vivencias de las personas con enfermedad renal crónica que están a la espera de la donación y trasplante renal, retratan hallazgos importantes que se describen de acuerdo con la temporalidad correspondiente a las últimas décadas. Es importante, contextualizar geográficamente al estudio, es decir, la investigación se realizará en

hospitales de alta especialidad de atención a población abierta, segmento del sistema de salud de México, atendido por las políticas públicas y el presupuesto asignado al rubro de la salud, con las modificaciones actuales que no terminan aún de ser implementadas. Los estudios muestran el conocimiento generado en el tema de la donación y trasplante renal; en el rubro de cómo se transita al trasplante prolongando la vida y si está tiene calidad, el otro rubro explorado, así como el de vivencias, es vivir el proceso de salud enfermedad.

El estado de la cuestión muestra estudios que sitúan la articulación del sistema de salud en el hospital regional de alta especialidad del bajo vinculando estratégicamente al segundo con el tercer nivel de atención mediante la red de hospitales del estado de Guanajuato con un hospital de orden federal. El estudio modelo de coordinación de trasplante renal en el estado de Guanajuato, de Díaz-Chávez et al., (2019) lo recupera como un éxito de coordinación, que eficiente la capacidad del sistema de salud a través de las capacidades de los hospitales del Instituto de Salud Pública del Estado, el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío para hacer posible el trasplante renal con la participación del Centro Estatal de Trasplantes el sistema de urgencias hasta su ingreso en el registro nacional de trasplante del centro nacional de trasplantes.

Los estudios encontrados exponen que las vivencias de las personas en protocolo de trasplante renal que viven en el sistema de salud y la política pública aplicada para atender la enfermedad renal crónica y los programas de trasplante, por un lado, se han visto consolidados, según Argüero-Sánchez et al., (2020), sin embargo, aun con el incremento de la tasa de donación cadavérica en México, se encuentra por debajo de la media para América Latina. En 2017, México tenía 255 centros autorizados para trasplante renal más que cualquier otro país, la mayor infraestructura en Latinoamérica, Sin embargo, las cifras denotan mayor escasez de órganos para trasplante, aun con la cantidad de centros procuradores de órganos, tal, hecho muestra ineficacia e ineficiencia del sistema nacional de trasplantes. De acuerdo a Sánchez-

Ramírez et al., (2021) en México no se cuenta con un registro nacional de personas con enfermedad renal crónica, así como, el reto de evaluar la productividad y capacidad del sistema de salud y abatir la listas de espera para trasplante renal.

Las experiencias vividas son resultado de infinidad de actores, factores, capacidades institucionales entre otros, pero principalmente, el personal de salud es un elemento clave a quien hay que voltear a ver para conocer acerca de la aceptación de la donación cadavérica que concibe, según Martínez-Navarro et al., (2017) en hospitales del segundo nivel de atención del bajío, destacaron las categorías de rechazo y disposición a los actos de donación, encontrando mayor actitud positiva en mujeres, también con mayor sensibilización en los hospitales donde hay cirugía de trasplante, con resultados semejantes en otros estados del país, de igual forma se concluye que la aceptación de la donación permite los pacientes lleguen en condiciones aptas al trasplante. Una vez, que se contextualiza conceptual y geográficamente se reportan los hallazgos de la revisión bibliográfica del estado del arte considera los estudios de enfoque cualitativo entre los que se destacan categorías que exponen desde la fenomenología, vivencias que muestran los cambios y los significados de las personas con enfermedad renal crónica que se encuentran en vías de trasplante.

El método fenomenológico permite la exploración de los diversos campos de la vida cotidiana de los sujetos, además de la salud, se han hecho estudios sobre vivencias, en el campo de la precariedad laboral han sido clasificadas en tres tipos: las de resistencia, las de adaptación y las de sufrimiento, Lindón (2003, citado en Góngora, 2018). Esta clasificación describe a "...la resistencia, que suele llevar al sujeto a superar las condiciones adversas; las de adaptación, conducen al conformismo y a conductas pasivas y las de sufrimiento, arrastran al sujeto a la degradación, el fracaso y la desvalorización de sí mismo..." (Rolleau-Berger, 1999, citado en Lindón, 2003). Esta tipificación tendría su semejanza en el campo de la salud, sí se considera que estar enfermo, hace que el sujeto se autoperciba como con poco valor y que representa una carga para la familia.

De acuerdo a estudio realizado en México por Rodríguez-Zamora et al., (2022) las primeras vivencias surgen en el momento del diagnóstico de enfermedad renal crónica, esta noticia se vive inesperadamente y en forma desconsoladora, con enojo, aislamiento, con episodios de ansiedad y depresión, es difícil aceptar la enfermedad. Se presentan cambios y experiencias en tres categorías principales a) socio laboral, hay incertidumbre con relación al trabajo, en cuanto a los gastos que generan el tratamiento, b) actitud ante la muerte y c) el acompañamiento familiar, para tomar decisiones, motivar y apoyar; la categoría de mayor impacto fue la actitud ante la muerte, vivida con resignación y culpa, es a la vez, la estrategia de afrontamiento más empleada.

Los pacientes expresaron en sus relatos que el momento más traumático y difícil fue al informarse del diagnóstico y la necesidad de un tratamiento sustitutivo de la función del riñón, no se comprenden los tratamientos, el trato recibido por el personal de salud es clave, los sentimientos de angustia, las limitaciones a nivel personal y social, y el reconocimiento de la dependencia del apoyo familiar por la pérdida de la autonomía personal, se afecta el autoconcepto, aunque, cada persona tiene vivencias diferentes, debido a que son experiencias únicas, situadas en una temporalidad concreta.

Brasil es un país con una vasta productividad en estudios cualitativos, el citado a continuación, de nombre, *significados atribuidos a trasplante renal*, es descriptivo, explora el significado del trasplante de riñón desde la fenomenología: significa felicidad, nueva vida, renacimiento y bienestar, así como, realizar actividades impedidas por la hemodiálisis, para quienes se encuentran en lista de espera representa un proceso deseable, ideal para recuperar la salud. Por otro lado, a través del estudio se reconoce la carencia de información clara para asimilar que el procedimiento quirúrgico es un tratamiento y no una curación definitiva para la enfermedad renal. El trasplante renal es positivo en todas las personas, es la mejor forma de aproximarse a una vida normal, aun cuando se vive con el temor del rechazo al órgano trasplantado (Pozza dos Santos et al., 2018).

El estudio realizado en México: *Una aproximación a la fenomenología de la enfermedad*, de Alva-Espinosa, (2017) presta especial atención a la conciencia del enfermo y da valor absoluto a los hechos que describe, el enfermo experimenta y afronta esta experiencia adversa, profundiza en la experiencia del individuo adulto que enferma, se denomina fenomenología del enfermo, su comprensión por parte del médico y personal de salud logra mejor eficiencia, empatía y compasión en la atención otorgada. El dolor, debilidad, fiebre, mareo, vértigo, falta de aire, opresión, angustia, la amenaza constante de una crisis, la inminente angustia de morir, sentirse responsable de lo que está viviendo, es un sufrimiento pesado, son vivencias propias del paciente enfermo, son el día a día.

Otros estudios reportan que las vivencias de personas con enfermedades crónicas irreversibles como la enfermedad renal crónica se orientan a lograr calidad de vida, esta es una expectativa a través del trasplante renal, sin embargo, encontrarse en espera de ser trasplantados, el pre trasplante, la experiencia más cercana al procedimiento estando en diálisis peritoneal o hemodiálisis, es la espera de la oportunidad de la donación del órgano, durante este tiempo, de acuerdo a Mercado-Martínez y Correa-Mauricio, (2015) los pacientes y su red de apoyo familiar solventan la terapia sustitutiva de la función renal para contar con calidad de vida y evitar el deterioro orgánico mientras llega un donador cadavérico, a través del gasto de bolsillo el costo financiero, pues la mitad de la población no cuenta con seguridad social.

En el estudio *viviendo con trasplante renal sin protección social en salud: ¿Qué dicen los enfermos sobre las dificultades económicas que enfrentan y sus efectos?* realizado en México, Mercado-Martínez et al., (2014) reporta que contar con los recursos depende del apoyo familiar y la capacidad de gestión en instituciones de asistencia social, de sociedad civil y gubernamental en los órdenes de gobierno correspondientes, así como las redes informales que comparten información y medicamentos. Las búsquedas de recurso en general se destinan a las sesiones de hemodiálisis o bolsas de diálisis son por

tiempo indefinido y costosas, las familias hacen todo tipo de cosas para obtener los recursos, venden sus pertenencias, casa, terreno, parcelas o rifas, kermeses o venta de alimentos, adquirir deuda, aún con las reformas no hay un panorama esperanzador para esta población.

