

Prevención de *RIESGOS* y atención en *SALUD*: Desafíos para Trabajo Social

Alejandra Monroy López
Luz Mercedes Verdugo Araujo
Claudia Yudith Reyna Tejada

COORDINADORAS



Prevención de riesgos y atención en salud: desafíos para Trabajo Social

Alejandra Monroy López
Luz Mercedes Verdugo Araujo
Claudia Yudith Reyna Tejada

Coordinadoras



Primera Edición: diciembre de 2025

© 2025 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social

ISBN: 978-607-8987-44-3

DOI: <https://doi.org/10.62621/zxqe2c60>

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social

Red Nacional de Investigación e Trabajo Social en Salud

© 2025 Por características tipográficas y de diseño editorial ACANITS A.C.

Portada: ©ACANITS

Todos los artículos de este libro fueron sometidos a dictamen doble ciego por pares académicos y son 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 le 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	7
Primera línea temática: alimentación y obesidad	
Consecuencias sociales, familiares y educativas de la obesidad en niños de educación primaria: el caso de la Escuela Victoriano Cepeda de la Ciudad de Saltillo Coahuila. <i>Laura Saray Juárez Armendáriz</i> <i>María del Carmen Flores Ramírez</i> <i>Claudia Yudith Reyna Tejada</i>	16
La cultura de la delgadez y la sociedad: sus consecuencias en los adolescentes. <i>Cytlali Águila Alanís</i> <i>Laura Areli Aguilar Mendoza</i> <i>María Elena Galis Pacheco</i>	39
Redes sociales y consumo de suplementos deportivos: un riesgo para jóvenes. <i>Arantxa Karolina Cobos Sosa</i> <i>Daniela Isabel Anaya Andrade</i> <i>Francisca Elizabeth Pérez Tovar</i>	62
Segunda línea temática: salud sexual en jóvenes	
Representaciones sociales de los estudiantes de la preparatoria Vasconcelos respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los servicios de salud sexual que ofrece el CAPASITS Mazatlán. <i>Jesús Ernesto Águila Osuna</i> <i>Marisela Rivera Montoya</i>	87

Uso de anticonceptivos y prevención de ITS en estudiantes universitarios: análisis descriptivo-cuantitativo.	114
<i>María Guadalupe Jaimez Rodríguez</i>	
<i>Roxana del Carmen Vargas Pacheco</i>	
<i>María Concepción Ruíz de Chávez Figueroa</i>	

Tercera línea temática: estilos de vida y enfermedades crónicas

Estilos de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas en jefas de familia indígenas y no indígenas en una zona de alta marginación.	131
<i>María Natividad Ávila Ortiz</i>	
<i>Ana Elisa Castro Sánchez</i>	
<i>Brenda Berenice Tovar Jasso</i>	
El enfoque integrado del autocuidado en personas adultas mayores mellitus tipo 2: una perspectiva desde el trabajador social.	154
<i>Citlalli Teresita de León Soto</i>	
<i>Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos</i>	
<i>Francisca Elizabeth Pérez Tovar</i>	

Cuarta línea temática: salud y trabajo social

Experiencias profesionales de Trabajo Social Tanatológico ante el Covid-19 en el Contexto Hospitalario.	181
<i>Griselda Aldaz Rodríguez</i>	
<i>Luz Mercedes Verdugo Araujo</i>	
<i>Leonor Velarde Páez</i>	
Salud y bienestar social en jóvenes con trastorno del espectro autista. Revisión documental.	209
<i>Leticia Marisol Medina Hernández</i>	
<i>Cindy Margarita López Murillo</i>	

La articulación institucional en la atención a la drogodependencia: un análisis desde la política pública de salud. 235

Luis Gabriel Valle Castillo

Luz Mercedes Verdugo Araujo

Teresita del Niño Jesús Carrillo Montoya

Intervención del Trabajo Social Organizacional en la Salud Postural. 265

Nallely Jacqueline Villanueva Hernández

Adrián de la Cruz Ávila

Yasmin Elizabeth Álvarez Josch

Medicina tradicional indígena: la médico tradicional en Chilchotla, Puebla. 294

Alfonso Hernández Cervantes

Laura Vallejo Hernández

Ma. De los Ángeles Corona Castellanos

Introducción

En esta época contemporánea es urgente que los conceptos de *salud y enfermedad* se resignifiquen, de tal forma que transitemos de una visión biologicista/reduccionista que requiere de una atención exclusivamente biomédica, a una visión integral que implica caracterizar, analizar y entender a la salud y enfermedad como categorías de análisis y como procesos sociales. Entendiendo que estos tienen su origen en una interrelación de factores biológicos, sociales, económicos, culturales, estructurales, entre otros, lo que implica ubicarnos en su multifactorialidad y multidimensionalidad, que va más allá de lo biológico.

Es ineludible promover modelos y enfoques de atención a la salud socioculturales que centren su interés en las personas enfermas con sus círculos familiares, y no en las enfermedades. De tal forma que la persona se vea en su complejidad, integridad y singularidad, se consideren como sujetos sociales activos, y no pasivos, en la atención de sus situaciones de salud. Con esto se respetan sus derechos humanos, se fomenta un trato digno y sensible, y no se ven como objetos de atención.

Estos enfoques nos permiten utilizar un concepto de “salud” más amplio, no solo definiciones orgánico-reduccionistas, sino integrales, holistas que vean a las personas como seres biopsicosocioculturales, así como intervenir en la reducción de inequidades y discriminación de personas o grupos socioculturales que han tenido una relación menos favorecida en la sociedad, como la población indígena, campesina o bien cualquier población desde su diversidad cultural.

En este abordaje integral de la salud, Trabajo Social tiene un rol protagónico y trascendental, al diseñar e implementar una intervención profesional social y humanista con acciones que coadyuvan al bienestar integral de las personas, familias y comunidades con problemas de salud y/o enfermedades, logrando con ello no solo enfocarnos en la dimensión biológica, sino en la construcción sociocultural de las personas, esto significa entender, comprender y reconocer que el acto de brindar atención en el ámbito de la salud debe ser un acto integral, debe centrarse en saber cómo piensan, cómo entienden su proceso

salud-enfermedad-atención, cuál han sido sus trayectorias o caminos a lo largo de la atención o bien de sus tratamientos.

En este sentido, trabajo social provoca una atención integral y centrada en los esquemas subjetivos del propio actor social, es decir, enfocada en la persona afectada y sus propias narrativas de lo que experimenta e implica estar enferma. Por ello, se enfrentan a contextos de gran complejidad, que implican ejercicios profesionales-laborales difíciles y de grandes desafíos cuando se diseña y ejecuta estrategias en materia de prevención y atención a personas con enfermedades crónicas en las instituciones de salud, en el entendido que las acciones no deben solo orientarse en la curación y/o alivio de la enfermedad, sino también son necesarias las estrategias de promoción y prevención de la salud.

Entendiendo que el concepto de promoción de la salud es un eje transversal relevante para todo profesional de la salud, donde sin duda se incluye al trabajador y trabajadora social. Comprender su aporte, nos permite entender las herramientas y alcances que tiene en cualquier escenario de salud. Al respecto, es importante saber que la promoción de la salud se basa en una serie de definiciones, métodos y teorías que nos llevan al dialogo transdisciplinar. Tiene como objetivo actuar sobre las dimensiones de la salud y crear opciones saludables que sean accesibles a la población. Como tal, va dirigida a toda la población, y de manera particular, a grupos poblacionales cuyas condiciones relacionadas con la salud requieren ser modificadas favorablemente. Las acciones de intervención van dirigidas a generar condiciones para que grupos e individuos actúen de manera consciente en la toma de decisiones para su salud y el bienestar colectivo. Algunas de las estrategias de intervención que se deben generar son educación social para la salud, comunicación para la salud, fortalecimiento para la participación comunitaria, acción política para la formulación y ejecución de políticas públicas saludables, entre otras.

Para abordar estos elementos antes descritos que motiva a la reflexión del ejercicio profesional que realizamos con cada una de las personas y familias que transitan por un proceso de enfermedad, y de manera particular en acciones de prevención de riesgos sociales a la salud se presenta el libro *Prevención de riesgos y atención en salud: desafíos para Trabajo Social*, que representa ser, entre otras, una vía ante la urgente necesidad de incorporar un modelo integral centrado en

la persona y no en la enfermedad, así como una práctica de atención humanista en el ámbito de la salud.

Esta obra es un trabajo colectivo que se compone de doce capítulos, distribuidos en cuatro líneas temáticas. Estas líneas son: alimentación y obesidad; salud sexual en jóvenes; estilos de vida y enfermedades crónicas; y por último salud y trabajo social.

A continuación, se presenta el contenido del libro, desglosando cada una de las líneas temáticas y sus capítulos que las conforman.

La primera línea temática se denomina *Alimentación y obesidad*, esta condensa tres capítulos; el primer capítulo *La cultura de la delgadez y la sociedad: sus consecuencias en los adolescentes* por Cytlali Águila Alanís, Laura Areli Aguilar Mendoza, y María Elena Galis Pacheco es un estudio de enfoque cualitativo y de alcance descriptivo, combinando con técnicas documentales y análisis cuantitativo de datos estadísticos publicados en diferentes bases de datos institucionales. La investigación analiza la influencia de la sociedad a través de formas de pensamiento y comportamiento relacionados con el problema de la delgadez en los adolescentes. Para esto se recupera la experiencia, a través de entrevistas semiestructuradas y observación, de cuatro adolescentes (2 hombres, 2 mujeres) de 13 y 15 del municipio de Tetela del Volcán, Morelos. Los resultados demuestran que el fenómeno social denominado “cultura de la delgadez” sigue promoviendo una forma de pensamiento y de acción en las y los adolescentes de estereotipos de la “delgadez” que impactan en su dimensión no solo física/biológica, sino social y emocional, al ser presionados por su sociedad en alcanzar el ideal de belleza que resalta la delgadez como un atributo esencial, y en afán de alcanzarlo se someten a prácticas dañinas de salud que les ocasionan graves consecuencias.

El segundo capítulo, de esta primera línea temática, es *Consecuencias sociales, familiares y educativas de la obesidad en niños de educación primaria: el caso de la Escuela Victoriano Cepeda de la Ciudad de Saltillo Coahuila*, escrito por Laura Saray Juárez Armendáriz, María del Carmen Flores Ramírez y Claudia Yudith Reyna Tejada. Es una investigación de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y de diseño no experimental. En esta se aborda el fenómeno de la obesidad en población infantil, por lo que se analizan las

consecuencias sociales, familiares y educativas que repercuten en niños con obesidad en educación primaria. Para ello, participan 60 niñas y niños de 6 a 12 años con instrucción académica primaria, los cuales se entrevistan para obtener la información necesaria. Dentro de los resultados se destaca que las consecuencias más sentidas por la población es el rechazo y la discriminación por su condición de obesidad, experimentando actitudes negativas de su sociedad a través de la ofensa y el rechazo mismo, provocando en ellos y ellas aislamiento, y trastornos psiquiátricos como depresión.

Por último, el tercer capítulo de esta primera línea temática, se titula *Redes sociales y consumo de suplementos deportivos: un riesgo para jóvenes*, elaborado por Arantxa Karolina Cobos Sosa, Daniela Isabel Anaya Andrade, y Francisca Elizabeth Pérez Tovar. Se da a conocer un estudio, con enfoque descriptivo y de tipo documental-teórico, sustentado en la revisión bibliográfica sistemática de fuentes académicas de 21 artículos científicos, cuyo propósito fue analizar la relación entre las redes sociales y el consumo de suplementos deportivos, particularmente preentrenos y bebidas energéticas, así como sus implicaciones en las dimensiones fisiológica, psicológica y social en jóvenes que practican gimnasio. Los resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de intervención social y educativa que contribuyan a la formación de hábitos saludables y a la incidencia política con políticas de regulación tanto de consumo como publicitaria que contribuyan a la normalización del mal uso en el consumo de estos suplementos afirman las autoras.

La segunda línea temática corresponde a *Salud sexual en jóvenes*, constituida por dos capítulos. El primero de estos, se nombra *Representaciones sociales de los estudiantes de la preparatoria Vasconcelos respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los servicios de salud sexual que ofrece el CAPASITS Mazatlán*. Jesús Ernesto Águila Osuna y Marisela Rivera Montoya de la Universidad Autónoma de Sinaloa. La investigación analiza las representaciones sociales de los estudiantes en relación con las ETS y los servicios del CAPASITS y sirva de base para diseñar un proyecto de intervención que promueva el acceso a información confiable y la reducción de estigmas. La metodología fue desde un enfoque cualitativo, empleando técnicas como cuestionarios abiertos, entrevistas y observación

participativa para obtener una comprensión profunda de las percepciones y comportamientos de los estudiantes. Los resultados mostraron que el 66.67% de los estudiantes obtiene información sobre ETS a través de redes sociales y amigos, lo que promueve la desinformación. Ninguno de los estudiantes entrevistados conocía los servicios de CAPASITS y asocian las ETS con "falta de higiene" o "conductas inmorales", reflejando estigmas sociales arraigados. Ante estos hallazgos, se propone la implementación de un portal digital de información sobre salud sexual y servicios de CAPASITS, que facilite el acceso a información confiable y promueva comportamientos sexuales responsables entre los estudiantes.

El segundo capítulo, de la segunda línea temática, *Uso de anticonceptivos y prevención de ITS en estudiantes universitarios: análisis descriptivo-cuantitativo*, Las autoras Jaimez Rodríguez, Vargas Pacheco y Ruiz de Chávez Figueroa llevaron a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, cuantitativo y un diseño no experimental de tipo transversal y descriptivo, cuyo objetivo fue el identificar el uso de métodos anticonceptivos en jóvenes. Entre sus resultados destaca el uso del preservativo o condón como método más utilizado, aunque de forma desigual: solo 56 de los 205 estudiantes declararon emplearlo siempre, mientras que un número considerable (48) afirmó no usarlo nunca, mientras que el resto de los métodos presentan niveles bajos de uso. Las autoras concluyen que los jóvenes estudiantes universitarios aún se encuentran en riesgo de adquirir ITS debido al uso inadecuado de métodos anticonceptivos.

Continuando con la tercera línea temática se define como *Estilos de vida y enfermedades crónicas*. En esta encontramos dos capítulos. El primero, las autoras Citlalli Teresita de León Soto, Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos y Francisca Elizabeth Pérez Tovar de la Universidad Autónoma de Tamaulipas presentan un estudio denominado *El enfoque integrado del autocuidado en personas adultas mayores mellitus tipo 2: una perspectiva desde el trabajador social*, el cual examina el rol del profesional de Trabajo Social desde un enfoque integrador, en la promoción del autocuidado y la mejora de la calidad de vida de personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2. El proceso metodológico consistió en un paradigma cualitativo, de tipo descriptivo e interpretativo con diseño transversal y enfoque

fenomenológico. Se realizaron entrevistas en profundidad con una muestra intencional de trabajadores sociales adscritos a instituciones del sector salud en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Los resultados evidenciaron vacíos en la integración de estrategias de atención que contemplen simultáneamente las dimensiones familiares y de salud, así como la necesidad de actualizar los contenidos de los materiales utilizados en la educación social. Asimismo, se observó que la intervención integradora no solo favorece la práctica del autocuidado, sino que también fortalece redes de apoyo y contribuye a ofrecer una atención más humana y personalizada.

El segundo capítulo, *Estilos de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas en jefas de familia indígenas y no indígenas en una zona de alta marginación* desarrollada por María Natividad Ávila Ortiz, Ana Elisa Castro Sánchez y Brenda Berenice Tovar Jasso de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la Facultad de Salud Pública y Nutrición tuvo como objetivo determinar la prevalencia de estilos de vida, diabetes, sobrepeso y obesidad en población indígena y no indígena en una zona de alta marginación. El proceso metodológico fue desde un enfoque cuantitativo, transversal, con una muestra censal de 379 jefas de familia en una comunidad marginada de Nuevo León. Se utilizó el Cuestionario Fantástico para evaluar estilos de vida y el Índice de Masa Corporal (IMC) para el estado nutricional; la prevalencia de diabetes fue autorreportada y se analizó con SPSS. Los resultados mostraron que las participantes tenían entre 38 y 70 años, con una edad promedio de 40.8 años. El 14.5% eran indígenas y la mayoría tenía escolaridad secundaria. El 72.7% de las indígenas y el 62% de las no indígenas presentaron estilos de vida buenos, mientras que el 10.6% y el 23.1%, respectivamente, mostraron estilos de vida excelentes. El 80.2% presentó sobrepeso u obesidad, y el 16.1% reportó diagnóstico de diabetes tipo 2. Asimismo, las jefas de familia mostraron índices de obesidad y diabetes superiores al promedio nacional. Las no indígenas presentaron mejores estilos de vida que las indígenas. Los hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias que mejoren la salud en estas comunidades vulnerables.

Finalizando, la cuarta línea temática denominada *Salud y Trabajo Social* comprende cinco capítulos. El primero de ellos, *Medicina tradicional indígena: la médico tradicional en Chilchotla, Puebla*, los

autores Alfonso Hernández Cervantes, Laura Vallejo Hernández, y Ma. de los Ángeles Corona Castellanos nos presenta un estudio de caso de una mujer curandera de 90 años, con quien se pudo explorar y recuperar conocimientos sobre la formación de los curanderos o médicos tradicionales, el uso y manejo de las plantas medicinales, los sentimientos que son importantes para apoyar en la curación y tratamiento de los desequilibrios corporales. Colateralmente se recopilan y documentan datos lingüísticos de la variante náwatl que se habla en Chilchotla, Puebla. Es un estudio que resalta la importancia de la Medicina Tradicional Indígena en la atención a las situaciones de salud en dicha comunidad, considerando que el conocimiento de esta medicina puede coexistir y complementar la medicina hegemónica.

El segundo capítulo, los autores Nallely Jacqueline Villanueva Hernández, Adrián de la Cruz Ávila y Yasmin Elizabeth Álvarez Josch de la Universidad Autónoma de Tamaulipas presentan un trabajo llamado *Intervención del Trabajo Social Organizacional en la Salud Postural*, el cual busca analizar el impacto de la falta de ergonomía en las actividades laborales y la salud de los empleados, buscando identificar los factores contextuales que contribuyen a la adquisición de lesiones musculoesqueléticas, así como los efectos de estas lesiones en la vida diaria de los trabajadores. El estudio es desde un enfoque cualitativo de orden documental que proporciona evidencia que respalda la implementación de prácticas ergonómicas adecuadas, con el fin de mejorar la calidad de vida de los empleados, reducir los costos asociados a los problemas de salud laboral y aumentar la productividad en las organizaciones. Finalmente puntualiza que la intervención del Trabajo Social en el bienestar social en organizaciones se ha orientado hacia la promoción del crecimiento personal y profesional de los trabajadores y sus familias, al tiempo que incide en el fortalecimiento de un clima laboral adecuado y en el desarrollo social y ambiental del entorno inmediato a la organización.

El tercer capítulo, titulado *Experiencias profesionales de Trabajo Social Tanatológico ante el Covid-19 en el Contexto Hospitalario*. En la investigación, llevada a cabo por Griselda Aldaz Rodríguez, Luz Mercedes Verdugo Araujo y Leonor Velarde Páez, describen las experiencias profesionales de las y los Trabajadores Sociales Social, ante las nuevas necesidades de familiares con pacientes hospitalizados

de Covid-19. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, utilizando un método fenomenológico, con técnicas como la entrevista semi-estructurada para recopilar las narrativas tanto de familiares de pacientes internados como de profesionales de Trabajo Social. Entre los hallazgos, se identifica la imperiosa necesidad de la intervención tanatológica por parte del profesional, ante el momento de crisis sanitaria, para brindar el apoyo emocional y social ante el proceso de duelo.

El cuarto capítulo nombrado *Salud y bienestar social en jóvenes con trastorno del espectro autista. Revisión documental*, de la autoría de Leticia Marisol Medina Hernández y Cindy Margarita López Murillo, quienes presentan un estudio documental respecto a la salud y bienestar social en jóvenes con Trastorno Espectro Autista, destacando los conceptos de contexto político, económico y social en México, indicadores de calidad de vida, determinantes sociales de la salud, una perspectiva de la salud integral y la relevancia que tiene trabajo social en esta población; concluyendo que, el abordaje de la salud y bienestar de los jóvenes representa un gran desafío en el país y aun cuando existen programas dirigidos a su atención, no basta y no es suficiente para el logro del bienestar integral de los jóvenes.

El capítulo cinco, con el nombre *La articulación institucional en la atención a la drogodependencia: un análisis desde la política pública de salud*, de los autores Luis Gabriel Valle Castillo, Luz Mercedes Verdugo Araujo, Teresita del Niño de Jesús Carrillo Montoya. El estudio es cualitativo y de análisis documental, lo que permite analizar la articulación institucional de la política pública en salud para atender la drogodependencia en México, resaltando que, aunque exista una normatividad de atención, esta se puede ver afectada por la coordinación interinstitucional y los niveles de gobierno. También se resaltan los desafíos en la implementación de la política pública en atención a la drogodependencia.