De tal forma, que, los estudios revisados en el estado del arte muestran que la política pública del Estado mexicano evidencia la desigualdad y desventaja que representa la fragmentación del sistema de salud de México, dado que afecta principalmente la economía de los pacientes incrementando el estado de vulnerabilidad de esta población, de igual manera la transgresión de sus derechos sociales. Es importante, la recuperación del presente antecedente y aún con las reformas al sistema de salud, los pacientes aún se encuentran en circunstancias señaladas, porque no se ha implementado los derechos que reza la modificación.

El estudio desafíos de la enfermedad renal crónica en México, en el capítulo tres presenta Arce et al., (2018, pp. 65-90) a Aguilar Pinto, escribe una etnografía de la enfermedad renal crónica: tejiendo narrativas entre los pacientes, dando voz no a los académicos, sino a los propios involucrados, se trata de un estudio cualitativo que da parte activa para acercarse a su realidad, retrata su vulnerabilidad a través de reflexiones con un alto contenido de emociones, así surgen historias de esperanza, de vulnerabilidad. Se recupera, que los aspectos socioeconómicos por los tratamientos y la esfera emocional de los pacientes ocupan la centralidad de sus narrativas. A la vez, es un estudio que emplea la teoría de género para su análisis, considerando a los hombres y las mujeres como seres históricos, Arce et al., (2018, Lagarde, 1996) que construyen patrones culturales de machismo y desarrollando la capacidad de las mujeres para vivir en la miseria. Las narrativas del estudio enmarcan mayor incidencia en varones, con pacientes que reciben tratamiento institucional, a la vez, reafirma las emociones y experiencias de hombres y mujeres, de cuidados recibidos a través de la red de apoyo familiar.

El estudio *enfermedad renal crónica y trasplante: experiencias y*

superación de una estudiante de medicina (2015) estudio cualitativo con método biográfico realizado en Colombia en un sistema de salud segmentado, con población sin seguridad social, conceptualiza al trasplante como esperanza de vida, el momento en que se debe optar por la terapia de reemplazo renal, disminuir los costos de tratamientos y hospitalizaciones para llegar en buenas condiciones al trasplante renal, con diálisis y hemodiálisis incrementan la supervivencia y disminuyen costos para los pacientes y para el sistema de salud. El estudio recupera a través del análisis de contenido las vivencias de la paciente y aunque se trata de un estudio que aborda las etapas pre y post trasplante, describe a través de sus vivencias los profundos cambios en su vida que dan significado al trasplante, (Carrillo et al., 2015).

Entre los estudios que abordan las implicaciones del sistema de salud para los pacientes se encuentra el realizado por Peregrina, (2020) *Invisibilidad jurídica de los pacientes renales trasplantados por parte del Estado mexicano, respecto a la seguridad social, hacia los derechos humanos*, analiza los orígenes de la fragmentación del sistema de salud del país, considerando la creación de las instituciones que por un lado otorgarán la seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro. Dicho estudio cita la calidad de vida del individuo que se ve transformada a partir de la enfermedad renal crónica y trasplante, enuncia la no existencia de un tratamiento, dosis, no se revierte con disciplina, disminuye las capacidades del organismo, sólo el trasplante renal que aumenta la sobrevivencia con calidad de vida. Entre otros datos que aporta como se ven afectadas las áreas sociales, económicas y laborales de la vida del paciente.

Conclusiones en torno a las vivencias de personas con enfermedad renal crónica y trasplante desde la mirada del trabajo social

La presente sección se desarrolla con el estado del arte de estudios y perspectiva desde el trabajo social, entre dicha exposición se integran retos, desde, conclusiones y propuestas sobre el campo de problematización que nos ocupa. El trabajo social es una disciplina que

en el devenir de su historia eminentemente se sitúa en el campo de la intervención, en forma similar a la enfermería que se vincula directamente a los cuidados. Sin embargo, el trabajo social contemporáneo, es necesaria la autocrítica para resignificar la vigencia como profesión, a la vez, que la construcción teórica busca sustentar el quehacer profesional superando a los manuales operativos para avanzar a la sistematización de la experiencia y vivencia profesional para consolidar la construcción de conocimiento y nuevos saberes.

De acuerdo con la experiencia profesional y los estudios existentes en el campo de la salud es inevitable hablar de trabajo social y no hacerlo desde la intervención, sería desaprovechar una de las fortalezas profesionales y la revisión presente, el estudio abarca las vivencias de los sujetos de la intervención en el área de la salud, abordadas desde el campo de la fenomenología con el objeto de encontrar el punto de intersección de experiencia en la intervención. Falla Ramírez, en Gil et al., (2020), en su escrito *"la fenomenología social, horizonte de posibilidades para el trabajo social"*, recupera como para esta disciplina social la fenomenología es un campo basto de posibilidades.

Si, la intervención, es considerada, un ir al otro a partir de sí mismo para crear un nosotros, la experiencia se convierte en un acto reflexionado, que generalmente para las personas que ejercen el trabajo social, la intervención será enmarcada por las políticas públicas de la institución, sin embargo, como trabajador o trabajadora social, también se es parte de una comunidad que participa religiosa, política y culturalmente, por tanto, a través de la fenomenología se logra hacer una interpretación y comprensión de la vida cotidiana. Dicho estudio se sitúa en el campo de la fenomenología social, con la base del pensamiento de Alfred Schütz, que expone que la intervención social debe entenderse desde la comprensión de la existencia y los significados que dan los sujetos sociales y las motivaciones del día a día.

Por otro lado, intervenir profesionalmente desde el trabajo social, exige el acervo de conocimientos propios de la disciplina y encontrarse

enmarcado en las condiciones socio-históricas que dan sentido a su intervención, también, aun cuando sean considerados estos elementos, deberá centrarse en las experiencias vividas o vivencias propias de su intervención profesional y foro para la expresión de sus vivencias, así como de las experiencias y vivencias de los otros. Por tanto, a manera de reto y conclusión desde el método fenomenológico, siempre será un compromiso profesional ético ejercer un quehacer profesional centrado en los significados propios y de los sujetos construir una historia de vivencias transformadoras sistematizadas desde la intervención profesional.

A manera de conclusión, se enfatiza que la fenomenología como enfoque teórico y método a la vez, desde la mirada de Alfred Shütz aporta al trabajo social, el marco ideal para situar la intervención profesional en la vida cotidiana, desde el tiempo de la conciencia, con el pasado, reflexionando como acto del pensamiento, fijando la mirada para explorar los significados los hechos que por su relevancia se quedaron en la conciencia y se verbaliza en forma de vivencia, es decir, una experiencia vivenciada a través de su narrativa, su reflexión da sentido y significado para convertirla en vivencia. El tiempo en la conciencia es específico para situar en el espacio temporal a la vida cotidiana.

El estudio *análisis fenomenológico aplicado a un caso de intervención de trabajo social*, de Murcia-Albañil y Rodríguez-Beltrán (2019), desarrollado en Colombia, aunque propiamente no expone un estudio sobre enfermedades crónicas, recupera la intervención del trabajo social, cuya construcción científica disciplinar ha ido del positivismo de las ciencias naturales, instrumentalizándose y dejando de lado a la metafísica. En la contemporaneidad el trabajo social, en su función interventiva concibe un proyecto pensado en el otro, (Shütz, 1993), se sitúa en la vida cotidiana y la realidad del tú, es vivenciada por la experiencia de trabajador social en el yo, para convertirse en el nosotros.

Husserl, citado por Shütz (1993) plantea, que las vivencias

originarias, son vivencias intencionales que se encuentran en la conciencia del campo temporal auténtico y son opuestas al campo temporal de la conciencia, el discurrir en este flujo de tiempo, permite que los relatos de vida transcurran en la temporalidad del presente y pasado, enlazándose por los recuerdos y se proyecten a un futuro, que se hace tangible al ejecutar la intervención, justo en este campo es donde a la temporalidad subjetiva de la fluidez de la conciencia, se traslada a la indivisibilidad psico-física del cuerpo, lugar objetivo de la maternidad y la intervención del trabajador social.