Alejandra Monroy López
Luz Mercedes Verdugo Araujo
Claudia Yudith Reyna Tejada.

Línea temática:
Alimentación y obesidad

Consecuencias sociales, familiares y educativas de la obesidad en niños de educación primaria: el caso de la Escuela Victoriano Cepeda de la Ciudad de Saltillo, Coahuila.

Laura Saray Juárez Armendáriz¹

María del Carmen Flores Ramírez¹

Claudia Yudith Reyna Tejada¹

Resumen

La obesidad infantil representa uno de los problemas más serios de salud pública a nivel mundial en el siglo XXI, y su creciente incidencia en los últimos años es preocupante. México se posiciona como el país con la mayor tasa de obesidad infantil en el mundo y ocupa el segundo lugar en cuanto a obesidad en adultos, sólo superado por Estados Unidos. Por lo que se realizó una investigación que tuvo como objetivo, analizar las consecuencias sociales, familiares y educativas que repercuten en niños con obesidad, con la finalidad de sustentar estrategias de acción desde la perspectiva de Trabajo Social, así mismo, se describen las categorías del tema, con el fin de responder la pregunta de investigación, ¿Cuáles son las consecuencias sociales, familiares de la obesidad que afectan a los niños que se encuentran en el nivel primaria?

El método que se utilizó fue el cuantitativo, y el diseño de investigación fue el no experimental, ya que, la obesidad infantil se apoya de la observación de los hechos o fenómenos que se dan en la realidad de los niños que viven esta problemática. Se realizaron 60 entrevistas a niños y niñas de 6 a 12 años que cursaban la educación

¹ Docentes e investigadoras de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social, de la Universidad Autónoma de Coahuila.

primaria. Por último, se describen los resultados, analizados e interpretados, sobre la información que se tiene por los entrevistados, llegando a la conclusión de que el rechazo y la discriminación afecta a los niños con obesidad dañándolos, física y psicológicamente.

Desarrollo

La obesidad infantil es un problema de salud pública realmente importante y va en aumento en nuestro tiempo. Su prevalencia sigue creciendo y esto se debe a una mezcla de factores genéticos, ambientales y sociales. Esto significa que no solo tiene que ver con la genética de cada niño, sino también con el entorno en el que viven, la alimentación que reciben, sus hábitos de actividad física y las condiciones sociales y económicas que los rodean. Reconocer esta complejidad es fundamental para poder diseñar estrategias efectivas que aborden todas estas causas y ayuden a prevenir y reducir la obesidad infantil. (OMS, 2024)

La obesidad infantil es una condición importante que puede tener consecuencias serias para la salud y el bienestar emocional de los niños. No siempre es fácil identificarla solo por la apariencia, ya que los síntomas no son evidentes. Además, hay diferentes factores que influyen en su desarrollo: algunos, como los hábitos de alimentación y la actividad física, están en manos de la familia, mientras que otros, como los genes y las hormonas, no se pueden modificar. Es fundamental estar atentos y buscar orientación profesional si hay preocupaciones, para apoyar a los niños en su salud y autoestima. (OMS, 2024)

Algunos factores de riesgo que pueden estar dentro del control de tu familia y que aumentan la probabilidad de obesidad infantil son los hábitos de alimentación y la actividad física. Es importante prestar atención a estos aspectos para promover un estilo de vida saludable en los niños. (Maucevic y Adler, 2024)

Los hábitos alimentarios juegan un papel muy importante en la salud de los niños. Como lo es, el consumo frecuente de alimentos con alto contenido de azúcar, grasa saturada o sodio, como comida rápida, productos horneados, bocadillos, golosinas, postres y bebidas azucaradas, que puede contribuir al aumento de peso en los niños.

Promover una alimentación equilibrada y consciente puede marcar una gran diferencia en la salud y bienestar del niño.

La falta de movimiento es un factor importante que puede contribuir al aumento de peso en los niños. Es recomendable motivar a tu hijo a realizar al menos 60 minutos de actividad física cada día, lo cual ayuda a mantener un peso saludable y a desarrollar habilidades motrices. (Norma Oficial Mexicana, 2013)

También es importante limitar el tiempo que pasa en actividades sedentarias, como ver televisión, jugar videojuegos o usar redes sociales, ya que estos hábitos pueden favorecer el sedentarismo y el aumento de peso. Para niños mayores de 2 años, se recomienda no exceder las dos horas diarias de tiempo frente a pantallas que no sean para tareas escolares, y para los menores de 2 años, lo ideal es evitar completamente el tiempo de pantalla. Incentivar juegos al aire libre, deportes o actividades creativas puede ser muy divertido y beneficioso para su salud. (Norma Oficial Mexicana, 2013.)

La salud mental de los niños también tiene un impacto importante en su peso y bienestar general. El estrés personal y familiar puede aumentar el riesgo de obesidad en los niños, ya que el estrés constante puede hacer que su cuerpo produzca más hormonas como el cortisol. Esto puede aumentar su sensación de hambre y generar ansias por alimentos con alto contenido de grasa y azúcar, lo que a su vez puede contribuir al aumento de peso.

Algunos factores que pueden contribuir a la obesidad infantil y que están fuera del control de los padres o madres incluyen aspectos como la genética, el entorno social y comunitario, y ciertos factores económicos. Por ejemplo, la predisposición genética puede influir en cómo el cuerpo de un niño procesa los alimentos y almacena grasa. Además, el entorno en el que vive, como la disponibilidad de espacios seguros para jugar o el acceso a alimentos saludables, también puede afectar sus hábitos. Por último, las condiciones económicas pueden limitar el acceso a alimentos nutritivos o actividades físicas adecuadas.

Es importante recordar que, aunque estos factores pueden ser difíciles de controlar, hay muchas maneras en las que los padres pueden apoyar a sus hijos promoviendo hábitos saludables y buscando recursos

adecuados. Estos factores son muy importantes y pueden influir en la obesidad infantil y, en muchos casos, están fuera del control directo de los padres.

Por ejemplo, si en la familia hay una tendencia a subir de peso con facilidad, esto puede aumentar la probabilidad de que el niño también tenga esa predisposición. Además, las mutaciones en ciertos genes o afecciones hormonales pueden afectar cómo el cuerpo regula el peso y el apetito.

Además, la estructura familiar y la dinámica del hogar tienen un impacto importante en el riesgo de obesidad infantil. Por ejemplo, en hogares monoparentales, las limitaciones de tiempo y recursos económicos pueden dificultar la preparación de comidas saludables y la participación en actividades físicas, lo que a menudo lleva a depender de alimentos precocinados con alto contenido de azúcar, grasa y calorías. Por otro lado, las familias extensas pueden ofrecer más apoyo, pero también pueden presentar desafíos si existen diferencias culturales o generacionales en las creencias sobre la alimentación, lo que puede generar prácticas alimentarias inconsistentes. Además, los niños en instituciones o hogares de acogida enfrentan desafíos adicionales, como la falta de planes de nutrición personalizados y una autonomía limitada en sus decisiones alimentarias, lo que puede aumentar su riesgo de obesidad. Todo esto resalta la importancia de adaptar las intervenciones a las diferentes estructuras familiares y contextos para promover hábitos saludables. (Ribeiro, 2000)

Por otro lado, los factores sociales y económicos también juegan un papel crucial. En comunidades con recursos limitados, puede ser difícil acceder a alimentos frescos y nutritivos, y en su lugar, se consumen más alimentos procesados, congelados o con alto contenido de azúcar y grasa. La falta de espacios seguros para jugar y hacer ejercicio también puede dificultar que los niños mantengan un estilo de vida activo. (Alba, 2016)

Es importante entender que estos factores pueden ser desafiantes, pero con apoyo y estrategias adecuadas, se pueden tomar medidas para promover hábitos más saludables. Con lo señalado anteriormente, los niños con obesidad pueden sufrir burlas y acoso por parte de sus pares. En consecuencia, pueden tener una baja autoestima. También

pueden tener un riesgo mayor de sufrir depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación. (Alba, 2016)

Para dar respuesta a la pregunta de investigación ¿cuáles son las consecuencias sociales, familiares de la obesidad que afectan a los niños que se encuentran en el nivel primaria?, se realizaron entrevistas a personas con características similares, estás obteniendo información valiosa sobre cómo diferentes factores, como la familia, la escuela y las experiencias de rechazo, influyen en la obesidad infantil. Estas categorías pueden ayudar a entender mejor las distintas dimensiones que afectan a los niños en relación con su peso y bienestar. Además, al vincular estos aspectos con tu pregunta de investigación, podrás ofrecer un análisis más profundo y fundamentado sobre las causas, consecuencias y posibles soluciones a la obesidad infantil.

Metodología

El método que se utilizó fue el cuantitativo porque es un fenómeno que ha ido en aumentando y que hoy en día afecta en la realidad, en el ámbito de salud en todos sus aspectos físico, psicológico y social. Además, el diseño utilizado es el no experimental, ya que el fenómeno de la obesidad se trabajó en la realidad con los niños que viven esta problemática.

Así mismo, el alcance utilizado en esta investigación fue el descriptivo ya que se enfoca en describir las características o propiedades de un fenómeno, grupo o situación específica, en este caso de la obesidad en los niños. Para ello, se utilizaron herramientas estadísticas y datos numéricos que permitieron cuantificar y analizar la información de manera objetiva. Esto ayudó a entender mejor cómo es el fenómeno en cuestión, cuáles son sus principales atributos y cómo se distribuyen sus diferentes aspectos. Es una forma muy útil de obtener una visión clara y precisa sobre lo que se está estudiando.

Se elaboró un instrumento que contenía las variables de obesidad infantil, familia, el entorno social y educación entre otros, en el que se desenvuelven y se aplicaron 60 instrumentos, a niños y niñas de 6 a 12 años que están cursando la educación primaria en la escuela Victoriano Cepeda, en relación con la problemática de la obesidad infantil. La muestra que se realizó fue con 10 niños que tenían las características que se solicitaban en la investigación; es decir, que tuvieran entre 6 y

12 años; que fueran niños con peso y talla de obesidad; o que se les detectara obesidad; que fueran niños que estuvieran en el nivel primaria; que vivieran alrededor de la escuela primaria en la que se aplicaría el instrumento, y que fueran detectados por la muestra de apoyo que tenían problemas por su sobrepeso principalmente.

Resultados

A continuación, se presentará un análisis en la cual se describen los resultados, analizados e interpretados, sobre la información que se tiene por los entrevistados sobre las variables investigadas.

La familia desempeña un papel fundamental en la prevención y el manejo de la obesidad infantil. Los hábitos alimentarios que se establecen en el hogar, como la elección de alimentos saludables, las porciones y los horarios de comida, tienen un impacto duradero en los niños. Además, el fomento de actividades físicas en familia, como paseos, juegos al aire libre o deportes, ayuda a promover un estilo de vida activo. (Marín, 2024)

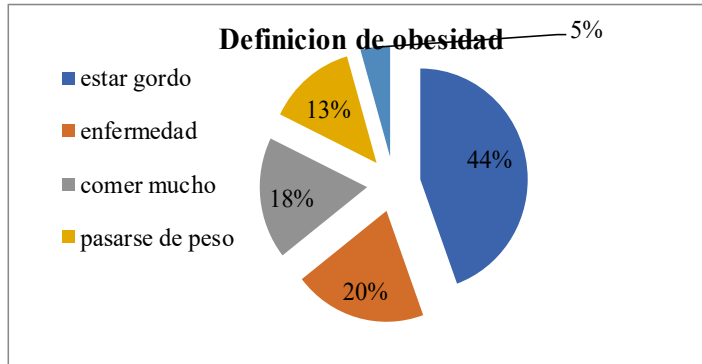
El entorno familiar también influye en la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables. Es importante que las familias trabajen juntas para crear un ambiente que apoye hábitos saludables, ya que esto no solo ayuda a prevenir la obesidad, sino que también promueve el bienestar general del niño.

La obesidad infantil de acuerdo con la Organización de la Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO, 2024) se conceptualiza como el “mantenimiento de un balance energético” en los primeros años de vida del individuo, por la gran cantidad de alimentos ingeridos y “su gasto energético disminuido”, además de que en ciertas ocasiones pueden ser el metabolismo por la “estructura genética”. (p.6)

En virtud de lo anterior se les preguntó a los niños si sabían que era la obesidad infantil el 44% coincidió en que la obesidad es estar gordo, mientras que el 20% dijo que era una enfermedad y 5% dijo que era tener grasa. Esto informa que los niños no están suficientemente informados sobre el tema de la obesidad, ni por parte de la escuela ni por los padres de familia, ya que a veces ni estos mismos conocen lo que este padecimiento, esto se puede corroborar en el siguiente grafica.

Gráfica 1.

Qué es la obesidad



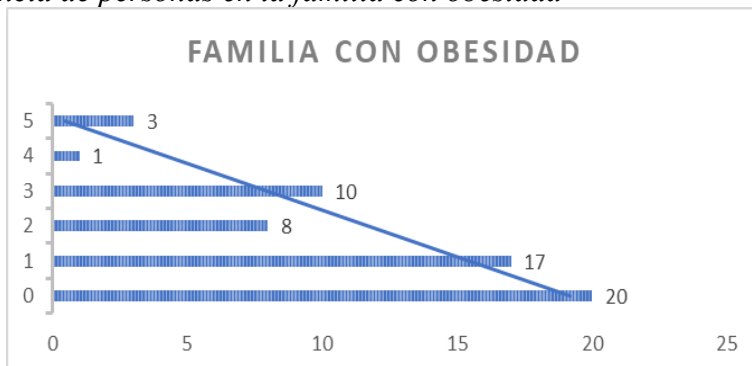
Es necesario informar a los niños sobre lo que es obesidad y que conozcan más sobre ella, que la causa, y que daños provoca en el cuerpo, para que de esta manera sepan cómo prevenirla.

La familia debe de conocer sobre el tema de la obesidad, ya que según la FAO (2024) nos dice que el nivel de educación y la cultura que se tiene en la sociedad ya sea de manera individual, o en los grupos de familia o sociales son necesarios para que puedan entender las causas y consecuencias que se dan en la “obesidad infantil.”

La estructura familiar efectivamente influye en los hábitos alimentarios y en la actividad física de los niños. En hogares monoparentales, las limitaciones de tiempo y recursos pueden llevar a opciones de alimentos menos saludables y a menos actividad física. Por otro lado, en familias extensas, aunque existe un mayor apoyo, la diversidad de hábitos alimenticios puede llevar a confusiones o inconsistencias en la nutrición.

Gráfica 2.

Existencia de personas en la familia con obesidad



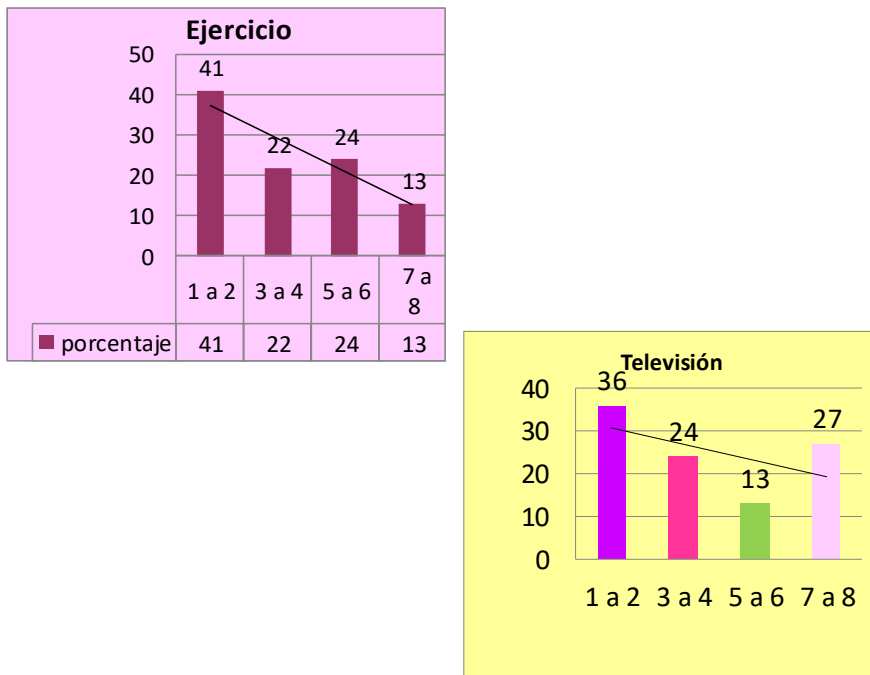
Como se señala en la gráfica anterior se les preguntó a los niños si en su familia existía alguna persona con obesidad, los cuales contestaron que el 20% de los niños no tienen familiares con obesidad, mientras que 17% tienen al menos un miembro con obesidad, se resalta los porcentajes porque es dentro de los hogares es donde se aprende a comer. A pesar de que en las entrevistas que se hicieron la mayoría de los niños(as) no tiene familiares con obesidad el 3% de los niños(as) tienen como mínimo 5 miembros de su familia con obesidad esto nos dice que también por genética se puede tener la obesidad.

Una de las causas de la obesidad que se encontró es el sedentarismo ya que hoy en día el tipo de vida que se lleva es más tranquilo, porque la mayor parte de los niños(as) prefieren estar sentados frente al televisor, comiendo chatarra o se la pasan jugando videojuegos y frente a la computadora, por varias horas, en lugar de realizar ejercicio, ponerse a jugar a la pelota, hacer algún juego al aire libre, etc. La inactividad física contribuye al sedentarismo infantil, limitando las prácticas saludables como el deporte, las caminatas y los juegos al aire libre, en favor de actividades pasivas como ver televisión y jugar videojuegos.

Cuando se habla de sedentarismo infantil, se refiere a los niños que llevan una vida con poca o ninguna actividad física diaria, lo que reduce su gasto energético y puede contribuir al aumento de peso. Debido a esto, es cada vez más común decir que los niños hoy en día se crían en un ambiente obesogénico, es decir, un entorno que favorece el

desarrollo de la obesidad, a través de factores como la falta de actividad física, la disponibilidad de alimentos ultraprocesados y el estilo de vida sedentario. Así mismo se les preguntó que cuanto tiempo pasaban sentados en el televisor o en video juegos, y cuánto tiempo pasaban realizando actividades físicas, por lo que se pudo observar según la gráfica que el 36% le dedican de 1 a 2 horas diarias al televisor y 27% de 7 a 8 horas. A diferencia de la actividad física ya que al preguntarles cuanto tiempo les dedicaban a las actividades físicas el 41% dijo que le dedicaban de 1 a 2 horas de actividad física y el 13% le dedica de 7 a 8 horas, con esto se llega a la conclusión de que lo tecnológico ha llegado a remplazar las actividades deportivas ya que antes de esta manera era como se aprovechaba el tiempo.

Gráfica 3.
Sedentarismo.



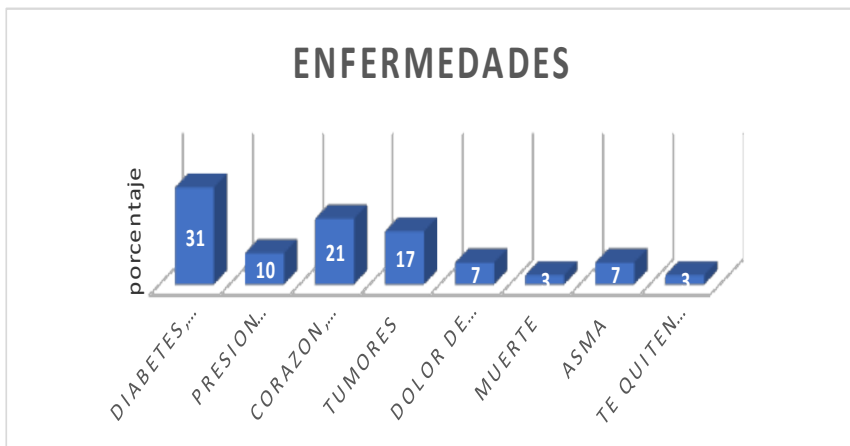
La obesidad trae consigo muchas consecuencias tanto sociales, emocionales, y enfermedades, además tiene repercusiones serias y multifacéticas en la salud física y mental de los niños. La conexión entre

la obesidad y enfermedades como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardíacas es bien conocida. Además, los problemas emocionales como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima son preocupaciones significativas, ya que los niños obesos a menudo enfrentan estigmas sociales y bullying.

La forma en que la obesidad afecta a los niños puede variar según su contexto cultural, socioeconómico y familiar. Factores como el acceso a alimentos saludables, la educación sobre nutrición y el apoyo emocional son determinantes clave. (FAO, 2024). Por ejemplo, en comunidades con menos recursos, puede haber una mayor prevalencia de obesidad debido a la falta de acceso a alimentos frescos y saludables, lo que contribuye a un ciclo de problemas de salud.