El estudio mencionado, recupera el papel en la comunidad, en el nosotros, las mujeres expresan su experiencia siendo madres, la combinación del trabajo con la maternidad, con sus enriquecedoras experiencias, guiadas en su reflexión hasta exponer sus vivencias, fluyen en la temporalidad de la conciencia, los autores concluyen que la corporeidad surcada por el tiempo interior, es transitada a través de la intervención de la trabajadora social, las vivencias fluyen revelando la subjetividad de estas mujeres y el significado de su maternidad. La intervención del trabajo social, "tiene un tiempo inmanente de la conciencia en que se vivencia y otra, la del tiempo objetivo donde se piensa" (Murcia-Albañil y Rodríguez-Beltrán, 2019).

A manera de conclusión, en el estudio anterior, se muestra a la fenomenología como una teoría que permite recuperar la experiencia en la intervención de los y las trabajadoras sociales, exponiendo las vivencias sustraídas del trabajo con sujetos sociales, a la vez, que es una forma de involucrarse en la cotidianidad de los hombres y mujeres, en los diversos escenarios, el método fenomenológico permitirá reflexionar de la profundidad del interior y viajar a través del pasado trayendo al presente la reflexión y verbalizar el significado de las vivencias a través de la temporalidad, la espacialidad, la corporalidad y la racionalidad.

En síntesis, en el campo de la salud la investigación cualitativa es naturalista y busca el significado que las poblaciones humanas dan al entorno y la forma como se interactúan con este, como escenario

natural para investigar la adhesión a los tratamientos, planes sanitarios, diagnósticos locales. De tal manera, que la fenomenología tiene un campo para transformar las experiencias en significados y dar sentido desde la subjetividad de las enfermedades que presentan, (Camargo, 2020).

Haciendo que emerjan desde la conciencia, aunque la fenomenología tiene sus bases en Husserl, el enfoque en salud se da principalmente a través de la propuesta de Alfred Shütz, mismo que plantea que desde la intersubjetividad es donde se aprende, se vivencia y se quedan aprendizajes de experiencias que toman significados, en este caso para el Trabajo Social resulta el método ideal, por la manera en que se interactúa con los sujetos sociales, desde su experiencia, para que se dé el encuentro con la experiencia del trabajador social y construir la experiencia significativa de la experiencia de nosotros, Pedraza (2014, citado en Camargo, 2020), así como la propuesta de Heidegger empleada en el área de la salud para interpretar.

Entre las conclusiones, se destaca que hay profesiones como la enfermería que se apoyan en la fenomenología para la comprensión de las experiencias de sus pacientes aunado a las bases del cuidado centradas en la filosofía. La fenomenología permite a los profesionales de la medicina comprender el sufrimiento humano, también con facilidad, a la vez, se cae en conflicto por la complejidad para comprender la esencia de las experiencias vividas, implica el abordaje de la enfermedad y el cientificismo de la medicina. En el caso del trabajo social, como disciplina social y profesión a pesar de ser el método que mayormente contribuiría al estudio del comportamiento humanos en las esferas de espacio, corporalidad, temporalidad y racionalidad, existe escasa producción de estudios desde dicho enfoque en el contexto mexicano, aun sería lapidario la afirmación anterior, sin embargo, representó un reto recuperar la intervención del trabajo social desde el marco fenomenológico.

En retrospectiva las investigaciones de la presente revisión, muestran que las personas que han sido diagnosticadas con

enfermedad renal crónica, de acuerdo con Duque-Ortiz et al., (2022), pasan por un proceso de duelo y no es fácil que asimile el diagnóstico, mientras más pronto se asuma la conciencia de estar enfermo, habrá mejor actitud y adecuada adherencia al tratamiento, disminuyendo y retardando las complicaciones de vivir con una enfermedad crónica, a la vez, se traducen en experiencias vividas, comportamientos y conductas que deben ser transformados, evitando las hábitos de arraigo, haciendo evidente la repercusión emocional, por lo que vivir el proceso de la enfermedad en espera de órgano para tener mejor condición de vida, hace que el paciente considere que vivir en espera de un órgano en donación es una vivencia indescriptible de carrera contra la muerte.

Una de las premisas concluyentes, es que fuera intencional o no visibilizar las problemáticas existentes en torno a las vivencias de las personas en protocolo de trasplante renal, contar con las sesiones adecuadas del tratamiento sustitutivo de la función renal, permitirá llegar en condiciones clínicas óptimas para ingresar a la lista de espera, por tanto, es importante, que las instituciones a cargo del Estado otorguen la terapia de reemplazo renal, así como, enfatizar la bondad, de que dichas experiencias vividas sean expuestas para la colectividad que presenta el mismo diagnóstico. En el caso del personal de trabajo social de los hospitales, brindar orientación de acuerdo con las funciones y capacidades institucionales. De acuerdo a Díaz-Chávez et al., (2019), el personal de esta disciplina realiza procedimientos clave en el momento del trasplante, como acciones confirmatorias de muerte encefálica, localización del paciente para hospitalizarse, informar, orientar y acompañar a familiares del donador y receptor, trámites administrativos y de tipo jurídico cuando se trata de casos médico legales.

En otros contextos, como afirma Ortiz Pastelero y Martínez Lara, (2021), las funciones son de carácter instrumental, y su participación multidisciplinar genera impacto positivo en la orientación y acompañamiento que evitan rechazos futuros del órgano trasplantado, aun así, sigue siendo un reto profesional sistematizar la

práctica en el campo de la trasplantología y generar una producción científica del panorama profesional del trabajo social.

Referencias

- Estrada Mesa, D. A. (2012). Hacia una fenomenología de la Enfermedad. *Revista Iatreia*, 25(3), 277–286.
- Alva-Espinosa, C. (2017). Una aproximación a la fenomenología de la enfermedad. *Gaceta Médica de México*, 153(5), 641–644. <https://doi.org/10.24875/GMM.17003009>
- Arce, F. E., Néstor, M., García, R., Benito, C., Salvatierra, E., Coordinadores, I. (2018). *Los desafíos de la enfermedad renal crónica en México*.
- Argüero-Sánchez, R., Sánchez-Ramírez, O., Olivares-Durán, E. M. (2020). Deceased donation and organ transplantation in Mexico. Analysis of 12 years and seven strategic proposals. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*, 88(3), 254–262. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19001379>
- Arias, P., Arely, R. (2020). *Invisibilidad Jurídica de los pacientes renales trasplantados por parte del Estado mexicano, respeto a la seguridad social, hacia los derechos humanos*. 147–192.
- Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo y lo traumático-Vicisitudes de un Abordaje Clínico. En *Universidad Nacional de San Luis*. http://www0.unsl.edu.ar/~disgraf/neuweb2/pdf/Disruptivo_y_traumatico.pdf
- Camargo Mendoza, J. P. (2020). Uso de la fenomenología en la investigación en el área de la salud. *Implicaciones educativas desde la investigación posgradual*, 77–107. <https://doi.org/10.26752/9789589297414.5>
- Carrillo Algarra, A. J., Moreno Rubio, F., Milena Buitrago, S. (2015). Enfermedad Renal Crónica y trasplante renal: Experiencias y superación de una estudiante de medicina TT - Chronic kidney disease and kidney transplantation: Experiences and overcoming of a medical student. *Index enferm*, 24(4), 250–254.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300013&lng=es&anrm=iso&atlng=es

- Díaz-Chávez, E., Sánchez-López, H. M., Tena-Tamayo, C. (2019). Modelo de Coordinación de Trasplante Renal en el estado de Guanajuato. *Revista Hospital Medicine and Clinical Management*, 12(4), 10–13. <https://doi.org/10.24875/hmcm.19000240>
- Duque-Ortiz, C., López-Herrera, F. E., Escobar-Muñoz, M. P., & García-Duque, J. (2022). A Burden that Complicates Life. The Experience of Starting a Noncommunicable Chronic Disease. A Phenomenological Study. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ccve>
- Estrada Mesa, D. A y Espinal Correa, C. E. (2013). *Cuerpos precarios, cuerpos utópicos. Imaginarios y ficciones de lo corporal..pdf*. https://books.google.com.ec/books?id=Z_c-DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=true
- Ferrada-Sullivan, J. (2019). On the notion of body in Maurice Merleau-Ponty. *Cinta de Moebio*, 65, 159–166. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2019000200159>
- Ferrer Riquelme, Javier y Monteagudo Mayor, X. (2004). *Trabajo Social Y Complejidad: Los " Wicked Problems "*. 1035–1052.
- Gil Claros, M. F., Sánchez Rodríguez, M., Falla Ramírez, U., Sierra Tapiro, J. P., Granja Escobar, L. C., Cano Quintero, M. C., Tamayo Marín, A. D., Lerma Ballesteros, G. P., y Parra Erazo, J. A. (2020). La fenomenología social, horizonte de posibilidades para el trabajo social. *Pensando la Intervención Social*, 25–38. <https://doi.org/10.35985/9789585583948.2>
- Gómez Vargas Maricelly, Galeano Higueta Catalina, Gómez Vargas, Maricelly; Galeano Higueta, C. J. M. D. A. (2015). El estado del arte: Una metodología de Investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423–442. <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856275012.pdf>
- Góngora Arjona, I. G. (2018). *Los estudios sobre la precariedad laboral en México y América Latina*. 92.
- Guevara-Patiño, R. (2018). El estado del arte en la investigación: ¿

análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? The State of the Art as a Research Technique: *Redalyc.Org*, 16.