En virtud de lo anterior se les preguntó a los niños que, si sabían que enfermedades, causa la obesidad por lo que contestaron que el 31% dijo que es causante de diabetes, el 21% señaló que causaba infartos, al corazón. Con esto se infiere que a pesar de no tener una definición clara de lo que es la obesidad, si saben algunas enfermedades que causa este padecimiento. Esta información se describe mejor en la siguiente gráfica.

Gráfica 4.
Conocimiento de enfermedades

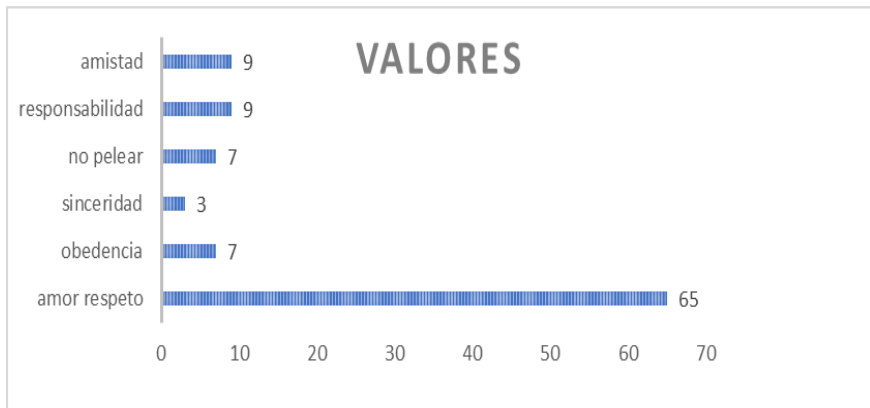


El comportamiento de los niños tiene mucho que ver con los valores que se inculcan en las familias, aunque también es verdad que, en la actualidad, ha habido una disminución de estos, dentro de los hogares

ya que en la actualidad los 2 padres trabajan y no se está más pendiente de ellos como antes. (OMS, 2020). Por lo tanto, se les preguntó a los niños qué valores fomentan en sus familias. Y el valor que obtuvo el porcentaje más alto, fue el amor y el respeto con un 65% y cabe resaltar que el valor que obtuvo una disminución muy visible fue la sinceridad y la honestidad con un 3% esto demuestra porque en la actualidad se vive tanta corrupción, porque en las familias no se les está dando tanta importancia a este valor.

Gráfica 5.

Valores



La discriminación que se puede dar dentro de la familia pueden ser físicas y verbales que van desde un insulto inofensivo para las personas que lo dicen pero que pueden causar un trauma para los niños como puede ser “gordito” “bola” “panzón”(niños(as) entrevistados) etc., que a simple vista se ve como algo normal pero para el niño al cual se le dice todo esto puede causar un trauma a la “persona obesa”, además, “pierde autoestima, y el estigma por la obesidad cobra importancia, mostrando ante los demás y ante sí mismo un ser devaluado y deteriorado” (Mruk, 2006, p.152), y que más adelante pueden llegar a un daño psicológico.

Otra manera de causar un daño son las comparaciones dentro de la familia, ya que estas comúnmente se dan ahí, porque los padres empiezan a comparar a unos hijos con otros, y eso además de crear un trauma en los niños que son comparados, y también causan que entre los hermanos exista un rencor por el

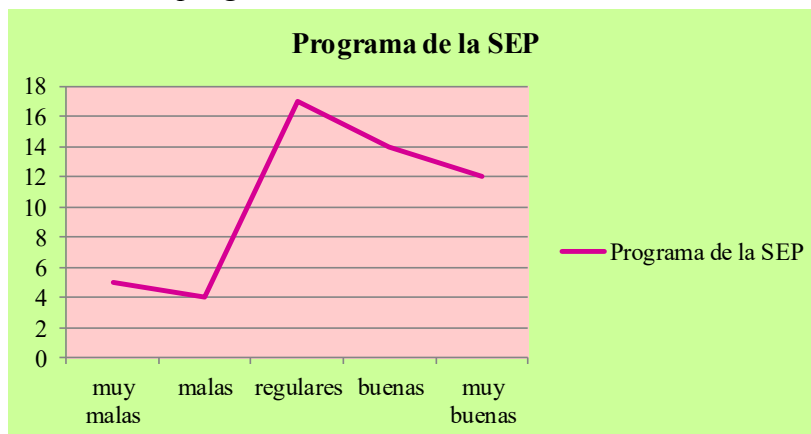
hecho de ser comparados con sus hermanos, o con cualquier otro familiar, o conocido. (Mruk, 2006, p.152)

Cabello (2010) señal que las consecuencias sociales sobre la obesidad son, la discriminación por parte de la sociedad desencadenada en las personas con sobrepeso excesivo, algunas actitudes sociales que les conducen al aislamiento, a la depresión o a la inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetua la obesidad.

Respecto a la educación en el programa que estableció la Secretaría de Educación Pública consiste en llevar a cabo el programa de escuelas saludables de tiempo completo (PETC) dedica una línea de trabajo al tema de la vida saludable para la jornada ampliada a partir de los nuevos espacios que esta provee como por ejemplo los nuevos espacios de servicios de alimentación (Secretaría de Educación Pública, 2010)

Gráficas 6.

Evaluación de los programas de la SEP

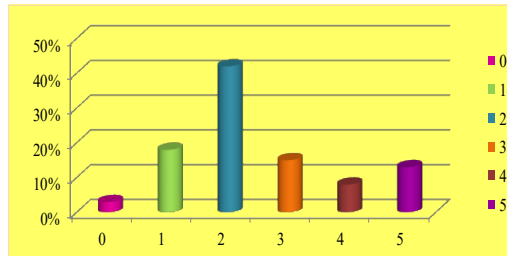


En lo que respecta a la escuela primaria 17 de los niños (as), consideran que las actividades de este programa para combatir y prevenir la obesidad infantil, son regulares, ya que les gustaría que les hablaran más sobre esta enfermedad, sobre temas que se relacionan como la alimentación, y tener más clases de educación física, ya que al 42% de los niños solo tiene dos clases a la semana, y a veces los maestros de educación física, no les imparten la clase, porque no van a la escuela, o porque se van a juntas. En cambio 14 niños(as) consideran que las

actividades son buenas ya que los ponen a realizar más ejercicio y ya no permiten el consumo de tanta comida chatarra, porque venden alimentos más nutritivos, como fruta, y verdura lo cual les ayuda a su desarrollo, para crecer más fuertes, y sanos, para no contraer alguna enfermedad, que se relacione con la obesidad infantil.

Gráficas 7.

Veces que realizan ejercicio en la escuela por semana

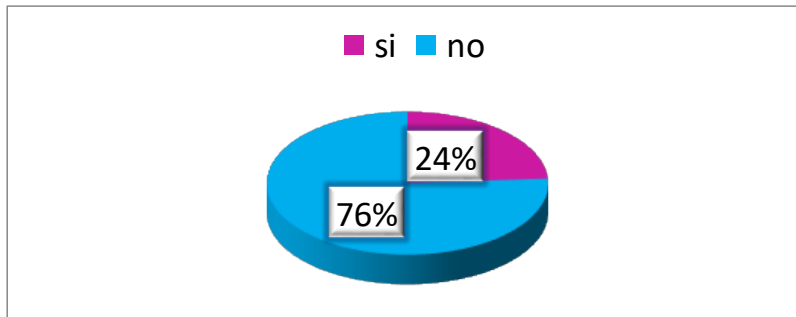


Aunado a lo anterior, Vázquez, y López (2001) señalan que la mayor consecuencia de la obesidad infantil son las psicológicas, ya que se descubren alteraciones en la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas más que en las de peso normal; señalando que probablemente, debido a que la obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad, especialmente por las características estigmatizadas por la sociedad.

Según Cabello (2010) señalan que las personas afectadas por su sobrepeso no son bien consideradas en la sociedad, y muchas de ellas tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Los sentimientos de inferioridad y poco valor por sí mismo, generan también otras emociones frecuentes en el fenómeno de la obesidad.

Gráficas 8.

Comes cuando tienes una emoción



Se les preguntó a los niños que si ¿cuándo experimentaban una emoción por ejemplo de tristeza la controlaban comiendo? respondiendo el 24% que si tienden a comer cuando están tristes, esto nos dice que los niños al sentirse tristes por ofensas, o por discriminación por su apariencia física tratan de buscar un refugio en la comida, por otro lado el 76% de los niños contestaron que no comían al estar triste esto es de gran utilidad ya que aunque existe un porcentaje de niños que si lo hace es mayor los que no lo hacen, y eso es de alegrarse, porque entonces el niño no es muy afectado, y no busca en el alimento un escape para olvidar el rechazo que tienen los otros niños hacia él.

Con lo señalado anteriormente se les preguntó a los niños que cómo era su relación con los niños que tenían obesidad, por lo que el 50% de ellos señalan que su relación es buen y aunque es muy sorprendente que una pequeña población de niños contestó, (5%) que su relación con niños con obesidad es muy mala y esto es preocupante ya que se puede inferir que esta sea la población que discrimina, u ofende a los niños con obesidad, y se debe de estar muy alerta ya que es la población que daña física y psicológicamente a los niños con obesidad, es muy importante que se trate a los niños que son víctimas, como a los que son victimarios, ya que pueden estar sufriendo algún tipo de maltrato por parte de su casa, y por eso tiene estas conductas hacia los niños obesos.

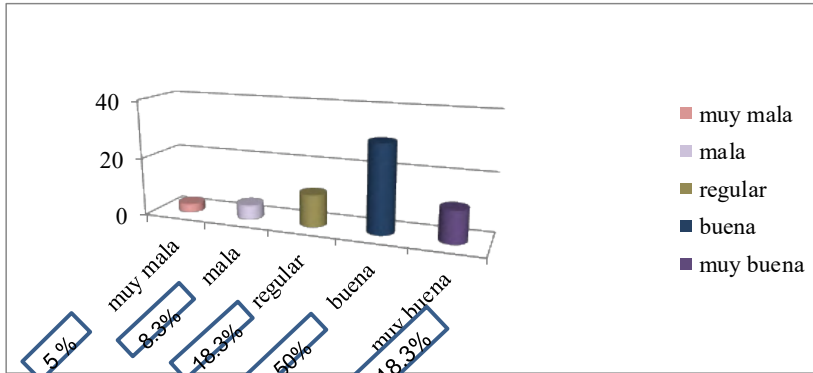
Por otra parte, el 8.3% de los niños contestaron que la relación con los niños con obesidad es mala ya que:

En las sociedades modernas, los cuerpos son reflejo de múltiples identidades. No obstante, pareciera que los cuerpos han llegado

a ser más importantes que los sujetos pues más frecuente escuchar describir a una persona por sus características físicas que por su ser en sí mismo. (Cabello, 2010, p.87)

Gráfica 9.

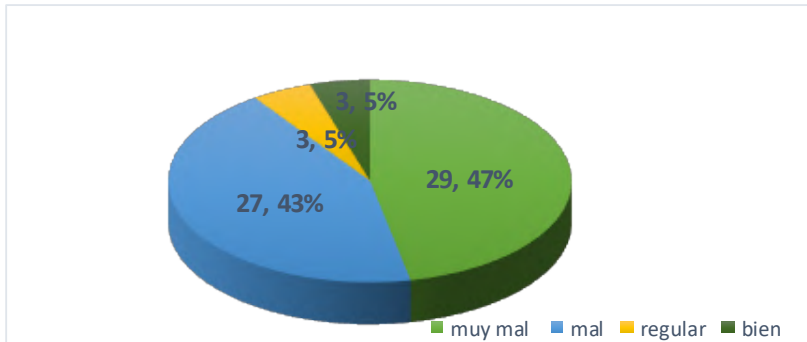
Relaciones con niños con obesidad



Otra de las preguntas que se les realizó a los niños fue que opinión tenían acerca de las burlas hacia los niños con obesidad y el 45% contestó que estaba muy mal entonces esto dice que los niños(as) ven mal las burlas u ofensas hacia los niños(as) obesos, aunque algunos niños lo vean mal lo hacen, algunos posiblemente no lo hagan y eso está bien ya que al sentir que eso que se está haciendo está mal, se están dando cuenta que es un daño para los niños afectados. Además, el 5% de la población contestó que estaba bien, aunque es una cantidad baja es muy importante poner atención ya que esa cantidad de niños dicen que está bien tal vez sean niños que hacen burlas referentes a su peso, los discriminan etc., y es muy importante tomar en cuenta que son quien dañan a aquellos niños que se aíslan, que no quieren asistir a la escuela porque se burlan de él, que tal vez entre en depresión etc.

Gráfica 10.

Burlas

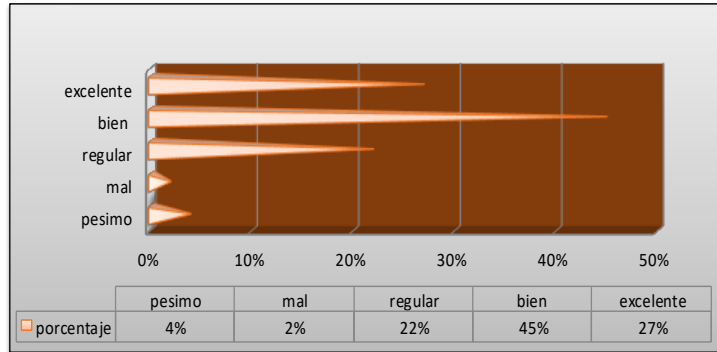


Así mismo, con respecto a las burlas se preguntó que como se llevaban con los niños que tiene obesidad infantil y el 4% contesto que pésimo los cuales les hacen ofensas y burlas como algunos niños comentaron y esto no está bien ya que no saben el daño tan grave que causan, pero los niños no son del todo culpables también se podría decir que los padres y la sociedad son los que tienen una manera de pensar muy mala sobre las personas obesas y esto es lo que inculcan a sus hijos como lo dicen los autores Vázquez y López (2001) en varias investigaciones confirman que los “niños” son insensibilizados con relación a “la obesidad”, ya que comienzan asociar una prioridad “cultural por las personas delgadas.” (p.92)

De tal forma que entre los niños consideran al obeso con cualidades negativas como tontos, descuidados, perezosos, sucios, estúpidos, feos, poco confiables y mentirosos. (...). Sé [...] dice que los niños con sobrepeso u obesidad difícilmente pueden escoger amigos porque son juzgados como gordos y lentos para el juego. (...) También entre los médicos se describen a los pacientes obesos como desagradables, débiles y con poca fuerza de voluntad. (Vázquez, y López, 2001, p. 9)

Gráfica 11.

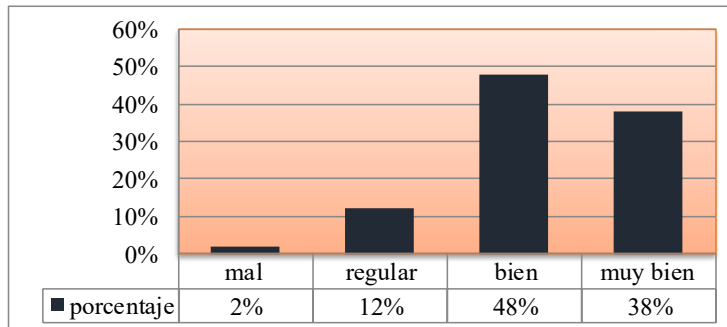
Relación con los niños con obesidad



Dietz (1999) señala que la obesidad afecta actualmente a uno de cada cinco niños en Estados Unidos. La discriminación contra los niños con sobrepeso comienza en la infancia temprana y se institucionaliza progresivamente. Dado que los niños obesos tienden a ser más altos que sus compañeros sin sobrepeso, tienden a ser vistos como más maduros. Las expectativas inapropiadas resultantes pueden tener un efecto adverso en su socialización, por lo que se le pregunto a los niños que ¿cómo es la convivencia con sus compañeros? y el 2% respondió que es muy mala, posiblemente a causa de agresiones verbales o burlas, y esto nos dice que este porcentaje de niños(as) no se siente bien al estar con sus compañeros(as) y a que tiene que recurrir a aislarse, y esto trae consigo muchas consecuencias, así mismo otra parte de la población respondió que su relación es muy buena 38% es bueno saber que un gran porcentaje se lleva bien con sus compañeritos, ya que tiene una buena relación lo cual causa mucha alegría porque es muy importante que los niños se lleven bien y no se insulten por su apariencia física.

Gráfica 12.

Convivencia con los compañeros

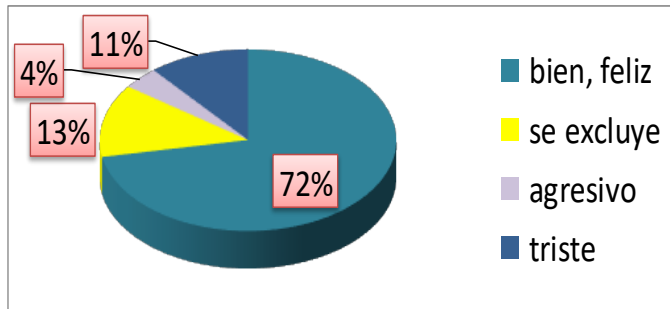


En lo que respecta al comportamiento que tienen los niños con obesidad se les pregunto qué ¿como ves el comportamiento de un niño con obesidad al relacionarte con el ¿ las contestaciones fueron que el 72% contestó que se veían bien felices y eso alegra mucho ya que esto nos dice que los niños no son tan afectados, por su apariencia física, y el 13% contestó que los niños con obesidad con los que se han relacionado se excluyen cuando hacen equipo, cuando juegan etc., esto es preocupante ya que están siendo muy afectados por el rechazo. Por otra parte 4% contesto que se veían muy agresivos esto nos dice que, al sentirse excluidos, y al ofenderlos sus otros compañeros, sacan sentimientos los cales los hacen estar a la defensiva y muy agresivos. También el 11% contesto que los niños que tienen obesidad con los cuales han convivido se ven muy tristes, y esto a causa de una baja autoestima, a causa del rechazo social.

Por otro lado, entonces al no tener buena convivencia con sus padres tal vez porque los padres no les dan el suficiente tiempo para platicar, o no los ven muy seguido a causa del trabajo no se dan cuenta que eso le afecta al niño.

Gráfica 13.

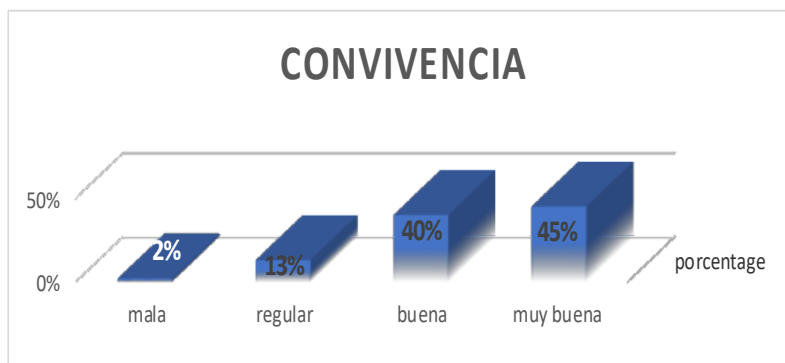
Comportamiento de un niño con obesidad



Se le preguntó a la población de niños(as) que como es la convivencia con sus padres y el 2% contestó que era mala, y esto es preocupante ya que también influye mucho a que los niños coman excesivamente ya que al tener una mala convivencia y falta de comunicación con sus padres los niños recurren a comer de más y los padres no se dan cuenta las cantidades y los alimentos que están comiendo sus hijos(as). Por otra parte, el 45% respondió que la relación con los padres es muy buena y eso parece muy importante ya que como anteriormente se dijo la familia influye mucho al comportamiento del niño y también a lo que haga, si este tiene una buena convivencia con sus padres estos estarán más al pendiente de lo que necesiten y tal vez no sufra de alguna enfermedad como la obesidad infantil.

Gráfica 14.

Convivencia Familiar



En un estudio realizado por el IMSS (Vega, 2015) sobre la asociación entre la funcionalidad familiar y la obesidad infantil, se reportó que la disfuncionalidad familiar influye en el desarrollo de algún grado de obesidad. Los resultados fueron, que como familia funcional existían 14 niños con un 27.4% con obesidad de primer grado, de segundo grado el 2%, en familias probablemente disfuncionales con 9 niños, con obesidad grado 1 con un 17.6% y de segundo grado con 1 niño del 2%, en el caso de la familia disfuncional, con 20 niños con obesidad de primer grado con un 39.2% y de segundo grado 6 niños con un 11.8%. El apoyo de la familia es fundamental, los padres deben felicitar al niño cuando hay una alimentación adecuada, pues esto estimulara su autoestima y su desarrollo cognitivo.

Conclusiones

La obesidad infantil, por su naturaleza compleja y su tendencia a ser recurrente, cada vez se entiende más como una enfermedad crónica. Esto significa que no basta con soluciones rápidas o puntuales; es necesario un enfoque a largo plazo y coordinado. Para abordar este problema de manera efectiva, se requiere la colaboración de múltiples sectores, como la salud, la educación, la alimentación, el deporte y las políticas públicas. Solo así se pueden implementar intervenciones sostenidas que ayuden a prevenir, controlar y tratar la obesidad infantil de manera integral.

Las burlas son experiencias comunes para muchos niños con obesidad, lo que puede tener un impacto profundo en su salud mental y emocional. La baja autoestima que resulta de estas experiencias puede llevar a una serie de problemas adicionales, como la depresión y la ansiedad. Los niños que enfrentan estas dificultades son más vulnerables a desarrollar trastornos de la alimentación, como la bulimia o la anorexia, en un intento de controlar su peso o su imagen corporal.

Además, el ciclo puede perpetuarse, ya que la baja autoestima y la depresión pueden llevar a comportamientos poco saludables, como la falta de actividad física o la alimentación emocional, lo que a su vez puede contribuir a un aumento de peso. Es necesario concientizar a los niños sobre la definición de obesidad para que no exista una con función respecto al concepto de esta enfermedad y de conozcan más sobre ella,

como que la causa, y que daños provoca en el cuerpo, para que de esta manera sepan cómo prevenirla.

Con todo lo antes dicho se puede llegar a la conclusión que el rechazo y la discriminación afecta a los niños con obesidad ya que son dañados, físicos, y psicológicamente ya que la sociedad toma unas actitudes negativas rechazándolos u ofendiéndolos y esto desencadena que los niños se aislen, tengan depresión, etc.

Algo que es muy importante resaltar y que pareció interesante es que según la autora Vázquez, y López (2001) “las mayores consecuencias de la obesidad infantil son las psicológicas, ya que se puede descubrir alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas”, esto nos dice que los niños desarrollan otras actitudes donde tal vez se vuelvan agresivos a causas de las alteraciones de personalidad y esto puede traer más consecuencias.

Por otra parte, también es muy importante resaltar que con todo lo antes leído, con los aportes de los autores se puede decir que los niños al darse cuenta que: por tener un sobrepeso la sociedad los rechaza, los niños se aíslan de sus compañeritos y no juegan ya que a causa de su problemática se les hace muy difícil el correr, brincar o jugar y esto va desencadenando más consecuencias.

La familia juega un papel crucial en la formación de los hábitos que afectan la salud de los niños. Cuando un padre o varios miembros de la familia tienen obesidad, el riesgo de que los niños también la desarrollen aumenta considerablemente. Esto se debe no solo a la genética, sino también a los entornos compartidos en casa, como los hábitos alimenticios, la actividad física y el estilo de vida en general. Además, las investigaciones recientes muestran que las redes sociales también influyen en estos comportamientos, ya que las personas tienden a adoptar tanto hábitos saludables como no saludables que observan en su círculo cercano. Esto significa que la obesidad puede propagarse dentro de las redes sociales, resaltando la importancia de abordar no solo a la familia, sino también a los entornos sociales en los esfuerzos para prevenir y tratar la obesidad infantil.

Es crucial abordar estos problemas de manera integral, promoviendo un ambiente escolar y social que fomente la inclusión y el respeto. Las

intervenciones deben centrarse no solo en la salud física, sino también en el bienestar emocional, ofreciendo apoyo psicológico y fomentando la resiliencia.

Referencias

- Alexander M, Adler J. R., (2024) *Causas, consecuencias y estrategias preventivas de la obesidad infantil: una revisión narrativa*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11332093/>
- Alba M, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global*, 15(42), 40-51. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200003&lng=es&tlng=es.
- Cabello, M. L. y Zúñiga Z, G. (17 de agosto de 2006). *Factores asociados al desarrollo y mantenimiento de la obesidad desde una perspectiva fenomenológica*. Ciclo de conferencias: “Salud”. Biblioteca Magna Raúl Rangel Frías; Monterrey, Nuevo León.
- Dietz, W (1999). Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Prediction of Adult Disease_ *Pediatrics*, <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad3/gu7.pdf>;
- Marín, C. (2024), *Obesidad en los menores: ¿cómo ayudarles desde la familia? Consejos de crianza para abordar la obesidad en los menores desde el contexto familiar*. <https://psicologaiymente.com/desarrollo/obesidad-en-menores-como-ayudarles-desde-familia>
- Mruk C. J. (2006). *Self-Esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3.ª ed.). Springer Publishing Company.
- Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria (2013) *El plato del bien comer*. México. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/30%20plato/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2020). *Obesidad y Sobrepeso*; México. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2024). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>

- Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2024) México. <https://www.fao.org/policy-support/policy-themes/nutrition-food-systems/es/>
- Ribeiro F, M. (2000). *Familia y política social*. Lumen.
- Secretaría de Educación Pública (2010). Programa de Acción en el Contexto Escolar”; México. <http://e-mexico.gob.mx/documents/29736/70821/Estrategia-contra-el-sobrepeso-y-la-obesidad.pdf>.
- Secretaría de Educación Pública (2011). *Educación Primaria*. México. http://www2.sepdf.gob.mx/que_hacemos/primaria.jsp.
- Vázquez V, López J C (2001). Psicología y obesidad. *Revista endocrinológica y Nutrición*, <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad3/gu7.pdf>
- Vega A. A. R. (2015). *Asociación entre la funcionalidad familiar y la obesidad infantil*. IMSS/UNAM Facultad de Medicina.

La cultura de la delgadez y la sociedad: sus consecuencias en los adolescentes.

Águila Alanís Cytlati¹
Aguilar Mendoza Laura Areli¹
Galis Pacheco María Elena²

Resumen

La cultura de la delgadez es un tema que ha sido promovido por los medios de comunicación, las redes sociales e incluso por el entorno social, jugando un papel crucial en cómo los adolescentes perciben su imagen corporal. Estos comentarios refuerzan la delgadez, lo que ha generado inseguridades y comportamientos dañinos en los jóvenes. Por ello, se ha planteado el objetivo de identificar cómo es que la sociedad influye y afecta a los adolescentes de acuerdo con el estereotipo marcado por la cultura de la delgadez en jóvenes de Tetela del Volcán, Morelos.

Se propone una investigación por medio de la Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen para analizar las actitudes, normas subjetivas y control conductual que influyen en los comportamientos alimentarios de los adolescentes, utilizando una investigación descriptiva, un enfoque mixto, mediante el método fenomenológico y el análisis de los datos estadísticos presentados en las bases de datos que proporcionan las diferentes instituciones.

Dentro de los resultados estadísticos encontrados a nivel Estado se muestra que las tasas de depresión, anorexia y bulimia fueron más altas en mujeres en comparación con hombres; y en 2021, destaca que fue más alta en mujeres. Los resultados cualitativos muestran que la cultura de la delgadez refuerza el estereotipo delgado, provocando en los

¹ Escuela de Estudios Superiores de Yecapixtla. Subsede Tetela del Volcán. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

² Profesora Tiempo Completo. Escuela de Estudios Superiores de Yecapixtla. Subsede Tetela del Volcán. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

adolescentes una modificación de comportamiento a través de su alimentación, lo que esto es incitado por la imagen corporal que ellos ven proyectada en el espejo, afectando su bienestar emocional y físico para alcanzar un ideal.

Introducción

Desde hace algunos años se ha establecido la extrema delgadez como el ideal de belleza en la sociedad debido a los patrones culturales que han evolucionado junto con el entorno social. El impacto que causa la presión de la imagen corporal, en particular, es en aquellos adolescentes de 13 a 15 años que enfrentan una creciente presión para cumplir con los estándares de belleza idealizados, que a menudo enfatizan la delgadez como un atributo deseable. Esta presión proviene de los medios de comunicación, las redes sociales, círculo social y, en algunos casos, incluso de sus familias. Corriendo riesgo de enfrentar una obsesión por la delgadez llevando a prácticas poco saludables, como dietas extremas, ejercicio excesivo o la adopción de patrones de alimentación desequilibrados. Esto puede resultar en problemas de salud física y mental, adoptando comportamientos como desórdenes alimenticios, trastornos de ansiedad, depresión y otros problemas relacionados con la salud y los efectos psicológicos que se pudieran experimentar como una baja autoestima, ansiedad, estrés y una percepción distorsionada de su propia imagen corporal.

La cultura de la delgadez es un fenómeno social intrincadamente ligado a normas estéticas, la moda, la salud y la psicología. A pesar de que muchas personas seguirán aspirando a ser más delgadas, este deseo persistente conllevará consigo problemas de comportamiento dañinos en la salud, autoestima y autoaceptación. La investigación se enfocó en explorar las principales consecuencias de este tema. Abordando la influencia del fenómeno en el comportamiento, percepción en el adolescente a través del uso de redes y las relaciones sociales.

Es esencial destacar que la delgadez, aunque seguirá teniendo un impacto significativo en las mujeres según lo establecido por la sociedad, también tiene influencia en los hombres; por lo que se aborda desde una conexión entre la cultura de la delgadez con las redes sociales. A lo cual, esta investigación se llevó cabo en Tetela del Volcán, Estado de Morelos con el propósito de examinar de cerca consecuencias

de la cultura de la delgadez, por medio de un grupo compuesto por cuatro adolescentes (2 hombres, 2 mujeres) de 13 y 15 años.

Se puso énfasis en garantizar una representación equitativa en cuanto a género y diversidad socioeconómica para obtener resultados más completos y representativos. La elección de centrarse en adolescentes responde a la información obtenida durante la investigación documental, que destaca la prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en mujeres y hombres adolescentes dentro de este rango de edad. La investigación se llevó cabo durante y después del período crítico de la pandemia de COVID-19, considerando el contexto específico del confinamiento y adaptación a la nueva normalidad, se tendrán en cuenta los comportamientos relacionados con la delgadez debido a la experiencia de la pandemia.

La investigación buscó identificar patrones de pensamiento y comportamiento relacionados con la delgadez en adolescentes. Esta delimitación proporciona un marco claro para la investigación sobre la cultura de la delgadez en adolescentes del municipio de Tetela del Volcán, Estado de Morelos en el transcurso y después del COVID-19, permitiendo un enfoque significativo. Por lo que se abordó por medio del método fenomenológico que se caracteriza por ir en búsqueda de experiencias originarias y exponerlas en su contexto, con apoyo de la Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen, que explica que la actitud hacia la delgadez, la norma subjetiva impuesta por el entorno y la percepción de control sobre el cuerpo juegan un papel determinante en la adopción de hábitos alimentarios y de ejercicio. La internalización de estos ideales puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria, dietas restrictivas y una constante insatisfacción con la imagen corporal.

El presente trabajo tiene por objeto identificar desde la cultura de la delgadez cómo es que la sociedad influye y afecta a los adolescentes, además de conocer la influencia de la opinión de la sociedad sobre los estándares de belleza (delgadez) en la percepción del adolescente y su comportamiento y describir las repercusiones de los comentarios verbales sobre el cuerpo (provenientes de familiares y amigos) en comparación con los ideales visuales promovidos en redes sociales, sobre la insatisfacción corporal de los adolescentes. Las preguntas que orientaron el desarrollo de este trabajo son, desde la cultura de la delgadez, ¿cómo es que la sociedad influye y afecta a los adolescentes?

¿cómo influye la opinión de la sociedad sobre los estándares de belleza (delgadez) en la percepción del adolescente y su comportamiento? ¿de qué manera repercuten los comentarios verbales sobre el cuerpo (provenientes de familiares, amigos o pareja) en comparación con los ideales visuales promovidos en redes sociales, sobre la insatisfacción corporal de los adolescentes?

La comunidad de Tetela del Volcán, Morelos, es una población que se conduce por medio de creencias, usos y costumbres que se manifiestan por medio de valores, normas y comportamientos que sus miembros aceptan, sobre los ideales que consideran que debe cumplir una persona que evidencia una buena salud a través de la figura corporal. Esto se manifiesta en los adolescentes que se esfuerzan por cumplir con estos ideales de la delgadez, a través de un entorno social que promueve comentarios ofensivos influyendo en la modificación del comportamiento y la percepción del adolescente sobre su imagen corporal queriendo cumplir el estándar de belleza de la delgadez para ser aceptado en un contexto social, poniendo en riesgo su salud mental y física con medidas extremas para conseguir el estereotipo ideal, todo esto generado por la influencia de la cultura de la delgadez marcada por generaciones de una sociedad.

La cultura de la delgadez en su construcción teórica.

La denominada cultura de la delgadez constituye un fenómeno social complejo que ha adquirido gran relevancia en las últimas décadas, particularmente en contextos atravesados por la globalización, el consumo masivo de imágenes y la mediatización de los cuerpos. Este ideal estético, impuesto por múltiples agentes sociales, privilegia cuerpos extremadamente delgados como modelo hegemónico de belleza, desatando una serie de consecuencias físicas, psíquicas y sociales, especialmente entre los adolescentes.

Salazar Mora (2008), en su artículo “Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez”, señala que:

La forma corporal idealizada para las mujeres es la tubular, grácil y esbelta, mientras que en los hombres se privilegia un cuerpo musculoso y de espalda ancha. Estas características no responden a un criterio biológico o médico, sino a construcciones simbólicas sostenidas por los medios de

comunicación, los cuales actúan como reproductores y difusores del canon estético dominante. Este ideal se configura entonces como parte de la cultura de la delgadez, un sistema de creencias que normaliza y naturaliza la delgadez extrema como sinónimo de salud, belleza y éxito. (pp. 77-78)

Ronconi, Alessi, Zemaitis (2024) en el capítulo sobre "La mirada social sobre los cuerpos: el mandato de la delgadez y el gordo-odio" aborda cómo las normas sociales imponen un modelo hegemónico de belleza que fetichiza la delgadez y discrimina los cuerpos gordos, reforzando desigualdades de género, clase y etnicidad. Su objetivo es cuestionar estos mandatos y visibilizar el impacto del "gordo-odio" en la vida de las personas. La metodología empleada es el análisis crítico de discursos culturales y referencias teóricas sobre corporalidad y poder. Como conclusión, la necesidad de desarmar colectivamente estos modelos de belleza inalcanzables, promover la diversidad corporal y erradicar la violencia simbólica que perpetúa la discriminación. (Ronconi, Alessi, Zemaitis, & Barrena, 2024).

Así mismo, Catalán (2006) destaca que la:

Presión social opera como una forma de control simbólico sobre las decisiones, actitudes y comportamientos de los individuos. En el caso de la imagen corporal, esta presión lleva a muchas personas —especialmente adolescentes— a adoptar prácticas que buscan adecuarse al ideal delgado, aun cuando ello implique riesgos para la salud física y mental. El miedo a la desaprobación social impulsa conductas como dietas extremas, consumo de productos adelgazantes o incluso cirugías estéticas. (p. 15)

Por otra parte, en el desarrollo psicosocial en la adolescencia, Lillo Espinosa (2004), desde su visión médica y psiquiátrica, afirma que:

La adolescencia es una etapa crucial en la construcción del esquema corporal. Durante esta fase, los cambios hormonales, físicos y psíquicos generan una gran vulnerabilidad respecto a la percepción del propio cuerpo. La comparación con modelos idealizados genera inseguridad, y puede originar conflictos identitarios. Cuando el desarrollo psíquico no avanza al mismo

ritmo que el desarrollo físico —o viceversa— se producen disociaciones que perturban el sentido del yo corporal. (p. 68)

Ya desde (1978) Baudrillard señala en su trabajo “Identidad corporal y sociedad de consumo” que:

En la sociedad postmoderna el cuerpo ha sido convertido en un objeto de consumo, moldeado y transformado al gusto de los imperativos sociales, ya no se trata simplemente de aceptar el cuerpo como es, sino de modificarlo, controlarlo y gestionarlo para que se ajuste al canon estético vigente. En este contexto, el cuerpo se vuelve una forma de capital simbólico y una parte esencial del proyecto identitario. (pp.1-11)

Así, este fenómeno ha sido favorecido por la globalización, la mercantilización de la belleza y el acceso a tecnologías estéticas.

Según Casado (2023), la imagen corporal:

Es la representación mental que una persona tiene de su propio cuerpo y, esta percepción puede coincidir —o no— con la realidad física. En muchos casos, existe una distorsión de la imagen que lleva a experimentar una profunda insatisfacción corporal. Esta insatisfacción no es estática: varía según el entorno, la etapa vital, y, sobre todo, la mirada ajena. En la adolescencia, la necesidad de aceptación puede exacerbar esta distorsión, siendo una de las principales causas de trastornos alimenticios. (pp.1-5)

En lo referente a hábitos alimenticios, Morón Gutiérrez (2022) advierte que:

Las dietas restrictivas, aunque populares, suelen tener consecuencias negativas para la salud. Muchas veces son promovidas como soluciones rápidas para alcanzar el ideal de delgadez, pero en realidad suelen ser insostenibles y carentes de fundamento nutricional, además de que afectan el equilibrio del microbiota intestinal y pueden desencadenar trastornos alimentarios o problemas metabólicos. Estas prácticas se asocian comúnmente a la cultura de la delgadez y al culto por el cuerpo “perfecto”. (p.15)

Un concepto que no se maneja tanto pero que es visible en los varones es la vigorexia o dismorfia muscular. Este concepto, nos dicen Álvarez-Espinoza et al. (2021), que:

Es un trastorno que ilustra cómo el ideal corporal también afecta a los varones. Se trata de una obsesión por la masa muscular que conduce a una práctica compulsiva del ejercicio físico y a una percepción distorsionada del cuerpo. Esta obsesión, análoga a la anorexia en mujeres, demuestra que la cultura de la delgadez se complementa con un mandato de hipertrofia en hombres, ambos igualmente dañinos. (pp. 223-224)

Por otra parte, Ansenchi (1989) sugiere que:

Las personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suelen tener una imagen fantasmática del cuerpo: no ven su reflejo real, sino uno construido social y simbólicamente. Esta imagen sin identidad propia —el simulacro— revela cómo los sujetos dejan de reconocerse en su corporalidad. Bajo esta lógica, la cultura de la delgadez promueve la alienación del cuerpo y despersonaliza la experiencia corporal. (p. 139)

Finalmente, en lo referente a hábitos alimenticios y obesidad, Oliva Chávez y Fragoso Díaz (2015) señalan que:

El abandono de hábitos alimentarios saludables y el consumo masivo de comida rápida contribuyen a la obesidad juvenil. Esta problemática se contraponen a la cultura de la delgadez, creando una paradoja social: mientras se exalta la extrema delgadez, el estilo de vida contemporáneo favorece prácticas alimenticias poco saludables. Esta contradicción genera frustración, culpa y distorsión de los objetivos personales relacionados con el cuerpo. (p.180)

En lo que respecta a las redes sociales, Sampasa-Kanyinga (2016) demuestra que:

El uso excesivo de redes sociales es un factor de riesgo significativo en la aparición de TCA, especialmente en adolescentes. Las redes amplifican los ideales de belleza y ofrecen modelos que parecen alcanzables, pero no son reales. El

bombardeo constante de imágenes editadas, cuerpos idealizados y retos virales fomenta la comparación, la autocrítica y la ansiedad corporal. La búsqueda de validación mediante “likes” se convierte en una nueva forma de dependencia emocional.

Así mismo, sostiene que el cuerpo, en la modernidad líquida, se convierte tanto en sujeto como en objeto, es moldeado, intervenido, gestionado y presentado como una carta de presentación. Se espera que cada individuo lo mantenga joven, delgado y atractivo, lo que no responde a un deseo genuino, sino a un mandato social internalizado. Esta visión produce cuerpos deslocalizados, es decir, cuerpos que no se sienten habitados sino administrados, controlados. (pp. 11-15)

La cultura de la delgadez emerge como una construcción sociocultural profundamente arraigada en los sistemas de representación y control corporal de la sociedad contemporánea. Lejos de tratarse de una simple preferencia estética, este fenómeno se manifiesta como un mandato normativo que configura subjetividades, prácticas cotidianas y estructuras de poder. A través de los medios de comunicación, las redes sociales, el discurso médico y las industrias del consumo, se ha instaurado un modelo corporal ideal que vincula la delgadez con el éxito, la aceptación social y el valor personal.

Como lo advierte Salazar Mora (2008):

El cuerpo en la adolescencia es el campo de batalla donde convergen las tensiones del desarrollo psíquico, biológico y social. En este período vital, la influencia de los modelos corporales impuestos es especialmente intensa, generando una fuerte presión para la conformidad con el ideal estético dominante. (pp. 67-80)

Esta presión, como explican Ronconi y sus colegas (2024), no solo promueve la delgadez, sino que a la vez produce rechazo y marginación hacia los cuerpos que no se ajustan al modelo, consolidando prácticas de exclusión como la gordofobia. (Ronconi, Alessi, Zemaitis, & Barrena, 2024)

La cultura de la delgadez también pone en evidencia una contradicción profunda de la sociedad actual: mientras se promueve un

ideal corporal inalcanzable, se fomenta simultáneamente un estilo de vida sedentario y una alimentación industrializada que generan obesidad y enfermedades metabólicas. Esta paradoja, señalada por Oliva Chávez y Fragoso Díaz (2015), “multiplica la frustración individual y alimenta el círculo de culpa, restricción y castigo corporal” (p. 180).