- Hernández, D., Nuez, P. C. de la, Muriel, A., Ruiz-Esteban, P., y Alonso, M. (2015). Mortalidad en lista de espera para trasplante renal. *Nefrología*, 35(1), 18–27. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Oct.12681>
- L., M. K. (2011). Fenomenología del tiempo en medicina. *Bioethickos*, 5(1), 21–27. <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/82/Art02.pdf>
- Lindón, A. (2003). La precariedad laboral como experiencia a través de la narrativa de vida. *Gaceta laboral*, 9(3), 333–352.
- Lionel, L. (2015). El concepto de vivencia en G. Simmel y E. Husserl. *Signos Ediciones y comunicaciones*, 5–24. https://www.academia.edu/14689223/El_concepto_de_vivencia_en_G_Simmel_y_E_Husserl
- Martínez-Navarro, M., López-Falcony, R., Reyes-Berlanga, M., Linares-Segovia, B., Martínez-Bernal, S., Sánchez-Ojeda, M., Reyes-Gutiérrez, K., Nava-Romero, E., Colio-Montoya, M., y Rodríguez-Jamaica, S. (2017). Actitud hacia la donación de órganos en los principales hospitales generales del estado de Guanajuato. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 6(1), 6–11.
- Mercado-Martínez, F. J., y Correa-Mauricio, M. E. (2015). Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. *Salud Pública de México*, 57(2), 155. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7411>
- Mercado-Martínez, F. J., Hernández-Ibarra, E., Ascencio-Mera, C. D., Díaz-Medina, B. A., Padilla-Altamira, C., y Kierans, C. (2014). Kidney transplant patients without social protection in health: What do patients say about the economic hardships and impact? *Cadernos de Saude Publica*, 30(10), 2092–2100. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150713>
- Molina Montoya, N. P. (2005). ¿Qué es el estado del arte? *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 3(5), 73. <https://doi.org/10.19052/sv.1666>
- Murcia-Albañil Diana Marcelo, R.-B. R. I. (2019). Análisis

- fenomenológico aplicado a un caso de intervención de Trabajo Social. *Prospectiva*, 27, 267–292. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i27.6637>
- Ortiz Pastelero, P., y Martínez Lara, C. (2021). Influence of the nursing professional over the quality of life in patients receiving kidney transplants. *Revista Espanola de Salud Publica*, 95.
- Paulín, G., Orta, J., y Siade, G. (2013). La vivencia y su análisis: consideraciones breves sobre las nociones objeto-sujeto en el universo discursivo del mundo cultural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 51(205), 15–35. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2009.205.41085>
- Posin, E. M. (2016). La vivencia (erleben) desde el marco teórico de Edmund Husserl y la crítica heideggeriana en torno a la imposibilidad de dicha vivencia. *Controvérsia*, 12(1), 57–62.
- Pozza dos Santos, B., da Costa Viegas, A., Pereira Vargas Rodrigues, L., Dall’Agnol, J., y Schwartz, E. (2018). Os significados atribuídos ao transplante renal TT - Los significados atribuidos al trasplante renal TT - The meaning attributed to kidney transplant. *Rev. cuba. enferm*, 34(1), e1430–e1430. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000100005%0Ahttp://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1430
- Ramos Eduardo, Taborda, Alejandra, M. C. (2016). Lo Disruptivo Y Lo Traumático. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9).
- Ramos Valencia, J. E. (2015). *Escalada de las enfermedades crónico no transmisibles en México (2001-2015)*. 28, 83–106.
- Rodríguez-Zamora, M. C., Moreno-Serrano, A. P., Cabrera-Delgado, A. M., Regalado-Ruiz, L. A., y Amato, D. (2022). Patient’s experiences of being diagnosed with chronic kidney disease and being admitted to peritoneal dialysis. *Enfermería Nefrológica*, 25(1), 59–65. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842022007>
- Ruelas Barajas, E., Lifshitz Guinzberg, A., y Heinse Martin, G. (2014). Estado del arte de la medicina en México. En *Estado del arte de la medicina*.
- Sánchez-Ramírez, O., Olivares-Durán, E. M., & Argüero-Sánchez, R. (2021). Kidney transplant. Pan-american and iberian productivity

- analysis in 2019 with a mexican and chronic kidney disease perspective. *Gaceta Medica de Mexico*, 157(6), 600–607. <https://doi.org/10.24875/GMM.21000179>
- Souza, M. S. (2007). La centralidad del estado del arte en la investigación científica. *Anclajes, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata*, 27–31.
- Uribe Rosales, V. P. (2017). Husserl en la fenomenología. *Boletín Con-Ciencia*, 4(7), 3–5. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n7/m9.html>
- Waldenfels, Bernhard, T. Luna Bravo, J. L. (2017). Fenomenología de la experiencia en Edmund Husserl. *Arete*, 29(2), 409–426. <https://doi.org/10.18800/arete.201702.008>

Acceso a los servicios de salud. Un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes con discapacidad auditiva y motriz del Hospital Regional de Cd. Guzmán, Jalisco

Lidia Karen Chávez Saldaña¹⁷
Martha Leticia Cabello Garza¹⁸

Resumen

El propósito de este trabajo es presentar parte de los resultados de una investigación cualitativa cuyo objetivo fue explorar la percepción que tanto el personal de salud específicamente trabajo social y enfermería, como los pacientes con discapacidad motriz y auditiva, tienen a cerca de los servicios que brinda el Hospital Regional de Ciudad Guzmán, Jalisco. A través de la técnica de grupos focales y desde una perspectiva fenomenológica se recopilaron las experiencias que han vivido los participantes del estudio en relación con la atención recibida y brindada en este hospital. Los resultados muestran por parte de los usuarios un buen trato, pero a la vez actitudes negativas y dificultades de comunicación de parte del personal de salud, contando siempre con el apoyo de algún familiar. Personal de enfermería y de trabajo social refieren que se ofrece una atención aislada con rechazo y sin procesos específicos de atención especializada. Se resalta la imperante necesidad de la capacitación del personal de salud, a fin de incidir en la transformación de la realidad en la atención de pacientes con discapacidad auditiva y motriz en un segundo nivel de atención.

¹⁷ Profesora de la Universidad de Guadalajara.

¹⁸ Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción

Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, raras veces tienen como destinatarias a las personas con discapacidad. En México desafortunadamente las personas con discapacidad motriz y auditiva no cuentan con una atención digna y en algunas instituciones existe la ausencia de adecuaciones de acceso, además, de la falta de capacitación en la comunicación para la atención de personas sordas.

La asequibilidad de los servicios de salud y el transporte son dos de los motivos principales por los que las personas con discapacidad no reciben los cuidados que necesitan. La ausencia de servicios apropiados para las personas con discapacidad es una barrera importante que impide el acceso a la asistencia sanitaria.

Un importante problema se presenta cuando el personal de salud en un área hospitalaria carece de las aptitudes para atender sus necesidades, y algunas veces son mal tratados por dicho personal, o se les niega la atención. En el caso de los pacientes con discapacidad auditiva este problema se agudiza, puesto que la mayoría de los profesionales desconocen la comunicación básica de un sordo como lo es la Lengua de Señas Mexicanas (LSM).