En este contexto, la cultura de la delgadez no puede ser entendida de forma aislada, sino como parte de una estructura de poder simbólico que regula la forma en que las personas se perciben, se relacionan con su cuerpo y se insertan en la sociedad. El ideal delgado funciona como un dispositivo disciplinario que opera especialmente sobre los cuerpos femeninos, pero que cada vez se extiende más hacia los cuerpos masculinos y disidentes.

Este fenómeno no solo responde a estándares estéticos promovidos por los medios de comunicación y las redes sociales, sino también a una presión social que condiciona la identidad y la autoestima de los jóvenes. Desde la Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen (1985), se observa que la actitud hacia la delgadez, la norma subjetiva impuesta por el entorno y la percepción de control sobre el cuerpo juegan un papel determinante en la adopción de hábitos alimentarios y de ejercicio. La internalización de estos ideales puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria, dietas restrictivas y una constante insatisfacción con la imagen corporal.

Es fundamental cuestionar y deconstruir estos mandatos sociales, promoviendo una visión más diversa e inclusiva del cuerpo humano. La educación en salud, el fortalecimiento de la autoestima y el fomento de relaciones interpersonales positivas pueden contribuir a contrarrestar los efectos nocivos de la cultura de la delgadez. (Ajzen, 1985, p.12)

Metodología

La investigación fue descriptiva, debido a que la presente, expone cómo la cultura de la delgadez influye en el comportamiento y percepción de los adolescentes. A través de una población compuesta de cuatro adolescentes (2 hombres, 2 mujeres) de 13 y 15 años, que se eligió por medio de un muestreo intencional o por juicio. Los sujetos de estudio fueron estudiantes de secundaria (de primero a tercer grado) del

municipio de Tetela del Volcán, Morelos. El perfil sociodemográfico mostró diversidad en la estructura familiar: dos casos de familia nuclear, uno de familia monoparental (a cargo de la madre) y uno que reside en una familia extensa junto a sus padres y abuelos. En cuanto a las características antropométricas, el Índice de Masa Corporal (IMC) se utilizó como indicador de referencia, aplicando los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la clasificación del estado nutricional en niños y adolescentes.

De acuerdo con estas referencias, se identificó a una participante mujer de 15 años con una talla de 1.62 m y un peso de 44.0 kg (IMC=16.8), y a un participante hombre de 13 años con una talla de 1.60 m y un peso de 38.0 kg (IMC=14.8). Ambos casos se clasificaron con un IMC bajo, según las tablas de la OMS, lo cual es coherente con su diagnóstico médico de anorexia. Por su parte, los otros dos participantes, a pesar de presentar un IMC dentro del rango normal según la OMS, mantienen conductas compatibles con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA): una mujer de 14 años con 1.58 m y 51.5 kg (IMC=20.6) y un hombre de 15 años con 1.75 m y 72.0 kg (IMC=23.5), quienes presentan un diagnóstico de bulimia nerviosa. Por lo que cumplieron con características que sirvieron para investigar como lo fue su padecimiento de trastorno de conducta alimentaria, baja autoestima, aislamiento social y comportamiento.

Se buscó utilizar un enfoque mixto; esto por medio de un diseño documental y análisis de datos estadísticos presentados en las diferentes bases de datos que proporcionan las diferentes instituciones como, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, la Revista Royal Society for Public Health, estudios de la Institución Universitaria de Envigado, Ciencia, Educación y Desarrollo y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Lo cual proporcionó un panorama más amplio de la influencia de las redes sociales en el comportamiento que adopta un adolescente para desarrollar un problema de salud mental y física para conseguir un ideal estético.

Para reforzar la investigación también se utilizó el enfoque cualitativo a través del método fenomenológico, que según Rizo-Patrón (2015) define la fenomenología como el encuentro entre la relación de

la objetividad y subjetividad, que se presenta en cada instante de la experiencia humana. “La trascendencia no se reduce al simple hecho de conocer los relatos u objetos físicos; por el contrario, intenta comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y prácticas en general”. (Fuster Guillen, 2019, p.205)

Por tal motivo se eligió este método, ya que ayudó a comprender el acontecimiento sobre la influencia de patrones de pensamiento y comportamiento relacionados con la delgadez de los adolescentes. Por medio de una observación participante ya que se conoció el entorno y la cultura de los sujetos de estudio, lo que permitió conocer una comprensión más profunda de su comportamiento y experiencia de este fenómeno con su vida cotidiana. La observación se registró mediante el instrumento de diario de campo, se destinaba una hora por sujeto para conocer cómo se desarrollaban en su entorno y círculo social. Esto por medio de dos sesiones de observación por adolescente, dando como resultado final un total de 8 registros de campo. Los cuatro demostraban que tenían problemas para desarrollarse dentro de un entorno que estuvieran con demasiada gente e inclusive demostraban apatía con su círculo de amigos.

Del mismo modo durante el proceso no se les vio usar su celular para tomarse una foto, la ropa que usaban era grande y el mayor tiempo posible tenían suéter o sudadera sin importar el clima. A la hora de comer elegían alimentos que para ellos eran saludables, evitando la comida chatarra y cuando alguien comía ese tipo de comida cerca de ellos, mejor se alejaban. Sin embargo, se pudo notar que, al restringirse por mucho tiempo tenían como consecuencia un atracón u optaban por la idea de comer alimentos chatarra y ya no ingerían alimentos saludables. Así mismo la relación que tenían con sus padres no era buena, mostraron una relación distante y la comunicación solo se limitaba a que los padres preguntaban cosas básicas cómo; qué tal tu día y ellos respondían de manera concisa con un bien y ya no se generaba un intercambio de diálogo entre padres e hijos.

También se realizó una guía de instrumento para una entrevista semiestructurada, la cual, a partir de lo que indican Sampieri et al (2010) y Ñaupas et al (2018) sobre la validez de contenido y de constructo donde se identifica el dominio de contenido que se mide a partir de cuestionarse si las preguntas realizadas son suficientes e

incluyen todas las que podrían realizarse y donde se comparan las respuestas obtenidas con la información teórica propuesta, se construyó la guía a partir de identificar las variables y el objetivo, y la correlación entre la teoría y las respuestas obtenidas (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) (Ñaupas Paitán & al, 2018). El instrumento se aplicó a los cuatro adolescentes en cuatro sesiones, destinando una sesión por cada uno de los adolescentes para conocer detalladamente su historia y experiencia, esta fue dividida en preguntas específicas sobre cultura de la delgadez, trastornos de conducta alimentaria, uso de redes sociales, comparación, autoestima y dieta equilibrada. La entrevista semiestructurada nos permitió que los usuarios respondieran las preguntas ya planeadas y otras que se dieron de manera espontánea para entender el contexto de los sujetos.

Para analizar estos datos se usó un enfoque correlacional-explicativo. Con base a los datos cuantitativos se presentaron los datos sobre trastornos de conducta alimentaria y uso de redes sociales a nivel nacional y estado lo que permitió medir la relación entre variables y a su vez identificar estas características en los sujetos de estudio. Los datos cualitativos que sirvieron para profundizar en los significados y experiencias personales se obtuvieron a partir de cuatro adolescentes (dos hombres, dos mujeres) de 13 y 15 años. Así se pudo analizar si el uso de redes sociales está relacionado con la insatisfacción corporal en adolescentes y, además, se explicó cómo la exposición a contenido idealizado de belleza puede generar trastornos alimentarios o problemas de autoestima.

Resultados

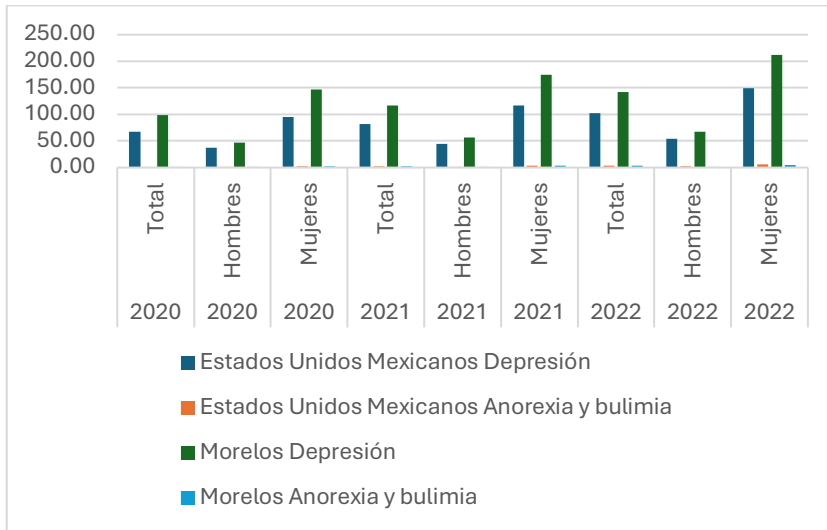
Trastornos de la conducta alimentaria

De acuerdo con los datos de la gráfica sobre la Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados y entidad federativa según sexo, serie anual de 2014 a 2023 (ver figura 1), entre 2020 y 2022 se registró un incremento significativo en la prevalencia de trastornos como depresión, anorexia y bulimia. Un hallazgo relevante es la disparidad de género: en 2022, por cada caso detectado en hombres, se identificaron más de tres en mujeres, lo que sugiere que, si bien ambos grupos se ven afectados, existe una marcada diferencia de género ante este fenómeno. Esta

tendencia marcó que, en el Estado de Morelos, las tasas superan el promedio nacional.

Figura 1.

Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados y entidad federativa según sexo, serie anual de 2014 a 2023



Nota. Elaborada a partir de datos del *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*.

Los testimonios recopilados en las entrevistas refuerzan los datos cuantitativos, ya que los sujetos describen conductas compatibles con criterios diagnósticos de anorexia y bulimia nerviosa como vómito inducido, restricción alimentaria prolongada y ejercicio compulsivo, así como una distorsión persistente de la imagen corporal. Esto se puede observar en la respuesta de la adolescente 1 quien dijo “Yo sufro bulimia nerviosa y los síntomas empezaron cuando empecé a ver mi cuerpo con odio y lo único que quería hacer era que bajara de peso, por lo tanto, comía, pero después vomitaba la comida y aunque sintiera mareos o mucho sueño eso impedía que yo vomitara” (Adolescente 1, comunicación personal, 12 de noviembre de 2024).

Dichos comportamientos, son asociados al temor del aumento de peso, coincidiendo con los síntomas de un trastorno de conducta

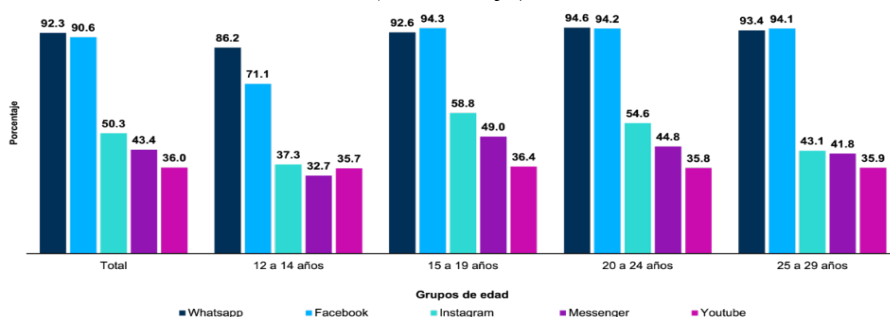
alimentaria los cuales corroboraron una relación entre los indicadores estadísticos y las manifestaciones empíricas de estos trastornos.

Uso de redes sociales

Los datos sobre redes utilizadas por jóvenes mostraron que el 94.3% y el 92.6% de los adolescentes entre 15 y 19 años utilizan Facebook y WhatsApp, lo que convierte a estas plataformas en vectores de exposición constante a estándares de belleza digitalmente distorsionados (ver figura 2). Este fenómeno se amplifica en redes basadas en imágenes, como Instagram, cuya aplicación fue mencionada explícitamente por los entrevistados, donde la idealización corporal (delgadez extrema o proporciones irreales) generando sentimientos de inferioridad y rechazo hacia el propio cuerpo.

Figura 2.

*Redes sociales más utilizadas por los jóvenes, 2021
(Porcentaje)*



Nota. Tomado del *sitio de INEGI. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, 2021.*

En este punto, el adolescente 2 menciona cuando se le pregunta por la influencia de los mensajes de las redes, que “Sí... me comparo y me siento mal. Aunque sé que muchas fotos están editadas o no son reales, igual me afectan” (Adolescente 2, comunicación personal, 13 de noviembre de 2024). Aunque, los sujetos son conscientes de la artificialidad de dichos contenidos (editados con filtros o herramientas digitales), la comparación social persistente deriva en afectaciones emocionales, como evidencian los sujetos y llegando a la conclusión

que: "Aunque saben que hay imágenes de los cuerpos corporales editadas, no pueden evitar sentirse insuficientes".

De la información encontrada, la información presentada por la revista Royal Society for Public Health de 2017, refuerza la relación al demostrar que las plataformas digitales inciden significativamente en la salud mental de los jóvenes, especialmente en mujeres, debido a la normalización de imágenes alteradas (ver figura 3).

Figura 3.

Plataformas que afectan la salud y bienestar (tanto de forma positiva como negativa)



Nota. Tomado de *la Revista Royal Society for Public Health, John Snow House, mayo 2017.*

Comparación con otros

Los entrevistados ejemplifican cómo la exposición a cuerpos "perfectos" son percibidos como normativos y refuerzan la asociación entre delgadez y valor personal, incentivando a la autocritica severa y conductas de riesgo (que lleva a la restricción alimentaria o ejercicio compulsivo). Esta interiorización de ideales inalcanzables, legitimados por algoritmos que priorizan contenidos visualmente "idealizados", sugiere un ciclo de retroalimentación negativa entre el consumo digital y la autoestima, tal como señalan los participantes: "Siento que debo alcanzar ese estándar para ser aceptada (o)".

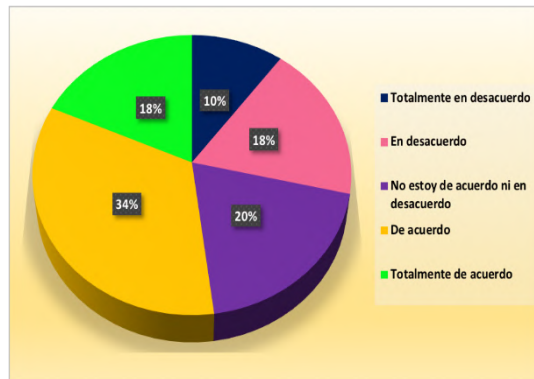
Esta información se puede observar en los datos presentados en la figura 4, la cual revela que el 52% de los jóvenes está de acuerdo o

totalmente de acuerdo con que las celebridades influyen en la percepción de lo que se considera atractivo, mientras que solo el 28% lo cuestiona y el 20% se mantiene neutral (ver figura 4). Este dato cuantitativo se correlaciona directamente con los testimonios de las entrevistas, quienes identifican un patrón sociocultural que asocia el valor social con la delgadez. Observándose tanto en medios de comunicación como en interacciones cotidianas.

Los entrevistados no solo reconocieron esta influencia, sino que describen su impacto concreto, señalando que la exposición constante a ideales corporales promovidos por figuras públicas, sumada a la presión por integrarse a ciertos grupos sociales los ha llevado a modificar conductas alimentarias y físicas en busca de aceptación, tal como lo mencionó la adolescente 4 “En las pasarelas solo usan modelos esqueléticas y en las películas las protagonistas casi siempre son mujeres súper delgadas y bonitas. Ellos deciden qué cuerpo es "aceptable" y qué no, y nosotras, al ver eso, pensamos que ese es el único cuerpo válido. Es una influencia enorme.” (Adolescente 3, comunicación personal, 14 de noviembre de 2024).

Figura 4.

Personas famosas sirve para saber qué está de moda y cómo lucir atractivo



Nota. Tomado de *la Institución Universitaria de Envigado, Ciencia, Educación y Desarrollo (2022)*.

La convergencia entre los datos estadísticos y los relatos personales sugieren que la internalización de estos modelos no es meramente pasiva, sino que se activa mediante presiones tangibles (comentarios

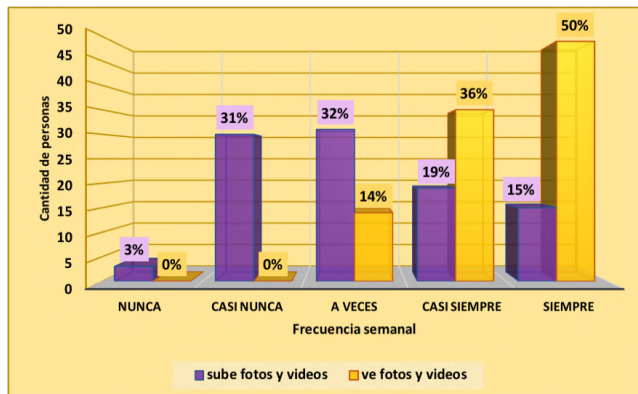
discriminatorios) y simbólicas (asociación delgadez con el éxito en medios). Esto explica por qué, a pesar de que 1 de cada 5 jóvenes se declara neutral ante esta influencia (20%), la mayoría termina ajustándose a los cánones hegemónicos, como muestra las conductas de los entrevistados al intentar cambiar su cuerpo para "encajar".

La insatisfacción con la imagen corporal es una problemática frecuente, donde muchas personas desarrollan una relación negativa con su cuerpo, sintiendo que nunca es suficiente y buscando cambios extremos para ajustarse a un ideal. Esta baja autoestima influye directamente en los hábitos alimentarios, llevando en algunos casos a conductas poco saludables para alcanzar una apariencia deseada.

Autoestima

En la figura 5 se muestra que la mayoría de las personas ven fotos y videos en redes sociales con mayor frecuencia de la que los suben el 50% de los encuestados consume contenido en redes sociales de manera constante, lo que demuestra una alta dependencia de estas plataformas. Solo el 15% sube contenido siempre, lo que indica que hay más consumidores pasivos que creadores de contenido (ver figura 5).

Figura 5. *Preferencia entre subir o ver fotos y videos en las redes sociales*



Nota. Tomado de *la Institución Universitaria De Envigado, Ciencia, Educación Y Desarrollo (2022)*.

Se confirma la tendencia de que las redes sociales tienen más observadores que generadores de contenido. El alto consumo de contenido en redes sociales demuestra la influencia que estas

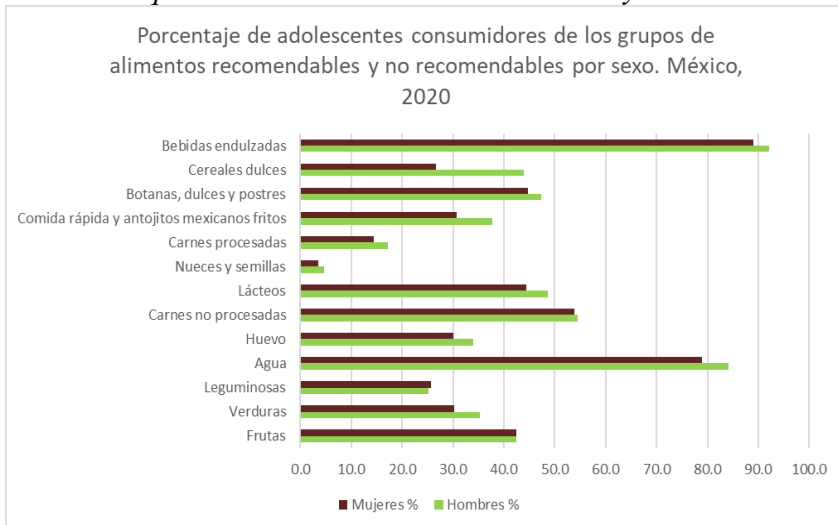
plataformas tienen en la percepción de la autoimagen y la autoestima. La mayoría de las personas observan más de lo que crean, lo que las expone constantemente a estándares de belleza irreales que refuerzan inseguridades y comparaciones.

Dieta equilibrada

En la figura 6 se observa que el porcentaje de adolescentes consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables por sexo. Los hombres consumen más verduras que las mujeres, el porcentaje empata en el listado de frutas por ambos sexos, por otro lado, los hombres consumen más carne procesada que las mujeres. En conclusión, esta gráfica de barras muestra que en todos los alimentos en listados los hombres consumen en mayor porción a excepción de las frutas y en leguminosas las mujeres consumen más. Los hábitos alimenticios varían según el sexo, con diferencias en el consumo de ciertos grupos de alimentos. La gráfica muestra que los hombres tienden a consumir más verduras y carne procesada, mientras que las mujeres presentan un mayor consumo de leguminosas (ver figura 6).