De acuerdo con el Banco Mundial (2023), el 15 % de la población en el mundo que son casi 1000 millones de personas tienen o han tenido algún tipo de discapacidad, las cifras con mayores en los países en desarrollo. Además, se muestra que aquellos con alguna discapacidad tienen menos posibilidades de acceso a la salud, a la educación, problemas para tener empleo y si lo tienen pueden llegar a presentarse condiciones laborales inseguras para ellos.

Marco jurídico

A partir de la creación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en la

Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre del 2006, la discapacidad fue considerada una cuestión de derechos humanos (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2020), sin embargo pese a la importancia de este tema es lamentable que no exista conciencia, en las instituciones de salud, tanto en el personal como en la población en general, sobre la atención a personas con discapacidad motora y auditiva.

La Convención las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tuvo como propósito asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos para todas las personas con discapacidad, convirtiéndose en un instrumento jurídico que obliga a los Estados a que lo ratifiquen y así mismo adoptar políticas de no discriminación y hacer valer sus derechos, sin ningún tipo de práctica discriminatoria. México firmó la Convención el 30 de marzo de 2007. (CNDH, 2020). Cabe resaltar que en el apartado V, se reconoce la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y a la salud entre otros; y en el artículo noveno, se estipula que a fin de que las personas con discapacidad puedan interactuar de forma independiente y participar en todos los aspectos de la vida, se debe asegurar el acceso al entorno físico, el ambiente, sistemas de comunicaciones, instalaciones de uso público y a otros servicios.

En el año 2018 se crea La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y la última reforma realizada fue en año 2024. En ella se definen algunos conceptos importantes como la persona con discapacidad, la cual es entendida como toda aquella persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en igualdad de condiciones con los demás (Diario Oficial de la Federación, 2024, parte XXVII).

En el capítulo 1 apartado II de la misma Ley, se puntualiza la

importancia de crear o fortalecer establecimientos de salud y de asistencia social que permitan ejecutar los programas señalados en la fracción anterior, los cuales se extenderán a las regiones rurales, las comunidades indígenas y afro mexicanas, considerando los derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad (DOF, 2024).

Algunas estadísticas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), más de 1,300 millones de personas en el mundo tiene algún tipo de discapacidad, de ellas casi 200 millones tienen problemas en su funcionamiento y demandan servicios de asistencia. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México hay más de ocho millones de personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa el 4.9 % de la población total del país, de los cuales 53% son mujeres y el 47 % hombres. Sin embargo, debemos puntualizar que este número va aumentar considerablemente en las próximas décadas dada la pirámide de población que hay en nuestro país, que favorece el aumento de la población adulta mayor y sobre todo al crecimiento de enfermedades crónicas.

Es importante resaltar que las personas con discapacidad tienen dos veces más riesgo de desarrollar afecciones como la depresión, asma, obesidad y diabetes. De acuerdo con la OMS (2023), las asequebilidades de los establecimientos de salud suponen una dificultad hasta seis veces mayor para las personas con discapacidad, lo cual, aunado a las grandes disparidades en materia de salud, discriminación, pobreza, exclusión laboral, etc., contribuyen en gran medida a las desigualdades que enfrenta este grupo de la población. Esta problemática según la Organización Mundial de Salud es el resultado de la interacción de factores estructurales, políticos y sociales con el sistema de salud.

Programas relacionados con la Discapacidad

Para lograr los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ONU, 2023) se hace

indispensable abordar esta problemática de salud mundial como una estrategia ligada por completo a la cobertura sanitaria, con servicios de salud de calidad y en condiciones de igualdad. Se insta, además, a no descuidar el tema de la prevención y respuesta frente a emergencias de salud, como la que tuvimos con la pandemia del COVID-19, ya que personas que sufren alguna discapacidad generalmente resultan ser las más afectadas y con tasas mayores de mortalidad que el resto de la población, (Brennan, 2020).

La ONU a través de su "Estrategia para la inclusión de la discapacidad", facilita la aplicación de todos los acuerdos tanto de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, como los Objetivos del Desarrollo Sostenible en materia de salud, y se compone tanto de políticas como de un marco de rendición de cuentas, enfocándose, básicamente en 3 aspectos globales. a) la integración de las personas con discapacidad debe estar presente en todas las acciones, b) interseccionalidad con relación a factores de género, edad, etc.) y un enfoque coordinado y coherente para aprender de experiencias previas y acelerar el progreso de la inclusión (ONU, 2021).

De acuerdo con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), aquellas personas que viven la discapacidad como una condición de vida y que al interactuar con el entorno social impiden su inclusión plena, efectiva y en condiciones de igualdad con los demás, se caracterizan además por limitaciones para el desempeño de alguna actividad (ISSSTE, Gobierno de México, 2021). Este trabajo estará principalmente enfocado a dos tipos de discapacidad: la *visual*, que es la deficiencia estructural o funcional del órgano de la visión y de sus funciones asociadas como: agudeza visual, campo visual, visión de los colores o profundidad. Y la *auditiva* que se caracteriza por la restricción en la función de la percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación.

La calidad en materia de salud es un aspecto importante, ya que a través de ella podemos determinar si la atención es efectiva e integral acorde a las necesidades de los usuarios que demandan y necesitan la atención. En función de lo anterior, se creó en el estado de Jalisco, el Programa Calidad en la Atención Médica (PROCAM), que está diseñado para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud ofertados a la población a través de la conducción de la política sectorial de calidad en ese Estado (ISSSTE, Gobierno de Jalisco, 2023). El objetivo general del programa es fortalecer la calidad de la atención en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, a través del impulso a la ejecución de proyectos y reconocimientos que contribuyan al acceso efectivo de los servicios de salud.

Por otra parte, la Secretaría de Salud Jalisco (2013) cuenta con elementos para la atención a personas con discapacidad a través de un programa denominado "Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad", en atención a estos grupos vulnerables. Su objetivo principal es prevenir la discapacidad y contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel de salud, mediante el establecimiento de estrategias en materia de promoción, prevención, detección temprana, y tratamiento oportuno.

Algunas estrategias para seguir con este modelo de atención son: Proporcionar información, orientación y capacitación a prestadores de servicios y población en general, para la prevención de la discapacidad; Establecer coordinación con instituciones públicas y privadas para impulsar y fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de la discapacidad; Impulsar programas y acciones para la detección temprana y atención oportuna; Fortalecer programas institucionales para reducir la incidencia de discapacidad visual y discapacidad motriz secundaria a enfermedades reumáticas y crónicas degenerativas. Implementar acciones de capacitación y educación continua en materia de discapacidad y rehabilitación, dirigidas al personal de salud. Fortalecer la infraestructura física en los tres niveles de atención para brindar tratamiento y atención especializada a las personas con discapacidad y mejorar la calidad de los servicios de atención integral,

que se proporcionan a las personas con discapacidad. (Secretaría de Salud Jalisco, 2013).

Teorías sobre la discapacidad

La discapacidad es un tema que compete a toda la sociedad en donde sin lugar a duda los Derechos Humanos son parte primordial para hablar de una verdadera inclusión en términos de atención en Salud. En la revisión de la literatura nos encontramos con tres teorías que nos ayudan a comprender y entender más esta problemática:

Teoría de Rawls.

El tratamiento de la discapacidad en la teoría de Rawls está basado en los derechos humanos. Refiere Cuenca (2012), que, en la teoría contractualista de Rawls, considerada como una de las teorías de la justicia más influyentes de la tradición occidental, se parte de dos principales poderes morales:

- Idea de justicia, como la habilidad de relacionarse con otros e iguales ciudadanos para participar en términos que podemos imaginar que otros aceptarían.
- Capacidad para establecer una concepción del bien, que implica según Rawls que las personas determinen sus propias metas, planes y proyectos de vida para tomar los pasos o decisiones apropiados para conseguirlas.

Los poderes antes mencionados requieren de una racionalidad y su adecuado desenvolvimiento que los lleven a su ejercicio independiente, sin embargo, socialmente aun tendríamos que trabajar mucho puesto que la cultura inclusiva es un área de oportunidad y más aún en términos de salud (Cuenca 2012).

Teoría de Nussbam

De acuerdo con Cuenca (2012), otra teoría es la de Nussbam (2007). Esta teoría sustantiva, considera a las personas con discapacidad como

"ciudadanos y miembros plenamente iguales de la comunidad humana", Cuenca (2012, p. 110); sin embargo, el enfoque de Nussbam no es del todo inclusivo ya que su esquema falla a la hora de reconocer la plena dignidad de las personas con discapacidad cuyo nivel de funcionamiento en las capacidades básicas se sitúa por debajo del umbral mínimo universal y los excluye de la participación plena en la sociedad.

La teoría de los derechos humanos.

La teoría basada en derechos humanos reconoce "la igualdad de las personas con discapacidad", y la "continuidad" o relación que existe entre las vidas normales, marcadas por las necesidades y las dependencias que presentan, así como de aquellas personas que padecen discapacidades permanentes; por lo anterior la teoría basada en derechos es una tarea que beneficia y afecta a toda la sociedad. (Cuenca, 2012).

La teoría de los derechos humanos se analiza desde la discapacidad a través de tres enfoques 1) la *situación*, el cual hace referencia a la situación en la que se encuentran los sujetos, 2) el *modelo social*, el cual refiere el resultado de las interacciones de los factores sociales e individuales y 3) el proceso de *generalización*, que refiere amplitud y extensión de los derechos universales, con el objetivo de incluir a más sujetos reales. (Cuenca (2012, p. 116-118).

Ahora bien, es muy importante tomar en cuenta dos modelos desde la teoría de los derechos humanos: modelo de la diversidad, el cual refiere una evolución del modelo social al que le añade el valor de la diversidad representada por la discapacidad siendo este un factor que fortalece a la sociedad que conlleva a que la teoría de los derechos humanos se trate con justicia y equidad a las personas con discapacidad; y el modelo de la identidad, que es un modelo el cual han adoptado y defendido la comunidad sorda. Desde este ámbito se entiende que el modelo de identidad lleva al respeto en el caso de la comunidad sorda al respeto de su lengua para su comunicación, es

decir el modelo de identidad lleva a una perspectiva universalista con visión particularista, que conlleva a que respetemos a las personas con discapacidad desde su identidad de acuerdo con el tipo de discapacidad.

De acuerdo con lo planteado por la teoría basada en derechos humanos es muy importante que como profesionales dejemos de ver a las personas con discapacidad como un grupo vulnerables, y que comencemos a verlos como ciudadanos parte de una sociedad que merecen los mismos derechos y es por ello por lo que también cuentan con personalidad jurídica en igualdad de condiciones de vida sociales como lo es la atención en materia de salud.

Dichos planteamientos dan la pauta para identificar que se cuentan con herramientas para fundamentar una atención integral y de calidad a las personas con discapacidad. En función de lo anterior y siendo las personas con discapacidad un grupo vulnerable el cual desde hace años ha venido demandando a todos los servidores públicos y a la sociedad en general, una atención digna como cualquier ciudadano; y siendo el derecho a la salud, uno de los derechos principales para cualquiera, independientemente de la condición física, sensorial e intelectual; este proyecto, se planteó el objetivo de conocer desde la perspectiva de los propios actores involucrados con esta problemática: Cuál es la percepción a cerca de la calidad de atención que reciben los pacientes con discapacidad auditiva y motriz, de un Hospital Regional del municipio de Zapotlán el Grande del Estado de Jalisco.

Metodología

La calidad de atención brindada a los usuarios con discapacidad motriz y auditiva en el Hospital Regional de Ciudad Guzmán, se abordará través de un diseño fenomenológico de investigación. Este enfoque es pertinente ya que estudia a las personas en su propio contexto, adentrándose en la situación en la que se encuentran o en el problema social que los está afectando (Husserl, 1986).

El enfoque cualitativo será de gran utilidad para desarrollar este estudio, ya que el tema de la discapacidad y salud desde el trabajo social es complejo. Se busca conocer las experiencias vividas que los profesionales de la salud del Hospital Regional de Ciudad Guzmán (HRCDG), específicamente personal de trabajo social y enfermería, que intervienen en los procesos de atención a este tipo de pacientes; así como los mismos derechohabientes que presentan discapacidad motriz y auditiva, tienen respecto a la atención que se brinda en este Hospital, buscando describir, comprender, contrastar e interpretar, la calidad de la atención y sus vivencias en la calidad de servicio.

La técnica de recolección de datos fue a través de grupos focales, ya que es una técnica de investigación cualitativa que orienta su búsqueda de información en el conocimiento de las estructuras de la percepción, o en la suma de experiencias, vivencias y opiniones desde la perspectiva de los sujetos participantes. Uno de los propósitos de los grupos focales consiste en diagnosticar el sustrato motivacional en el que se sustentan los comportamientos y actitudes (Báez, 2011). Dentro de esta técnica se requiere entrevistar a un número de personas a la misma vez y se centra en el análisis y la interacción de los participantes de un grupo y sus reacciones al tema propuesto por el investigador (Buss, et al, 2013). El propósito de la utilización de esta técnica es lograr una información referente a los conocimientos y a los procesos de calidad en la atención a pacientes con discapacidad auditiva y motriz en el HRCDG.

La población a la que se orienta este estudio son pacientes con discapacidad motriz y auditiva sin importar su edad, con la finalidad de contar con elementos para la comparativa de atención en salud entre edades y discapacidades que en este caso son dos: auditiva a través de Lengua de Señas Mexicanas y motriz. También fueron sujetos de investigación, profesionales de la salud: trabajadoras sociales, administrativos y profesionales de medicina y enfermería. En este trabajo sólo se considerarán los aportes del personal de trabajo social y enfermería.

La aplicación de instrumentos se realizó de forma grupal, a través de grupos focales. El muestreo fue no probabilístico, y se ha elegido una muestra por conveniencia, también llamada muestra dirigida, el cual es un procedimiento informal, selecciona sujetos "típicos" con la esperanza de que sean casos representativos de una población determinada, (Hernández, et.al, 2006).

El mismo hospital constituyó un escenario en donde se pudo encontrar de manera natural a los sujetos del estudio. La muestra quedó conformada por: tres pacientes con discapacidad auditiva y tres con discapacidad motriz que oscilaron entre los 15 y 60 años, con cualquier tipo de diagnóstico médico, sin tomar en cuenta sexo, profesión y estado civil. En cuanto al personal de Trabajo Social se aplicó el instrumento es decir la entrevista semiestructurada a través de un grupo focal a seis Trabajadoras Sociales, que son el total de Trabajadoras Sociales que, al momento de la aplicación del instrumento, estarían laborando algún bajo contrato, y otras de base, todas son de sexo femenino ya que el personal que labora en esta área son solamente mujeres.

En cuanto al personal de enfermería, se aplicó la entrevista semiestructurada a seis profesionales de enfermería: tres de sexo femenino y tres de sexo masculino los cuales se desempeñaban como enfermeros, tanto de contrato como de base con antigüedad mínima de seis meses.

En cuanto a las consideraciones éticas, la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador. Los estudios cualitativos con personas pueden implicar considerables riesgos, por lo que la investigación puede justificarse solo cuando estos riesgos no tienen alguna causa o efecto secundario para los participantes; en este sentido se aplicó a todos los participantes un formato de consentimiento informado asegurando el anonimato de su participación. El consentimiento informado se basa en el principio que señala que los individuos competentes tienen derecho a escoger libremente si

participarán en una investigación. Protege la libertad de elección del individuo y respeta su autonomía (Carracedo et al., 2017).

Una vez transcritas las entrevistas cualitativas de los tres grupos focales, se utilizó el análisis de contenido en cada de ellas, encontrando similitudes y diferencias, considerando los objetivos del estudio. De este análisis se obtuvieron varias categorías y subcategorías surgiendo las siguientes:

- Experiencias vividas en cuanto a la atención.
- Servicios prestados.
- Procesos de atención.
- Percepciones acerca del servicio.
- Percepciones del Personal.