Figura 6.

Adolescentes que comen alimentos recomendables y no recomendables



Nota. Elaboración a partir de *ENSANUT 2020 sobre Covid-19, México*

La relación con la comida está fuertemente ligada a la autoimagen y a la percepción del cuerpo. Muchas personas sienten que su alimentación influye directamente en su físico, lo que puede generar preocupaciones constantes sobre el peso y la apariencia. Además, la autocrítica y el autosabotaje en relación con la alimentación pueden afectar negativamente la autoestima y el bienestar emocional, tal como lo menciona la adolescente 1: “Pues es que me siento fea y gorda, entonces siento que alcanzar mi estándar perfecto, ha provocado que yo quiera dejar de comer para conseguirlo, porque no acepto mi cuerpo” (Adolescente 1, comunicación personal, 12 de noviembre de 2024).

Conclusión

A lo largo de esta investigación, se ha evidenciado cómo la cultura de la delgadez, impulsada por medios de comunicación, redes sociales, presiones sociales y culturales, distorsionan la percepción corporal de los adolescentes. En el contexto del municipio de Tetela del Volcán, Morelos, esta presión se intensifica por factores culturales y generacionales que vinculan la delgadez con aceptación y valor personal. A continuación, se sintetizarán los hallazgos encontrados de este fenómeno no solo reflejando estereotipos dañinos, sino que también evidencia cómo los cuerpos se han convertido en territorio de control social y autoexigencia.

Se puede considerar que la cultura de la delgadez es un constructo social que actúa como regulador simbólico del cuerpo, especialmente en la etapa adolescente, donde la identidad aún se encuentra en formación. A través de los medios de comunicación, redes sociales y discursos normalizados en el entorno familiar y escolar, se refuerza una noción estética en la que el cuerpo delgado es sinónimo de éxito, aceptación y belleza. Esta influencia no solo moldea las expectativas físicas de los adolescentes, sino que también puede desencadenar conductas de riesgo como dietas extremas, uso de productos nocivos o trastornos de la conducta alimentaria.

Considerando las respuestas de los adolescentes sobre lo que piensan de la cultura de la delgadez, su autopercepción y la influencia de las redes sociales, se identificó que la presión social genera una distorsión de la autoimagen, debilitando la autoestima y provocando la adopción

de comportamientos que responden más a una necesidad de validación externa que al cuidado integral de la salud.

Ante los resultados se observa que la opinión social, guiada por cánones estéticos rígidos y estereotipos, tiene un impacto significativo en la percepción corporal de los adolescentes. A través de comentarios, comparaciones y juicios implícitos o explícitos, la sociedad transmite mensajes que valoran el cuerpo delgado como superior, generando inseguridad y rechazo hacia los cuerpos que no encajan en ese molde. Esta percepción afecta la manera en que los adolescentes se ven a sí mismos, provocando una autoevaluación negativa que puede traducirse en aislamiento social, trastornos alimenticios, ansiedad o depresión. Los resultados evidenciaron que la necesidad de aprobación externa moldea conductas como evitar alimentos, recurrir a filtros digitales o exponerse a riesgos con tal de obtener reconocimiento, con la finalidad de ajustarse a una imagen corporal idealizada y muchas veces ficticia.

Así mismo, se observó que la sociedad ejerce una influencia poderosa en la construcción de la identidad y el comportamiento de los adolescentes, especialmente en relación con los estándares de belleza. A través de múltiples plataformas como la televisión, redes sociales, influencers y figuras públicas se promueve una imagen corporal delgada como modelo de éxito, felicidad y aceptación, generando inconformidad con su cuerpo y una presión constante por transformarlo, los adolescentes adoptan prácticas que ponen en riesgo su salud física y mental, guiados por la idea de alcanzar ese ideal de belleza impuesto. Del mismo modo, la aceptación o rechazo social que experimentan según su apariencia refuerza conductas que perpetúan la importancia de la delgadez como valor.

Por tanto, después del análisis de los datos estadísticos y de la información cualitativa proporcionada por cuatro adolescentes pertenecientes a la comunidad, se deduce que la cultura de la delgadez en Tetela del Volcán no solo reproduce estereotipos dañinos, sino que también convierte el cuerpo adolescente con sus pensamientos en un campo de batalla entre la autoaceptación y las exigencias sociales. Por lo que es importante cuestionar estos ideales estéticos impuestos y promover una visión más integral de la salud, que priorice el bienestar físico y emocional sobre estándares irreales. Incluyendo una transformación desde las familias construyendo entornos que acepten

la diversidad corporal en lugar de castigarla. Desvinculando el valor personal de la apariencia y redefinir la belleza desde la autenticidad y el respeto.

Referencias

- Ajzen, I. (1985). *Teoría del comportamiento Planeado*.
<https://fourweekmba.com/es/Teor%C3%ADa-del-comportamiento->
- Alvarez-Espinoza, M., Torres-Mota, D., Pontaza-Ortiz, I., & Saucedo-Molina, T. (2021). Dismorfia muscular: definición y generalidades sobre prevención y tratamiento. *Educación y Salud Boletín Científico*, 10(19), 223-231. doi:<https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.6482>
- Ansenchi, B. (1989). *Esquema corporal y lateralidad*. Argentina.
- Baudrillard. (1978). Cuerpo:Identidad. *Jornadas Humanidades*, 113. <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/handle/123456789/3577/Cenci.Cuerpo%20identidad%20y%20singularidad%20...pdf?sequence=1&is>
- Casado, F. (2023). Imagen corporal. *Sicología y Salud*, 1-5. <https://www.psicologiaysaludsevilla.com/que-es-la-imagen-corporal/#:~:text=La%20imagen%20corporal%20es%20el%20concepto%20que%20cada,de%20sentir%20y%20de%20relacionarse%20>
- Catalán, S. (15 de marzo de 2006). *Presión social*. CIPSIA Psicólogos: <https://www.cipsiapsicologos.com/curiosidades/presion-social/>
- Fuster Guillen, D. E. (enero-abril de 2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. doi:<http://orcid.org/0000-0002-7889-2243>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. Ed.). McGraw-hill / interamericana editores.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la*

- Información en los Hogares (ENDUTIH).*
<https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2021/>
- Lillo Espinosa, J. (abril-junio de 2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia1 growth and behaviour in the adolescence. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(90), 57-71. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n90/v24n2a05.pdf>
- Moreno G., D. (marzo de 2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128. doi:<https://pdf.sciencedirectassets.com/312299/1-s2.0-S0716864012X70135/1-s2.0-S0716864012702882/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjECgaCXVzLWVhc3QtMSJIMEYCIQC1BW3sswQBAzsrRFjNZvBBpRPpDqHUgpE1R08nAKUFDQIhANf1MLlNd6t5gq4%2B6T%2FTB0D1tVFUWm5Fq lotFmXt>
- Morón Gutiérrez, I. (2002). Influencia de las dietas restrictivas sobre la microbiota y la salud. Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/143858/MORON%20GUTIERREZ%20INMACULADA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ñaupas Paitán, H., & al, e. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (5ta. ed.). Ediciones de la U.
- Oliva Chávez, O. H., & Fragoso Díaz, S. (22 de enero de 2015). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 4(7), 176-199. <https://ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/93/409>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de julio de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text=Entre%20los%20m%C3%A1s%20de%2030,la%20clamidiosis%20y%20la%20tricomoniasis.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text=Entre%20los%20m%C3%A1s%20de%2030,la%20clamidiosis%20y%20la%20tricomoniasis.)
- Organización Mundial de la Salud. (14 de junio de 2019). *www.redisser.org*. <https://www.redisser.org/ETS-OMS3.html>

- Organización Mundial de la Salud. (22 de noviembre de 2021). *Infecciones de transmisión sexual*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (22 de noviembre de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (10 de septiembre de 2025). *www.who.int/es/news-room*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Nacional de la Salud. (17 de 11 de 2021). *Sitio Web Mundial*. Recuperado el 26 de 11 de 2023, de Salud mental del adolescente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Ronconi, M. F., Alessi, D., Zemaitis, S., & Barrena, M. (2024). La mirada social sobre los cuerpos: El mandato de la delgadez y el gordo-odio. En D. V. Alessi (Ed.), *ESI en la secundaria: Hacia una educación sexualmente justa y placentera* (1 ed., págs. 62-65). La Plata, Argentina. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.6507/pm.6507.pdf>
- Royal Society for Public Health (2017). *Social media and young people's mental health and wellbeing*. <https://www.rsph.org.uk/our-work/publications/statusofmind/>
- Salazar Mora , Z. (21 de agosto de 2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80. <https://www.redalyc.org/pdf/729/72912555004.pdf>
- Sampasa-Kanyinga. (2016). Uso excesivo de las redes sociales. *Redes Sociales*, 11-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26167836/>

Redes sociales y consumo de suplementos deportivos: un riesgo para jóvenes.

Arantxa Karolina Cobos-Sosa¹
Daniela Isabel Anaya Andrade¹
Francisca Elizabeth Pérez Tovar²

Resumen

En la era digital actual, las redes sociales se han convertido en un componente integral de la vida cotidiana, facilitando un intercambio constante de información. El presente estudio tiene como propósito analizar la relación entre las redes sociales y el consumo de suplementos deportivos, particularmente preentrenos y bebidas energéticas, así como sus implicaciones en las dimensiones fisiológica, psicológica y social en jóvenes que practican gimnasio. El estudio se desarrolló bajo un enfoque descriptivo y de tipo documental-teórico, sustentado en la revisión bibliográfica sistemática de fuentes académicas obtenidas en bases de datos electrónicas como SciELO, Redalyc, Mendeley, ACANITS y Google Académico. La muestra de análisis estuvo compuesta por 21 artículos científicos, seleccionados conforme a criterios de pertinencia temática, actualidad y acceso al texto completo. El proceso analítico permitió identificar los principales hallazgos, enfoques y tendencias respecto a la influencia que ejercen las redes sociales en la promoción, normalización y el consumo de suplementos deportivos. Los resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de intervención social y educativa que contribuyan a la formación de hábitos saludables y a la incidencia política con políticas de regulación tanto de consumo como publicitaria que contribuyan a la

¹ Alumna. Universidad Autónoma de Tamaulipas

² Profesora e Investigadora de Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Tamaulipas.

normalización del mal uso en el consumo de estos suplementos. Esto genera preocupación, ya que se minimiza el riesgo de dependencia a corto plazo, lo que puede desencadenar problemas de resistencia y adicciones a largo plazo. En este sentido, este fenómeno contemporáneo se convierte en un campo de interés emergente para el Trabajo Social, para el establecimiento de estrategias encaminadas a la mitigación de los riesgos, promoviendo la salud y el bienestar.

Introducción

El mundo ha evolucionado con las tecnologías y las herramientas de comunicación, trascendiendo al punto de generar celulares inteligentes para comunicarse con facilidad, buscar, adquirir o desarrollar conocimiento, de esto parte el surgimiento de las redes sociales, en donde hablaremos sobre sus características, clasificación y redes más utilizadas, siendo un medio de comunicación e interacción, que las hace parte de nosotros por medio de los celulares como algo indispensable y necesario en nuestra vida cotidiana y un punto de interconexión entre muchos contenidos, herramientas y grupos de intereses en la actualidad, al tener todo al alcance de nuestras manos y al tener tanta accesibilidad las hace un factor determinante de influencia en las personas por la exposición a diferentes contenidos, ya sea de amistades, influencers, grupos o por publicidad, ya que al no haber una regulación personal por parte de las personas sobre el tiempo estimado en ellas, se genera una dependencia a su utilización y al no tener un asesoramiento profesional de lo que se promueve sobre la ingesta de ciertos productos, es preocupante la visualización, insinuación y replica de lo que se promociona.

En este sentido, al ser el consumo de suplementos deportivos una tendencia fitness creciente tanto en las redes sociales como en el contexto del gimnasio, se genera la preocupación de si realmente lo que se visualiza en ellas tiene detrás una revisión científica previa para poder ser recomendado o solo quien lo proyecta son influencers con una narrativa convincente y de mucha exposición, que al saber esto, llegue a determinar lo que otros utilicen o realicen con el fin de satisfacer sus intereses, en cualquiera de los sentidos, al ser jóvenes principalmente quienes se ven incluidos en estos escenarios, pues al comprender edades de entre 18-24 años según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024) quienes utilizan más las redes sociales se ven

susceptibles a la modificación de sus ideas por estos influjos, ya que la idea de un cambio corporal y social es una vía para la adecuación y aceptación del mundo social al que pertenecen o quieren pertenecer, aún aunque esto resulte en daños en su salud o en su vida.

De este modo, al hablar de suplementos deportivos nos enfocaremos sobre su utilización, sus componentes, en específico las bebidas deportivas como el pre entreno, haciendo referencia que al ser un estimulante y al tener diferentes componentes llegan a afectar el organismo y no solo eso, sino también viéndose afectados diferentes ámbitos de la vida de una persona desde lo fisiológico, psicológico y social, así mismo, se observa la preocupación sobre una posible dependencia y más que esto, una posible tendencia a consumir sustancias nocivas por los efectos que estos producen en las personas, encaminándolos a conductas de adicciones.

La Influencia de las Redes en la Juventud Contemporánea

Las redes sociales son herramientas que se han ido consolidado en la población en las que los usuarios pueden comunicarse, interactuar, compartir conocimiento, adquirirlo y generar relaciones, son una red de influencia de manera positiva y/o negativa, con un impacto para las nuevas generaciones, produciendo la necesidad de aceptación y reconocimiento por otros, modificando la personalidad, los pensamientos, las actitudes, las conductas, las decisiones y demás (Del Prete, A. y Redon, S., 2020).

En este sentido, es importante hacer una clasificación de las redes sociales para esclarecer su uso, resaltando sus características, ya que, aunque son medios de comunicación se componen de diferencias que las hacen atractivas para cada persona y que algunas de estas las comparten entre sí. Los tipos de redes sociales pueden comprender redes generales u horizontales y verticales o temáticas (Flores, J., et al., 2009).

Destacando que, las redes generales, son aquellas que involucran por su público objetivo y temática, redes horizontales (dirigido a todos sin una temática en específico), como las redes de ocio, aquellas que agrupan a los usuarios por los intereses o aficiones, así como las redes verticales (su objetivo es agrupar en concreto a un grupo de personas

conforme a la temática definida), en función de su especialización y dependiendo de sus intereses será la que se acople con cada individuo, incluyendo las redes sociales profesionales, aquellas enfocadas a la generación de relaciones entre los usuarios con fines meramente profesionales o de contenido, aquellas que involucran la exposición de fotos, música, videos, etc. (Martínez-Guerrero C., 2018).

Tabla 1.

Redes Sociales: Tipo, Porcentaje de Interacción y/o Cantidad de Usuarios

Tipo de Red Social	Red Social	Porcentaje de Interacción y/o Cantidad de Usuarios
De contenido u ocio	Instagram	37.8% y 1221 (millones)
Horizontal y Vertical	Facebook	36.7% y 2740 (millones)
De contenido	YouTube	5.1% 2291 (millones)
De ocio o contenido	TikTok	13.6% 1051 (millones)
Vertical	Twitter	6.8% y 330 (millones)
De contenido, horizontal u ocio	Snapchat	293 (millones)
De contenido, horizontal u ocio	Pinterest	459 (millones)
Profesional	LinkedIn	756 (millones)

Nota: Elaboración propia a partir de Giménez, S., 2023, Merlos, E., et al., 2021 & Espinosa, P., 2023.

De este modo, podemos mencionar que las redes de ocio y de contenido son las que más interés tienen en la generación de jóvenes y en las que nos enfocaremos, pues dentro de las redes sociales con mayor demanda en el mundo se tiene, Instagram (red más visual por los contenidos, utilizada para subir fotos, videos e historias), TikTok (con la característica de subir videos con mayor auge en replica de los mismos), YouTube (la red de preferencia para subir videos pero las empresas la utilizan para subir contenido promocional en espacios intermedios de los videos) y Facebook (siendo la más famosa y

utilizada), teniendo un aumento desde la creciente ola de COVID-19, siendo el 59.4% de la población mundial usuarios de las mismas (Digital Report, 2023 citado en Giménez, S., 2023).

Aunque hay más redes sociales para la socialización y comunicación y que son utilizadas en menor medida como Twitter o Snapchat y para la exposición de contenido como Pinterest o profesionales como LinkedIn, nos concentraremos en las más demandadas para poder exponer su influencia en los jóvenes, al tener cada una sus especificaciones, las hace innovadoras, haciendo que la sociedad contemporánea sea cada vez más capaz de controlarlas (Merlos, E., et al., 2021), siendo interconectados con las redes sociales.

Redes Sociales como Motor del Uso de Suplementos Deportivos.

Al tener cada año un incremento significativo y al estar en constante avance, las mismas redes sociales se van adaptando a las peticiones de los usuarios con el fin de incrementar su disponibilidad, uso y acercamiento al usuario, adaptando sus herramientas para hacer posible la compra, venta, proyección de publicidad y generación de marcas, con el fin de que se incremente tanto la demanda de productos como la publicidad de los mismos, generando en el usuario curiosidad e iniciativa para adquirir servicios o productos promocionados y vistos en estas redes sociales (Lupano, M., et al., 2022).

De este modo, se resalta la utilización de suplementos deportivos, pero es importante hacer una diferencia entre los suplementos alimenticios y los deportivos, pues tienen diferentes propósitos, de acuerdo con el Artículo 215 Fracción V de la Ley General de Salud (2024), se describe como suplementos alimenticios a “Productos a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no, de vitaminas o minerales, que se puedan presentar en forma farmacéutica (en forma de: cápsula, emulsión, suspensión, jarabe, polvo, solución o tableta, los cuales se ingieren de forma oral) y cuya finalidad de uso sea incrementar la ingesta dietética total, complementarla o suplir alguno de sus componentes” (p.265).

En cambio, los suplementos deportivos, si bien, no se conceptualizan de tal manera, ya que estos varían dependiendo el tipo de suplemento, sin embargo, cumplen con ciertas características de los suplementos

alimenticios, como ser un aditamento, pero están más enfocados en objetivos deportivos como aumentar la fuerza, la resistencia, la masa muscular, etc., en las que pueden contener, nutrientes, proteínas, lípidos, aminoácidos, carbohidratos, vitaminas, minerales, entre otros (Ospina, J., 2022), pero que su seguridad y eficiencia varían.

Entendiendo así que los suplementos alimenticios están enfocados principalmente en ser un aditamento o complemento nutrimental para las carencias que pueda presentar la persona y haciendo más fácil el proceso nutrimental y por otro lado, los suplementos deportivos que tienen diferente propósito y son utilizados para el proceso físico o deportivo, lamentablemente su uso no es siempre el adecuado, pues su realización es de forma indebida y con un abuso que puede perjudicar al individuo, y que aunque es responsabilidad de quien los consume, el estar informado u orientado por una red social pone aún más en duda su realización (Sánchez, A., et. al, 2008).

Los suplementos deportivos tienen beneficios, como lo es la recuperación o mantenimiento muscular, el mejoramiento en el rendimiento, reducción de fatiga, aumento de la energía, entre otros, que ayudan a la concentración y al bombeo sanguíneo con intención de fortalecer los músculos y brindando en el individuo fuerza, resistencia, concentración y energía, generando mayor rendimiento en el entrenamiento, no obstante, a pesar de tener ciertas ventajas, aún existe la carencia de información acerca de las consecuencias negativas de quien lo consume (Soler, A. & Cardona, A., 2019).

Metodología

El estudio se desarrolló bajo un enfoque descriptivo y de tipo documental-teórico, orientado al análisis crítico de la producción científica relacionada con la temática. Se efectuó una revisión bibliográfica sistemática en diversas bases de datos electrónicas como: SciELO, Redalyc, Mendeley, ACANITS y Google Académico (Tabla 2); con el propósito de identificar investigaciones que exploraran la relación entre las redes sociales y el consumo de suplementos deportivos.

El proceso metodológico comprendió la búsqueda de palabras clave tales como: redes sociales, suplementos deportivos, consumo y efectos, seleccionándose 21 artículos científicos que cumplieran con criterios de

pertinencia temática y actualidad. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de contenido que permitió examinar los principales hallazgos, tendencias y enfoques en torno a los beneficios, riesgos y repercusiones fisiológicas, psicológicas y sociales del consumo de estos productos, así como la influencia de las redes sociales en su promoción y normalización.

Tabla 2

Revista y Cantidad de Artículos Encontrados.

Revista	Cantidad
Redalyc	3
EFDeportes	1
Revista Española de Nutrición Deportiva y Dietética	1
MDPI	1
ScienceDirect	2
Scielo	3
Polo del conocimiento	1
Revista de Psicología	1
PubMed Central	1
Digital Publisher	1
Revista Rhombus	1
Archivos Latinoamericanos de Nutrición	1
Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo	1
Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte	1
Revista Tecnología, Ciencia y Educación	1
Revista de Comunicaciones de Marketing	1

Nota: Elaboración Propia.

Resultados

En la era digital actual, la sociedad se ve inmersa en las redes sociales, convirtiéndolo en parte integral de la vida de quien las utiliza, llegando a tener un alcance exponencial y demandante. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en colaboración con el Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT), se realizó la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información

en los Hogares (ENDUTIH) 2023, en donde se registró que de 97 millones de personas que son usuarios de internet, el 91.5% las utilizaban para acceder a las redes sociales, en donde se comprenden edades entre los 18-24 años, siendo una demanda en la sociedad contemporánea, puesto que la mayor cantidad de horas utilizadas para estas redes rondan entre las 5.6 y 5.9 horas por día, adicionalmente, siendo el celular el medio con mayor uso entre la población, teniendo facilidad de alcance y de exposición (INEGI, ENDUTIH, 2024), a comparación del uso de un computador, haciendo posible su utilización con más frecuencia y con más comodidad. Por lo que, las redes sociales al ser una herramienta de interacción, útil para comunicar, compartir, promover, vender o comprar productos por medio del intercambio de información mediante grupos, influencers, generación de amistades o la réplica de lo que se observa o se escucha a otros en nuestros diferentes ámbitos sociales, parte para ser la principal fuente persistente y de dependencia en la sociedad moderna con mayor influencia en los jóvenes adultos en México.

Al ser usado considerablemente se vuelve un riesgo para los jóvenes que pasan la mayoría de su tiempo en ellas y abusan de su uso, ya que se vuelven susceptibles a lo que ven y escuchan en las mismas, aunque en la literatura no se presente como una adicción, es evidente la preocupación sobre el incremento en la utilización indebida o desmesurada de estas, puesto que llega a generar cambios en las personas o en sus actitudes y consecuencias negativas por la exposición a demasiada información que puede o no ser confiable o verídica (Valencia-Ortiz, R., et al., 2021).

Siendo estas, un medio para la promoción e incitación de tendencias, un claro ejemplo en la sociedad contemporánea es la actividad fitness, en donde se pretende una adecuación en la actividad física y la alimentación incluyendo un cambio en los hábitos de las personas, ya que es un proceso que continuo que pretende mejorar la salud y el bienestar, potenciando las mejoras fisiológicas, psicológicas y sociales (Avella, R. y Medellín, J., 2012). Sin embargo, estas actividades vistas en el mundo del fitness también incluyen otras conductas que pueden posicionarse en la línea delgada entre un uso responsable o irresponsable.

En los últimos años, el fitness ha tenido mayor auge por las nuevas generaciones, destacando que las personas que practican alguna actividad física en México tienen entre 18-34 años, siendo un 73.6% de hombres y un 41.9% de mujeres ({INEGI, Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico {MOPRADEF}, 2023) y aunque el ejercicio físico es una actividad situada en todos los tiempos, en la actualidad el asistir a realizar ejercicio físico en los gimnasios se volvió parte de una tendencia social influenciada por modelos vistos en las redes sociales conocidos como influencers, aquellos que poseen cierta credibilidad sobre un tema en concreto y que su presencia e influencia en las redes sociales hace que se convierta en un prescriptor idóneo de un producto determinado (Gómez, B., 2018).

Sin embargo, estos influenciadores pueden o no tener una formación profesional que avale su promoción o influencia de compra de ciertos productos, por lo que, al tener tanta influencia y al crear una narrativa positiva de lo que recomiendan, de lo que hacen o promocionan con el fin de tener beneficios, tanto de más seguidores, colaboraciones con marcas reconocidas, regalos de las mismas, entre otros y al ser Instagram, TikTok, YouTube y Facebook los que tienen mayor alcance y herramientas para la compra y venta, se vuelven espacios facilitadores de la búsqueda y adquisición de productos, siendo respaldados de estrategias de marketing bien diseñadas que están conectadas con el algoritmo de la red, el cual hace que al ver contenido de este tipo, se siga reproduciendo o se proyecten más contenidos de la misma especie, pudiendo llegar a los usuarios de estas redes sociales de forma más fácil, poniendo en duda los fundamentos científicos o conocimientos de lo que se promociona, así como su veracidad (Catalani, V., et al., 2021).

De los cuales, se llega a un aprendizaje que se va replicando o compartiendo por los usuarios que asisten a realizar actividad física dentro de los gimnasios independientemente de los diferentes motivos o fines, como el mejorar el rendimiento deportivo, la belleza física o estética o el cuidado de la salud (Baladia, E., et al., 2022).

En este sentido, al ser algo tan tendiente en la sociedad juvenil contemporánea, también presenta cierta complejidad a lo que hoy se presenta en el contenido del mundo fitness, ya que está estrechamente conectada con los medios de comunicación para su promoción y seguimiento, en donde hay infinita información que puede generar

conocimiento o desinformación a quien se expone o influenciada hacia el consumismo y el control y moldeamiento de la sociedad interesada en este contexto por medio de intereses (Díaz, M., 2018).

Al ser el gimnasio un espacio de interacción, con el propósito de lograr el equilibrio físico, las personas se ven influenciadas tanto por los influencers como por los miembros que lo componen, como amigos o entrenadores, que al tener interacción continua y por medio del intercambio de ideas, experiencias, la intriga y replica, la observación, las provocaciones o por la misma persuasión que otros tienen en los demás se presenta o ejerce presión para realizar tal o cual acción para la adecuación en el entorno, por mencionar algunas (Palacios-Cabrera, A., et al., 2024), lo cual surge por medio de diferentes factores que afectan las conductas o decisiones, como influencias externas o internas de cada individuo (Ruiz. A., et al., 2023).

De acuerdo con Bandura, en su Teoría titulada Aprendizaje Social, menciona que las personas no aprenden solo de su experiencia, sino también, mediante la observación y replica de las conductas de otros, es fundamental para sustentar que las personas adquieren nuevo conocimiento, habilidades y aptitudes por modelar los comportamientos de otros en un contexto social (Ojeda-Martínez, R., et al., 2018), en donde se tiene una observación o una instrucción directa y mediante esta observación se pueden replicar conductas, incluso si no se está realizando en ese momento o ejerciendo un refuerzo.

De este modo, al consultar los medios como las redes sociales por elección y por los diferentes motivos, para poder informarse, se llega a un uso por satisfacer necesidades específicas, como lo menciona la Teoría de usos y gratificaciones, de forma de interacción, de consulta, de entretenimiento o de búsqueda de aceptación o identidad, lo cual puede variar por las preferencias y comportamientos que se repliquen en los medios o que lleguen a presentarse en los usuarios (Gil-Fernández, R. & Calderón-Garrido, D., 2021).

En cada persona, influyen diferentes factores según Kotler y Keller (2014), algunos de ellos son, los factores culturales (teniendo mayor impacto por la clase social y la cultura), factores psicológicos (percepciones, ideas), factores sociales (por medio de los grupos de pertenencia, ya sean los de primera instancia como la familia, amigos,

vecinos y colaboradores que tienen una exposición directa y continua o de segunda instancia como los grupos religiosos, profesionales o recreativos, pues comparten conocimiento y se replican en su vida cotidiana y que llegan a influenciar a la persona al proporcionarle información habiendo un cambio en su estilo de vida) y factores personales (hablando de edad, sexo, personalidad, valores, ocupación, etc.), sin embargo, las elecciones alimenticias y las decisiones de compra de los consumidores se van a ver influenciadas por el contexto social al que se esté expuesto (citado en Ruiz. A., et al., 2023).

Dentro de este ambiente, las actividades que toman importancia son las de adaptación, pero en específico las de consumo, ya que se ha presentado que dentro del mundo fitness el consumo de suplementos alimenticios y deportivos ha tenido más significancia para los involucrados por medio de las redes sociales, ya que actualmente se ha sustituido la asistencia con profesionales preparados en el tema, por las redes sociales, viéndolas como fuentes confiables y verídicas de la información relacionada a estos temas (Catalani, V., et al., 2021).

En el gimnasio, por medio del intercambio de opiniones, experiencias, exigencias o por decisión propia, los usuarios llegan al cambio de comportamiento, de actitudes y hasta de pensamiento para poder encajar en el ambiente en el que se encuentran o por seguir modas presentes en las redes sociales.

De acuerdo entonces con esto, uno de los factores que más persiste es el psicológico, ya que los individuos al estar expuestos a la gran cantidad de información, promociones e influencia tanto de su entorno dentro del gimnasio como de las redes sociales son vulnerables a los estímulos que estos ejercen, con el fin de la adecuación a lo que su entorno solicita, siendo una adaptación mal direccionada (Díaz, M., 2018). Entonces, la persona al ser susceptible y dependiendo de los factores y los motivos personales, seguirá o no las modas de lo que se expone tanto en el gimnasio como en las redes sociales, sin embargo, las tendencias de hoy en día logran captar la atención de los usuarios influyendo en sus decisiones, siendo inevitable su no realización y generando replica (Salas, L., et al., 2024).

Jugando un papel importante la percepción o idealización del cuerpo “perfecto”, pues es parte del aspecto psicológico dado que tienen una

fuerte vertiente desde los paradigmas sociales, pues desde mucho tiempo atrás se ha marcado en la sociedad la idea de que los “cuerpos perfectos” son símbolo de salud o de belleza, siendo este parte de la autoestima de las personas y construyendo y fomentando desde las redes sociales la idea de que debe ser de tal o cual forma para ser aceptado, en donde se visualizan cuerpos muchas veces irreales con el fin de exponer y dar a entender que refleja el éxito o la adecuada forma de verse, empujando a las personas a seguir tendencias para tener una conformidad y ser “aceptado” por la sociedad (Panzitta, M., et al., 2023).

Las modas o tendencias al ser acciones con influencia en los comportamientos, estilos de vida, en la expresión, actitudes y hasta la vestimenta de las personas, hacen que sean replicables al fomentar nuevas acciones, para posicionarse en un estatus social “aceptable”, ya que hace que las redes sociales y en específico el gimnasio sean el principal medio para su fomento, tomando un papel importante en la vida de las personas, al ser moldeadores de identidad, personalidad y crear un impulso por la aceptación social (Salas, L., et al., 2024).

De este modo, los usuarios de las redes sociales y del gimnasio son susceptibles a lo que ven o escuchan dentro y mediante ellas, en donde se promueve cualquier tipo de consumo, lo cual se muestra como una herramienta, pero también como un arma de doble filo, ya que no hay una claridad total en lo que se promociona o en el producto que un influencer presenta, dando como resultado que solo se compre y se consuma de manera desinformada, pues al momento de observar un promocional sobre un suplemento deportivo en la red, queda en duda la fiabilidad y seguridad de la información que se expone (Wang, E., 2025).

Como el consumo de suplementos deportivos es una tendencia actual y creciente entre la sociedad juvenil que asiste a los gimnasios y quienes están expuestos a lo que ven de los influencers, no se encuentran registros sobre el consumo de suplementos deportivos en México, la Presidenta de la Asociación Nacional de la Industria de Suplementos Alimenticios (ANAISA), Karem Sánchez, destacó que en México aproximadamente el 35-40% de la población mexicana, dependiendo de la población y el contexto, consume suplementos alimenticios

(Flores, M., 2017), generando intriga ya que el consumo y promoción sobre los suplementos deportivos va en aumento.

Siendo el contenido de los influencers fitness, una muestra de su estilo de vida, en el que también se muestra el consumo o promoción de diferentes suplementos que potencializan las actividades físicas, que ayudan con la fatiga muscular, la concentración, generan energía, entre otras, sin embargo, estos influencers no muestran la dependencia a consumirlas por los efectos placenteros a corto plazo.

Los influencers llegan a promocionar y consumir las mismas sustancias, haciendo visible a las redes sociales como un espacio para la publicidad, compra y venta de los mismos, al tener una exposición global, personas que realizan o no actividad física pueden interesarse y acceder a ellos, pero su consumo se basa en suponer que solo son beneficiosos pues es común que las personas se interesen por los cambios o aditamentos en la dieta o en los hábitos, así como en la figura de quien se los expone con el fin de la mejora del aspecto físico o la salud y más si hay alguien que se los presenta mediante imágenes, videos, promocionales o interacciones.

En la investigación “*Consumo de suplementos nutricionales en personas que se ejercitan en gimnasios del norte de México*” se remarca la preocupación del uso irracional y desinformado del consumo de suplementos, además del desconocimiento entre las personas sobre riesgos adversos o beneficios hacia la salud (Alejo-Hernández, A., et al., 2020).

Asimismo, en la investigación “*Los suplementos y el fitness en México y el mundo: una industria en adelanto tecnológico y económico*” resalta la desregulación del consumo de suplementos y menciona la falta de estudios sobre las consecuencias a largo plazo de su ingesta (Torres, J., 2022).

A pesar de ello, muchas personas sin conocimiento de estos productos las consumen indebidamente, por observar o probar de algún conocido, por ser persuadido o por los efectos placenteros aún con los no tan agradables que se presentan, ya que desean una sensación de bienestar, más fuerza o de no quedar mal con quien se lo ofrece, realizándolo de forma desinformada y generando un abuso de las

mismas, lo cual debe de estar medido por un nutricionista o profesional de la salud y teniendo la responsabilidad de ello, ya que al consumir algo es necesario tener conocimiento de lo que implica y de las cantidades adecuadas a consumir (ANAISA, 2025).

Tabla 3

Suplementos Deportivos más Utilizados y Sus Usos.

Autor	Suplementos Deportivos	Usos
Sánchez, A., 2008	Proteína, L-Carnitina, Bebida Deportiva, Creatina, y Multivitamínico	Mejorar el aspecto físico, cuidar la salud y aumentar el rendimiento deportivo.
Soler, A., 2019	Barras de proteína, en polvo, o bebida, bebidas deportivas isotónicas con electrolitos y carbohidratos, creatina, bebidas deportivas recuperantes, multivitamínicos y vitamina C.	Aumento de energía, mejorar el rendimiento y aumentar el peso.
Alejo-Hernández, A., 2020	Proteínas, aminoácidos esenciales y óxido nítrico.	Mejorar el rendimiento deportivo, la belleza física o el aspecto estético, el cuidado de salud y, por último, compensar pérdidas
Catalani, V., 2021	Proteína, creatina, aminoácidos, multivitamínicos y ácido nítrico.	Ganar músculo, aumentar energía y perder peso.
Lamothe, C. & Vergara, M., 2023	Proteína, Creatina, Cafeína, preentrenamientos y quemadores de grasa.	Mejora del rendimiento deportivo, desarrollo muscular y forma física.

Nota: Elaboración propia a partir de Sánchez, A., 2008, Soler, A., 2019, Alejo-Hernández, A., 2020, Catalani, V., 2021 y Lamothe, C. & Vergara, M., 2023.

Los suplementos deportivos más utilizados son la proteína, la creatina, los aminoácidos, las bebidas deportivas como pre-entreno o energizantes y los multivitamínicos, en particular, los pre-entrenos y las

bebidas energéticas son las principales sustancias que ponen en riesgo a los jóvenes, al ser utilizados antes del ejercicio físico y no contar con regulación personal, su uso constante y desmesurado contribuye a desequilibrios físicos y personales (Rojas, G., et al., 2023).

Actualmente se han destacado actividades entre el mundo del fitness y las redes sociales que consiste en la combinación de las bebidas energéticas con los pre-entrenos, surgiendo una réplica entre los usuarios que expone a los mismos a riesgos personales en el aspecto fisiológico, psicológico y social, al replicarlo y compartirlo en el entorno del gimnasio en donde al haber una adaptación se siguen las acciones de los otros por influencia, por decisión o por presión, teniendo que arriesgarse para poder encajar con los otros o ser excluido al no aceptar replicar estas conductas.

Estas sustancias específicamente las bebidas deportivas, que tienen contenido de diferentes sustancias en diferentes concentraciones que en su mayoría según Bella, Y., et al., (2025) son la cafeína como estimulante, la creatina (compuesto energético no esencial sintetizado por tres aminoácidos combinados, arginina, glicina y metionina) que ayuda para la reserva de energía y su prolongación para el rendimiento en el ejercicio, la beta-alanina (aminoácido no esencial utilizado en la síntesis de carnitina, dipéptido que funge como amortiguador de pH intracelular y que regula el ácido-base de las células musculares), sinefrina (un alcaloide adrenérgico que indirectamente potencializa la segregación de noradrenalina, aumentando el consumo de energía y mejorando el rendimiento), taurina (ácido 2-aminoetano sulfónico que puede hacer conjugar los ácidos biliares regular la presión arterial y actuar como antiinflamatorio, funcionando como regulador en la función contráctil cardíaca) y el óxido nítrico (vasodilatador que puede ayudar a relajar los vasos sanguíneos regular la presión arterial, posibilitando la mejora en el rendimiento), asociados para potenciar o alterar al organismo en el entrenamiento.

A pesar de los beneficios que se muestran, en los productos disponibles comercialmente puede no contener lo que exponen en la etiqueta, lo cual hace que sea más preocupante su ingesta, pues pueden llegar a causar numerosos efectos en el organismo, a pesar de que se tenga un poco de conocimiento, su ingesta desregulada puede provocar

desde la dualidad de los efectos, tanto beneficios como daños en quien los consume (Sfodera, F., 2020).

Desde el aspecto fisiológico, la Secretaría de Salud (2022) menciona que, al consumir cantidades mayores a las recomendadas por los profesionales (mg/kg), puede desencadenar mayor bombeo sanguíneo provocando efectos cardiovasculares, problemas gastrointestinales, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, daños en el hígado, riñón, efectos neurológicos, alteraciones del sueño, registrándose también efectos adversos en la salud bucal y dental, riesgo de diabetes, sobrepeso y obesidad, afectaciones sexuales, entre otros (pp. 27-36).

Por la elevada ingesta de estas sustancias y de sus componentes, se han observado casos de usuarios menores de edad que han seguido desinformada y desafortunadamente las tendencias y la publicidad vista en las redes sociales, que al consumir tanto bebidas preentrenamiento o deportivas energéticas sin conocer cuánto es lo que deberían de tomar por los principios activos por kilogramo (mg/kg), han arriesgado su salud (Magrini, M., 2016), aunado a esto, en gimnasios dentro de la república y en noticieros de varios estados se han presentado también casos de la combinación entre pre-entreno con bebidas energizantes, provocando el fallecimiento de individuos, exponiendo la susceptibilidad y desinformación de quienes practican estas actividades, poniendo en riesgo su vida al seguir tendencias de la red.

Al observarse los efectos fisiológicos, la Secretaría de Salud (2022), menciona que es importante mencionar los efectos psicológicos que el consumo de estos suplementos llegan a generar en la persona, pues al ser consumidos con demasiada frecuencia pueden llegar a causar comportamientos agresivos, casos de ansiedad, hiperactividad, estrés, síntomas depresivos o suicidas, aunado a que si una persona presenta antecedentes de enfermedades mentales pueden ser agravadas y detonar otras, perjudicando al individuo no solo en lo interno de manera física o emocional, sino también en el cómo se relaciona, ya que al tener una comunicación e interacción en el gimnasio al tener efectos adversos, afectará asimismo el aspecto social (pp. 36-40).

De este modo, al tratarse de cambios sociales, es posible que, dependiendo del sujeto y la acción de realizar el consumo de suplementos deportivos, pueda llegar a un interaccionismo basado en la

aceptación social, búsqueda de sensaciones, aprobación o en otros casos en el distanciamiento por la no adecuación sobre estas actividades en el contexto en el que pretende pertenecer o pertenece. Estas afectaciones en la interacción, en la pertenencia y en las relaciones con otros, al estar a la par con los efectos psicológicos, puede traer conflictos tanto de identidad, de integración, de autoexigencia, hasta la exclusión.

Al verlo de este modo, el influjo hacia la realización de este consumo puede transformarse en conducta de riesgo al verse expuesta la persona a cambios en el estado de salud y que al no haber una regulación personal o de las redes sociales, pueda desencadenar estas conductas que exponen a las personas a sufrir los efectos adversos pudiendo impactar no solo en su salud, sino en su vida.

La falta de conocimiento de quien los consume y la desinformación expuesta en redes sociales, solo genera confusión e ignorancia, al no haber suficiente evidencia científica detrás de los promocionales y de quien lo promociona o vende, es difícil estar al tanto de las consecuencias negativas que pueden llegar a tener los pre-entrenos o las bebidas energéticas, al presentar riesgos personales, fisiológicos, sociales, y de dependencia, por mencionar algunos, es un foco de atención al tratarse de una tendencia creciente y de mucha exposición en la red, influyendo negativamente en las prácticas de los jóvenes (Salas, L., et al., 2024).