Resultados preliminares de investigación

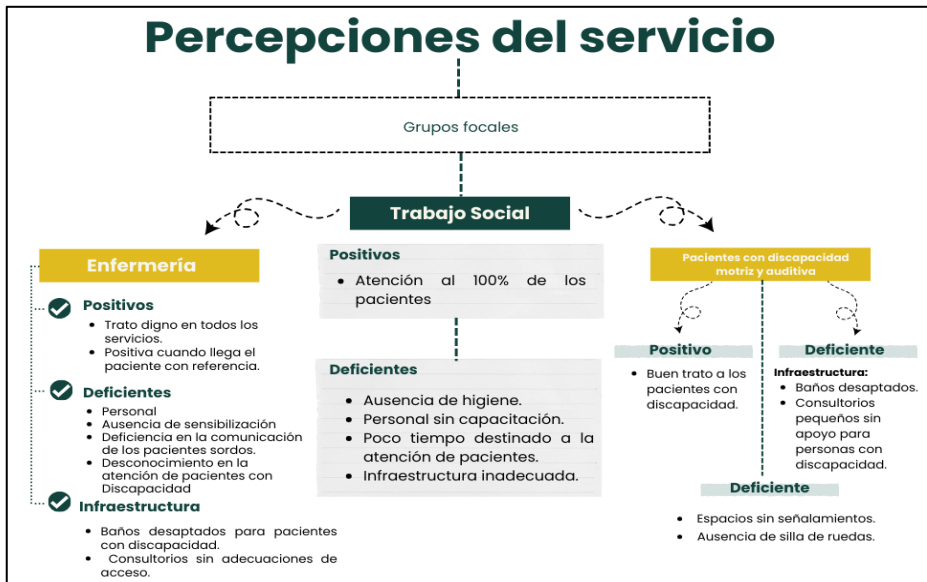
En este trabajo presentaremos los hallazgos relacionados con el objetivo de la investigación relacionado con el conocer las percepciones y algunas experiencias vividas acerca del *servicio que es prestado a las personas con discapacidad motriz y auditiva* en un hospital regional en Jalisco. Los servicios de salud suponen un costo de oportunidad para el servicio sanitario. De acuerdo con Mongui-Palacios (2015), la baja capacidad resolutive del primer nivel de atención es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención de mayor complejidad.

Los servicios de salud son servicios universales a los cuales deben de acceder todos y cada uno de los individuos, y algunos de los indicadores de la estructura con la que se cuenta para brindar ese servicio son todos aquellos atributos materiales y organizacionales relativamente estables, que sirven para verificar si están disponibles y organizados para facilitar la atención de los servicios de salud.

Los indicadores de proceso son parte importante de los servicios de

salud, y están constituidos por todos aquellos que el profesional médico y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y cómo estos se conjugan con las actividades de apoyo diagnosticadas, así como las actitudes, habilidades, destrezas y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos (Mongui-Palacios 2015). En este sentido es importante conocer desde la perspectiva de los mismos actores aquellas demandas y barreras que impiden un servicio de salud de calidad. Los discursos de los participantes del estudio que dan cuenta de la atención que se brinda en el hospital, están centrados en el personal de enfermería, de trabajo social y en los mismos pacientes, encontrando lo siguiente:

Figura 1.
Percepción del Servicio



Fuente: elaboración propia, 2024

Percepción de enfermería respecto a la Atención a los pacientes con discapacidad auditiva y motriz

La percepción de los servicios prestados desde la perspectiva del personal de enfermería es considerada como un servicio positivo y a veces deficiente. Positivo puesto que el servicio que se ofrece es digno y efectivo sobre todo cuando se brindan servicios a pacientes que fueron referidos de otra institución, pero a su vez ellos afirman que se les proporcionan servicios deficientes ya que aún falta mucha sensibilización en la atención del paciente con discapacidad, sobre todo relacionado a la falta oportuna y eficiente de comunicación con pacientes sordos puesto que desconocen la Lengua de Señas Mexicanas. Además, aseveran que no existe en el hospital, un protocolo de atención al paciente con discapacidad auditiva y motriz; ellos consideran que la infraestructura es no adecuada a los requerimientos de estos pacientes, ellos por ejemplo observan que los baños, los consultorios y camas no se encuentran adecuadas para los pacientes que tienen alguna inhabilidad para acceder a estos lugares.

El grupo focal de enfermería entre sus narraciones hizo mención sobre algunas áreas de oportunidad que los llevaron a proponer mejoras para la atención del paciente con discapacidad, como es la disminución de cantidad de pacientes por profesional ya que debido a la carga de trabajo y gran cantidad de pacientes y papelería que deben llenar, no se les atiende de la forma adecuada. También aseveran que se debe buscar una mejor infraestructura con adecuaciones de acceso para este tipo de pacientes con señalamientos que inviten a la sociedad a respetar los espacios de discapacidad y proponen la capacitación del personal en materia de discapacidad incluyendo la Lengua de Señas Mexicanas y Empoderamiento Laboral. Incluso ellos hicieron mención de que la capacitación puede ser brindada por la coordinación de salud pública de la región en donde se les sensibiliza a los trabajadores de salud sobre su labor profesional.

Algunos de los entrevistados afirman: *"Considero que es muy buena (la atención, incluso cuando las compañeras en ocasiones tienen mala*

actitud con los pacientes se les llama la atención, por parte de la jefatura", "Cuando he atendido a un paciente, siempre acuden con familiar para apoyar a la paciente y con él me apoyo". ... "Mi único procedimiento es con las manos y movimientos gesticulares solamente no hay procesos específicos de enfermería". "a atención depende mucho de su ingreso, si es por referencia a cita, referencias urgentes o cuando llegan por sí solos porque les duele algo o presentan alguna situación urgente".. "No se cuenta con procedimientos en específico para la atención a pacientes con discapacidad, a todos se les atiende igual"

Percepción de profesionales del Trabajo social respecto a la Atención a los pacientes con discapacidad auditiva y motriz

Trabajo Social es un departamento que sin duda alguna es un actor principal en materia de salud puesto que los acompañamientos de los y las pacientes con discapacidad en gran medida dependen de la labor del trabajador o trabajadora social, en el Hospital Regional de Ciudad Guzmán. Se cuenta con un departamento de trabajo social en donde se atienden en los turnos matutinos, vespertinos y fin de semana en los diversos servicios que se ofrece en esta institución.

Los servicios que brinda el departamento de trabajo social regularmente son en traumatología, hospitalización, urgencias, clínica de colonoscopia y medicina interna en donde son atendidos desde dos ejes: los pacientes que ingresan a hospital y a pacientes que se atienden por consulta externa; en el primer caso en el hospital se realiza pase de visita en donde se aplican entrevistas exploratorias para identificar necesidades con base a ello se realizan la orientaciones necesarias para su atención; en el caso de los pacientes que acuden a consulta externa, solicitan el servicio a trabajo social cuando requieren orientación respecto a servicios dentro y fuera del hospital así como horarios y citas para los mismos o incluso cuando se les refiere a un tercer nivel de atención.

El personal de trabajo social entrevistado, percibe el servicio de atención a los pacientes con discapacidad, al igual que el de

enfermería, positivo puesto que la atención se les brinda a todos los pacientes es al 100%, sin embargo, es deficiente porque falta higiene en el hospital, el personal no se encuentra capacitado para atender a personas con discapacidad auditiva y motriz; por otro lado ellas afirman que el tiempo es limitado para la atención de los pacientes y que existen algunas barreras en la infraestructura del hospital.

En sus discursos afirman que se necesita un mejor tacto en la atención al paciente con discapacidad motriz o auditiva. Por otro lado, hacen visible en sus narraciones la necesidad de una mejor atención de acuerdo con los requerimientos prioritarios en la atención al paciente con estas discapacidades, así como incorporar al sistema de salud un intérprete de Lengua de Señas Mexicana (LSM) que contribuya a la correcta comunicación entre el paciente sordo y los profesionales de salud.

Además, sugieren adecuaciones en la infraestructura del hospital referente a consultorios, camillas y mobiliario que permitan la movilidad, acceso y atención adecuada de los y las pacientes con discapacidad y finalmente refieren que se debe de capacitar al personal en la atención y manejo de los y las pacientes con discapacidad motriz y auditiva, así como en Lengua de Señas Mexicanas (LSM). Esto se ve reflejado en sus disertaciones:

"Considero el servicio bueno porque no hay distinción con ningún paciente" "Los servicios son buenos, aunque se carecen de instrumentos e insumos para una mejor atención" "Nunca nos han capacitado en la atención de pacientes con discapacidad motriz y auditiva" ... "En este tema no cuento con capacitaciones" "los consultorios son pequeños y no hay nada de apoyo para las personas con discapacidad", ... "es necesario más espacios para personas en silla de ruedas" "Los espacios están mal distribuidos la sala de espera de urgencias es pequeña al entrar, y en los consultorios faltan adaptaciones".

Percepción de los pacientes con discapacidad auditiva y motriz. respecto a la Atención brindada en el hospital

Una parte importante de la investigación fue la entrevista con el grupo focal de los pacientes con discapacidad quienes son los que reciben la atención directa en materia de salud en el Hospital Regional de Ciudad Guzmán. Dentro de los procesos se identifica:

- Los motivos de atención por lo que los pacientes acuden a atención al Hospital Regional de Ciudad Guzmán que son por cita médica, generalmente son por dolor de cabeza, revisión general o ginecológica, siendo los servicios de consulta externa, hospitalización y ginecología en donde se brinda mayor atención en materia de salud, según refiere este grupo focal;
- Los procesos de atención se ofrecen cuando acuden a consulta externa en donde les atienden asistentes, trabajo social, enfermería y médicos, en los que se revisan sus citas, su cartilla y finalmente el médico revisa e indica tratamientos.
- En otras ocasiones pasan directamente a hospitalización después de la revisión médico y ellos mencionan que se realizan las indicaciones del médico a través del personal de enfermería y trabajo social.

El servicio es percibido por estos pacientes como deficiente sobre todo debido a la infraestructura, ya que no es la adecuada para su atención, aunque afirman que el trato es adecuado; y algunos proponen mejora en la atención al paciente desde el buen trato y la organización en su atención, así como trabajar en la infraestructura del Hospital con adecuaciones de acceso pertinentes en baños, y consultorios además de capacitar al personal en Lengua de Señas Mexicanas (LSM) así como en el trato y manejo especial de pacientes con discapacidad motriz y auditiva.

Los pacientes refieren y solicitan paciencia y buenos tratos por parte de los profesionales de salud. También coinciden en la falta de lugares exclusivos para discapacidad, falta de señalamientos, dicen que el

mobiliario es estándar y que presentan dificultades para por ejemplo subir a una cama. Algunas de sus narrativas muestran lo anterior: *"Yo creo que (el servicio) es bueno, los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales... pero los baños están sucios, huelen feo", "El servicio es bueno cuando vamos a consulta (pero) en urgencias malo, a veces no nos quieren atender". "algunas veces me tratan bien, aunque algunas de las enfermeras son enojonas y regañonas"*

Conclusiones

Los resultados muestran deficiencias en el proceso de atención, así como la urgencia de capacitación en materia de atención en salud cuando se trabaja con personas que presenten alguna discapacidad, así como la necesidad de protocolos de atención diferentes a cada tipo de pacientes. El uso de Lengua de Señas Mexicanas puede permitir una pertinente comunicación, atención y manejo de los pacientes con discapacidad auditiva.

El desarrollo social de un país es de suma importancia ya que a través de su bien o mal desarrollo llevan a un estado de crisis o de éxito en todos los ámbitos, es por ello la importancia de no perder de vista los objetivos de desarrollo sostenible, entre los cuales se resalta el de reducción de desigualdades, donde se menciona que la prestación de servicios se convierte en una necesidad social. La presente investigación implica para el desarrollo social incidir en las realidades sociales de nuestros ciudadanos con discapacidad, lo cual conlleva a un replanteamiento no solamente del ejercicio profesional sino además de *cultura inclusiva* en el acceso a los servicios que se convierten en una necesidad social tal como los servicios de salud que no solo se brindan por ser una obligación si no porque la salud es parte del desarrollo de cualquier ser humano.

Se sugiere que sea el profesional del Trabajo Social el actor principal en estos protocolos de atención y que conmine a los demás profesionales de la salud a brindar una atención de calidad y calidez a

los pacientes y para ello se propone la conformación de un equipo de profesionales en trabajo social que permitan una atención de calidad en materia de salud a pacientes con discapacidad auditiva o motriz.

Sin lugar a duda una de las áreas de oportunidad del Hospital Regional de Ciudad Guzmán es la capacitación del personal en donde se les instruya con los conocimientos y habilidades necesarias para hacer frente a los problemas de comunicación. Y en cuanto a la infraestructura es sumamente importante dotar al hospital con áreas de accesibilidad. El acceso a los servicios de salud es parte primordial de la atención que debemos de recibir todos los ciudadanos, sin excepción incluyendo los grupos vulnerables tales como el sector discapacidad. Como se observó en los resultados, el Hospital Regional de Ciudad Guzmán tiene procesos establecidos en donde los profesionales intervienen y se les atiende a todos los pacientes, sin embargo, debe existir especificidad para aquellos pacientes con capacidades diferentes.

La comunicación es una herramienta útil para el desarrollo de estrategias, es la capacidad de vincularse con los demás a partir de procesos convencionales, tomando el diálogo como un conjunto de mensajes que se intercambian entre integrantes de una organización, herramienta útil para el desarrollo de estrategias, ya que estas nos ayudan a mejorar nuestro entorno. Sin duda alguna la intervención de trabajo social en el ámbito de la salud influye no solo en la mejora de esta, sino en la calidad de atención que reciben este tipo de pacientes puesto que su acompañamiento impacta incluso en un tratamiento óptimo y adecuado que mejoren los procesos de atención y de calidad en la atención de estos pacientes.

Referencias

- Báez, J. (2011). Investigación cualitativa. Libros profesionales de empresa. Ed. ESIC Madrid, España.
- Banco Mundial (2023) La inclusión de la discapacidad. En: <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability>
- Brennan, C.S., (2020). *Disability Rights During the Pandemic: A Global Report on Findings of the COVID-19 Disability Rights Monitor*. 2020, COVID-19 Disability Rights Monitor.
- Buss, M., López, M.J. Rutz, A., Cohelho S., De Oliveira I.C., y Mikla, M (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas *Index Enferm* 22 (1-2), <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100016>
- Carracedo, Sánchez y Zunino (2017). Consentimiento informado en investigación, recuperado de <http://anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/download/310/167>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos, (2020). *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo*. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>
- Cuenca, P (2012). Sobre la Inclusión de la Discapacidad en la Teoría de los Derechos Humanos, *Revista de Estudios Políticos* Núm. 158, Madrid, octubre-diciembre (2012), págs. 103-137, recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4130420.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (2024). Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf>
- Gobierno de México (2021). Hablemos de Discapacidad. [https://www.gob.mx/issste/articulos/hablemos-de-discapacidad#:~:text=La%20Discapacidad%20se%20caracteriza%20por,por%20eventos%20traumáticos%20\(accidentes\)](https://www.gob.mx/issste/articulos/hablemos-de-discapacidad#:~:text=La%20Discapacidad%20se%20caracteriza%20por,por%20eventos%20traumáticos%20(accidentes)).
- Gobierno del Estado de Jalisco (2023). Programa calidad en la atención médica (PROCAM). <https://info.jalisco.gob.mx/gobierno/programas-apoyo/22285>

- Hernández R, Fernández, C, y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación Científica. 4ta. Edición. Ed. MacGrawHill, México, DF
- Husserl, E (1986). Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mongui-Palacios, E. (2015). Calidad de la atención médica en la población con discapacidad: la percepción de la atención médica desde la óptica del discapacitado físico motor. Editorial Académica Española
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2021) Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad. En <https://www.un.org/es/content/disabilitystrategy/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2023). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2023). Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Secretaría de Salud Jalisco. (2013). Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad. <https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/discapacidad.pdf>

Tópicos de trabajo social en salud, se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 22 de noviembre de 2024. La edición será publicada en la página web de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social;
www.acanits.org



México ante la pandemia enfrentó grandes retos de salud pública muy particulares, los factores de riesgo y afecciones presentes en su población, que incrementaron la vulnerabilidad de ciertos grupos ante el virus, principalmente en adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con algún o más diagnóstico de enfermedades crónicas, como la hipertensión, diabetes mellitus, infecciones respiratorias agudas, obesidad, insuficiencia renal, enfermedades del corazón, cáncer, entre otras; convirtiéndose en las principales causas que agravaron la enfermedad y asociadas a la mortalidad durante la pandemia.

En virtud de lo anterior, y en postpandemia, resulta necesario desde la disciplina de Trabajo Social el estudio, análisis, discusión y reflexiones en torno a los diversos tópicos de salud, así como la propuesta de nuevos posicionamientos en torno a la comprensión de estos, que respondan a las grandes interrogantes y que tienen relación con la promoción, atención y conservación de la salud.

La presente obra se suma a las múltiples aportaciones de las y los investigadores de Trabajo Social, miembros de la Academia Nacional de Trabajo Social (ACANITS), con la finalidad de contribuir al fortalecimiento del campo de la Salud desde la mirada de la disciplina y las Ciencias Sociales.