El consumo excesivo por prolongados espacios de tiempo de estas sustancias potenciadoras o bebidas energéticas tiende además de problemas de salud, a la dependencia por los efectos a corto plazo que producen, lo cual crea la creencia errónea de que es necesario para poder sentirse fuertes, rendir o simplemente para encajar al momento de realizar la actividad física dentro del gimnasio, desencadenando resistencia o tolerancia del cuerpo, formando frustración en el usuario al no sentir los mismos efectos, creando la necesidad o impulso por buscar sustancias más fuertes o con mayores efectos, pudiendo caer en adicciones (Secretaría de Salud, 2022).

Conclusiones

Al examinar la literatura se encuentra información sobre la influencia que las redes sociales generan en la sociedad y que impulsan el desarrollo de actividades de consumo, ya que al exponer experiencias de consumo de

suplementos deportivos mediante los influencers o amistades y modificando el algoritmo que hace que al interactuar con contenido de este tipo sea más frecuente que se presente en el inicio de los usuarios, aunado a las necesidades de pertenencia o aceptación en los jóvenes que las utilizan, se puede afirmar en cierta medida su relación y el riesgo al bienestar de los individuos.

El problema de la dependencia puede llevar al individuo a la dificultad para abandonar este consumo haciéndolo parte de su todo al momento de entrenar, ya que, en cierta forma en el sentido físico, al no estar conforme con los resultados, puede provocar el uso de productos con un riesgo mayor como esteroides, anabólicos, sustancias dentro del fitness que pueden agraviar la salud en una mayor proporción y reforzando el consumo de estimulantes o de todo en conjunto, no solo afectando su salud, sino también su relación con los otros, su vida personal, social y física (Catalani, V., et al., 2021).

Dependiendo del nivel de las actividades físicas que se realizan dentro del gimnasio y del tiempo de consumo es probable que a mayor tiempo consumiendo mayor es la búsqueda de sustancias más fuertes, ya que al ser dependiente de estas y generar una tolerancia, los productos con contenido bajo de estimulantes no tendrán los mismos efectos en una persona que los consume a una que no lo hace o no depende de estos, provocando esta dependencia a sustancias, la incitación hacia adicciones.

Al ser desconocido el conocimiento sobre estas consecuencias, y al no ser explicadas por la mayoría de los influencers que promocionan los suplementos deportivos es común que las personas experimenten por sí mismos y lleguen a tener repercusiones, visibilizando la inconsciencia de su uso y la falta de orientación alimenticia y de regulación tanto de los mismos consumidores, vendedores, de quienes lo insinúan e influencers que los promocionan, en donde no hay una indagación científica previa por parte de los mismos y que hace su mal uso una actividad de exceso normalizada.

De este modo, la influencia de las redes sociales en el consumo de suplementos deportivos se refleja como una preocupación tanto a corto como a largo plazo en la sociedad juvenil actual, agravando la situación ya que como se está en constante evolución y en el mundo moderno se

tiene al alcance cualquier producto o servicio, direccionadas al consumismo, la dependencia a estos suplementos deportivos puede llegar a ser la pauta para generar en los usuarios la necesidad de búsqueda de alguna otra sustancia que les proporcione mayores efectos en un lapso de tiempo mayor, lo que genera preocupación, ya que se aumenta el riesgo de dependencia a corto plazo, lo que puede desencadenar problemas de resistencia y adicciones a largo plazo.

A pesar de que se encontró información relevante, es necesario mencionar la falta de datos nacionales sobre el consumo de suplementos deportivos, la limitada regulación que existe tanto del consumo como de los medios digitales que influyen negativamente en los conocimientos y prácticas de los jóvenes y del abordaje del quehacer profesional del Trabajo Social frente a este tipo de problemática social, lo cual revela la necesidad de establecer políticas y mecanismos de intervención en los ámbitos macro, meso y micro social. En este sentido, resulta imprescindible la implementación de políticas de regulación en la publicidad digital, que limiten la difusión de contenidos engañosos o dañinos relacionados con la imagen corporal y el consumo de productos poco saludables.

De manera complementaria, en el nivel meso, se propone el desarrollo de programas escolares y comunitarios de alfabetización digital y nutricional, orientados a fortalecer el pensamiento crítico frente a los mensajes de las redes sociales y a fomentar hábitos alimentarios y de autocuidado responsables. Finalmente, en el nivel micro, el acompañamiento y la orientación personalizada a jóvenes y familias se constituyen como acciones clave para promover la reflexión, la autoestima y el manejo saludable de la información y las emociones.

Estas estrategias deben enfocarse en la promoción de alternativas saludables, cultivando hábitos de vida que integren una alimentación equilibrada, ejercicio físico apropiado y el desarrollo de una imagen corporal positiva desde una visión integral. Paralelamente, se destaca la necesidad de un trabajo en red que vincule a padres, educadores y líderes comunitarios en la formación de espacios de apoyo; esta acción busca aminorar los riesgos asociados a la influencia negativa de las redes sociales, priorizando la salud integral de los jóvenes como un derecho fundamental, asimismo, la realización de las políticas encaminadas a la regulación de los medios y las acciones de consumo

podrán generar un equilibrio entre el consumo informado y la concientización sobre la publicidad digital.

Referencias

- Alejo-Hernández, A., Montiel-Ruiz, R., Roa-Coria, J., Perales-Torres, A. & Castillo-Ruiz, O. (2020). Consumo de suplementos nutricionales en personas que se ejercitan en gimnasios del norte de México, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(6), 650-656. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000097>
- Asociación Nacional de la Industria de Suplementos Alimenticios (ANAISA). (s.f.). *4Life*. <https://anaisa.mx/supdep-4life/>
- Avella, R. E., & Medellín Ruiz, J. P. (2012). *Conceptos y componentes de la actividad física y el fitness*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A). <https://repository.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/3c667e8a-1ad2-46a3-8bb5-9f0fb785e170/content>
- Baladia, Eduard, Moñino, Manuel, Martínez-Rodríguez, Rodrigo, Miserachs, Martina, Russolillo, Giuseppe, Picazo, óscar, Fernández, Teresa, & Morte, Víctor. (2022). Uso de suplementos nutricionales y productos a base de extractos de plantas en población española: un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(3), 217-229. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.26.3.1693>
- Bella, Y. F., Silva Cupido, S.R., Querido Inacio, P.A., Peixoto Sobral, M.L., & Viera, R.P. (2025). Pre-workout supplements and their effects on cardiovascular health: An integrative review. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 12(4), 112. <https://doi.org/10.3390/jcdd12040112MDPI+2>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). *Ley General de Salud* (p.265). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Catalani, V., Negri, A., Townshed, H., Simonato, P., Prilutskaya, M., Tippet, A., & Corazza, O. (2021). The market of sport supplement in the digital era: A netnographic analysis of perceived risks, side-effects and other safety issues. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.etched.2021.100014>

- Del Prete, A., & Redon Pantoja, S. (2020) Las redes sociales on-line: Espacios de socialización y definición de identidad. *Psicoperspectivas*, 19(1). 10.5027/psicoperspectivas-vol19-issue1-fulltext-1834
- Díaz, M. (2018). *Análisis de la influencia del uso de Instagram en la promoción de la cultura fitness en los usuarios de gimnasio en la ciudad de Cali - Colombia*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Occidente] Repositorio UAO. <https://red.uao.edu.co/server/api/core/bitstreams/05008b4c-b4b9-47a4-9d14-44b1fc70087d/content>
- Espinosa Cevallos, P.A. (2023). Análisis de las redes sociales más utilizadas por los niños y jóvenes. *Pol. Con.*, 8(5). DOI:8210.23857/pc.v8i5
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9295447.pdf&ved=2ahUKEwjzqOPZhqyQAxUoKkQIHYPHNCgQFnoECBoQAQ&usg=AOvVaw0XWFlhwe1tqBx5rC_SWHNZ
- Flores Cueto, J. J., Morán Corzo, J. J., & Rodríguez Vila, J. J. (2009). *Las redes sociales* [Boletín electrónico, Unidad de Virtualización Académica, Universidad de San Martín de Porres]. https://cdn.goconqr.com/uploads/media/pdf_media/15566608/5861ecda-54e6-41d1-9844-bcf2ca6a3662.pdf
- Flores, M. (2017, septiembre 4). *Consumo de suplementos alimenticios en México* [Discurso principal]. Conferencia de la Asociación Nacional de la Industria de Suplementos Alimenticios, Ciudad de México, México. <https://anaisa.mx/consumo-de-suplementos-alimenticios-en-mexico/>
- Gil-Fernández, R. & Calderón-Garrido, D. (2021). Implicaciones de la Teoría de Usos y Gratificaciones en las prácticas mediadas por redes sociales en el ámbito educativo. Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Aloma*, 39(2). <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/download/396316/489761>
- Giménez, S. (2023). *Redes sociales: Estado actual y tendencias 2023*. OBS Business School. <https://marketing.onlinebschool.es/Prensa/Informe%20OBS%20Tendencias%20Redes%20Sociales%202023.pdf>

- Gómez Nieto, B. (2018). El influencer: herramienta clave en el contexto digital de la publicidad engañosa. *Methaodos. Revista de ciencias sociales*, 6 (1).
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v6i1.212>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico {MOPRADEF}*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/mopradef/mopradef2022.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENDUTIH/ENDUTIH_23.pdf
- Lamothe Bustos, C. & Vergara García, M. (2023). *Utilización, Motivación y Fuentes de Información sobre Suplementos Deportivos en Estudiantes Físicamente Activos de la Universidad del Desarrollo en el año 2023* [Tesis de Licenciatura, Universidad del Desarrollo, Chile]
<https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/1da98700-2bc4-4614-9caf-782a54ffb9a1/content>
- Lupano Perugini, M.L., Diaz Kuaik, I., Caporiccio Trillo, M.A., & Castro Solano, A. (2022). Tipos de Uso de Internet y Redes Sociales. Análisis de Perfiles de Usuarios. *Revista de Psicología*. 18 (36).
- Magrini, M., Colquhoun, R., Dawes, J., & Smith, D. (2016). Effects of a Pre-workout Energy Drink Supplement on Upper Body Muscular Endurance Performance. *International Journal of Exercise Science*, 9(5), 667-667.10.70252/JJZR6040
- Martínez-Guerrero, C. (2018). Uso de redes sociales en las revistas científicas de la Universidad de Los Andes, Venezuela. *E-Ciencias de la Información*, 8 (1). <http://dx.doi.org/10.15517/eci.v8i1.28104>
- Merlos, E., & Rivera, N. (2021). *Los jóvenes y las redes sociales* [Documento PDF]. Fundación Nacional para el Desarrollo. <https://repo.funde.org/1733/1/RSocJ%C3%B3.pdf>
- Noticias al instante Saltillo. (2023, abril 27). *Joven muere en el GYM*. [publicación en red social]. Facebook
<https://www.facebook.com/100077416385294/posts/308628008394410/?mibextid=wwXIf&rdid=LKVulcDbP8BX7yiZ#>

- Ojeda-Martínez, Rosa Icela; Becerill Tello, Merit Nefernefer; Vargas, Luis Alberto La importancia del aprendizaje social y su papel en la evolución de la cultura. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 20 (2)
- Ospina González, J., Lizcano Rivera, C., & Londoño Velez, N. (2022). *Motivadores de compra de suplementos deportivos en entrenadores de gimnasios en la ciudad de Pereira*. [Universidad EAFIT]. Repositorio EAFIT. <https://repository.eafit.edu.co/server/api/core/bitstreams/22df22f1-01db-4dfa-8d83-5ed084a99da0/content>
- Palacios-Cabrera, A., Zhiminaicela-Cabrera, K., & Ávila-Rivas, V., (2024). Las redes sociales y su influencia en los hábitos de consumo, caso: Universidad Técnica de Machala. 593 *Digital Publisher CEIT*, 9(4), 312-322, <https://doi.org/10.33386/593dp.2024.4.2415>
- Panzitta, M. T., Pees Labory, J., Anger, V.E., Chulibert, M.E., Mayer, M.A., & Kalfaian, L. (2023). Influencia del uso de redes sociales sobre la conformidad con la imagen corporal. *Actualización en Nutrición*, 24(2). DOI: <https://doi.org/10.48061/SAN.2022.24.2.109>
- Rojas Delgadillo, L.G., Alanoca Quispe, L.B., Lozano Beltran, D.F., & Torrico, F. (2023). Consumo de ayudas ergogénicas nutricionales y farmacéuticas en personas que asisten a gimnasios del municipio de Cercado, Cochabamba. *Gaceta Medica Boliviana*, 46(2), 68–75. <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.683>
- Ruiz, A., Reyes, J., & García, M. (2023). *Factores culturales, sociales, personales y psicológicos asociados al comportamiento del consumidor final*. Facultad de Contaduría y Administración, UNAM. <https://repositorios.fca.unam.mx/investigacion/memorias/2023/13.01.pdf>
- Salas Suarez, L., Carfantan Guerrero, D., Sánchez Chavarria, A., & Hernández, A.P. (2024). Estudio sobre la influencia de las redes sociales en el consumo de productos nutricionales en jóvenes con edades entre 20-27 años. *Rhombus-ULACIT*, 4 (2) 10.63058rhombus.v4i2.227
- Sánchez, A., Miranda, M., & Guerra, E. (2008). Estudio estadístico del consumo de suplementos nutricionales y dietéticos en gimnasios. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3). <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-2/>

- Secretaría de Salud. (2022). *¿Qué dice la ciencia sobre las bebidas psicoactivas? Consumo de bebidas energizantes y sus implicaciones*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/807269/Consumo_de_bebidas_energizantes_y_sus_implicaciones.pdf
- Sfodera, F., Mattiacci, A., Nosi, C. & Mingo, I. (2020), Social networks feed the food supplements shadow market, *British Food Journal*, 122(5), 1531-1548. <https://doi.org/10.1108/BFJ-09-2019-0663>
- Soler Salazar, A., & Cardona García, A.M. (2019). Suplementos nutricionales en la industria del *fitness*. *Rev. Nutr. Clin. Metab*, 2(2), 60-66. DOI: <https://doi.org/10.35454/rncm.v2n2.008>
- Torres J. (2022). *Los suplementos y el fitness en México y el mundo: una industria en adelanto tecnológico y económico*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo]. Repositorio institucional URI. <http://hdl.handle.net/20.500.12249/2973>
- Valencia-Ortiz, R., Cabero-Almendra, J., & Garay Ruiz, U. (2021). Adicción a las redes sociales en estudiantes mexicanos: percepciones de discentes y docentes. *Tecnología, Ciencia y Educación*, 19, 103-122. <https://doi.org/10.51302/tce.2021.616>
- Wang, E.T.S (2025), Effects of social media influencer credibility on their followers' dietary supplement evaluations and purchase intentions. *Journal of Marketing Communications*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/13527266.2025.2462991>

Línea temática:

Salud sexual en jóvenes

Representaciones sociales de los estudiantes de la preparatoria José Vasconcelos respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los servicios de salud sexual que ofrece el CAPASITS Mazatlán

Jesús Ernesto Aguila Osuna¹
Marisela Rivera Montoya²

Resumen

El presente estudio aborda las representaciones sociales de los estudiantes de la Preparatoria Vasconcelos respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los servicios de salud sexual que ofrece el CAPASITS Mazatlán. La necesidad social identificada radica en el desconocimiento y las percepciones erróneas sobre las ETS y el uso de los servicios de salud, lo que ha generado comportamientos sexuales de riesgo y baja utilización de los recursos disponibles. El objetivo fue analizar las representaciones sociales de los estudiantes en relación con las ETS y los servicios del CAPASITS y sirva de base para diseñar un proyecto de intervención que promueva el acceso a información confiable y la reducción de estigmas.

La metodología fue de enfoque cualitativo, empleando técnicas como cuestionarios abiertos, entrevistas y observación participativa para obtener una comprensión profunda de las percepciones y comportamientos de los estudiantes. El análisis de datos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin (1977), organizando la información en categorías emergentes. Los

¹ Universidad Autónoma de Sinaloa

² Docente e investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa

resultados mostraron que el 66.67% de los estudiantes obtiene información sobre ETS a través de redes sociales y amigos, lo que promueve la desinformación. Ninguno de los estudiantes entrevistados conocía los servicios de CAPASITS y asocian las ETS con "falta de higiene" o "conductas inmorales", reflejando estigmas sociales arraigados. Ante estos hallazgos, se propone la implementación de un portal digital de información sobre salud sexual y servicios de CAPASITS, que facilite el acceso a información confiable y promueva comportamientos sexuales responsables entre los estudiantes.

Introducción

En México, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan un problema de salud pública, especialmente entre los jóvenes. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2022), las tasas de incidencia de ETS entre adolescentes y jóvenes adultos han mostrado un incremento sostenido en los últimos años, lo cual refleja una necesidad urgente de fortalecer las estrategias de prevención y educación en salud sexual. La adolescencia es una etapa crucial en la formación de la identidad y las actitudes hacia la sexualidad, periodo en el cual los jóvenes suelen recurrir a diversas fuentes de información, entre las que destacan las redes sociales y el entorno de pares. Sin embargo, esta dependencia de fuentes informales de información conlleva riesgos, ya que muchas veces los contenidos encontrados son incorrectos, incompletos o generan estigmas sobre las ETS.

El Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Mazatlán, Sinaloa, es una de las principales instituciones que brinda servicios especializados en salud sexual a la población. Sin embargo, su alcance y efectividad dependen en gran medida del conocimiento y las percepciones que la población tiene sobre sus servicios. En este contexto, los estudiantes de la Preparatoria Federal José Vasconcelos representan un grupo clave para analizar las representaciones sociales en torno a las ETS y el CAPASITS. El concepto de representaciones sociales, propuesto por Moscovici (1984), se refiere a los sistemas de valores, ideas y prácticas que las personas comparten y utilizan para interpretar el mundo que les rodea. Comprender las representaciones sociales que estos jóvenes tienen respecto a las ETS y los servicios de salud permite identificar las creencias, percepciones y estigmas que

influyen en sus conductas sexuales y en el uso de servicios como el CAPASITS.

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo y tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de los estudiantes de la Preparatoria Federal José Vasconcelos respecto a las ETS y los servicios de salud del CAPASITS Mazatlán. A través de entrevistas semiestructuradas, cuestionarios, observación participante y un análisis de contenido basado en la metodología de Bardin (1977), se identifican los principales patrones de percepción y conocimiento entre los estudiantes. Los resultados de esta investigación servirán como base para diseñar un proyecto de intervención educativa orientado a mejorar el acceso a información confiable y reducir los estigmas asociados a las ETS.

Desarrollo

En las últimas décadas, la construcción del conocimiento en torno a la sexualidad ha migrado progresivamente de los espacios formales hacia las plataformas digitales y los entornos de socialización juvenil. Investigaciones como las de García (2015) y Hernández (2019) confirman que los adolescentes suelen recurrir prioritariamente a redes sociales como Facebook, Instagram, TikTok o YouTube, así como a su círculo de amigos, para obtener información sobre sexualidad y relaciones afectivas. Si bien estas fuentes representan espacios accesibles y libres de juicio inmediato, también son vehículos de información fragmentada, sesgada o directamente errónea, lo que puede reforzar estigmas y perpetuar mitos sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

En este sentido Cabrera y Uribe (2019) destacan que este fenómeno de desinformación se ve agravado por el desconocimiento generalizado que los jóvenes tienen sobre los servicios de salud sexual especializados, como los que ofrecen los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). Al no conocer la existencia, funciones y enfoques integrales de estas instituciones, los adolescentes ven limitado su acceso a la prevención, al diagnóstico oportuno y al tratamiento especializado. Esta falta de información, vinculada a creencias erróneas y a estigmas sociales, favorece el mantenimiento de prácticas sexuales de riesgo y

contribuye al aumento sostenido en las tasas de infecciones de transmisión sexual entre la población juvenil.

En este contexto, el papel del Trabajo Social cobra relevancia estratégica como disciplina que aborda de manera holística las múltiples dimensiones del sujeto individual, relacional y estructural, permite identificar barreras invisibles que dificultan el acceso a los servicios de salud. Entre estas barreras destacan el miedo al rechazo, la vergüenza asociada a las ETS, la falta de confidencialidad percibida, así como obstáculos de tipo institucional, como horarios limitados, personal poco sensibilizado o instalaciones alejadas. El Trabajo Social, desde un enfoque preventivo y de justicia social, contribuye no solo al diagnóstico de estas problemáticas, sino también al diseño de estrategias de intervención pertinentes, culturalmente adecuadas y centradas en la participación de los jóvenes.

El análisis documental realizado en esta investigación permitió identificar diversos estudios que abordan la relación entre juventud, sexualidad y salud pública desde diferentes niveles. A nivel internacional, las investigaciones de Velasco y Garcés (2019), así como de Sepúlveda et al. (2021), evidencian un déficit persistente de conocimiento en los adolescentes respecto a ETS, métodos de protección y factores de riesgo. Elementos como el consumo de sustancias, la presión grupal, el inicio temprano de la vida sexual y la falta de educación sexual integral se combinan con estigmas y normas culturales que perpetúan la desinformación y dificultan el acceso a servicios especializados.

Mientras que, en el plano nacional, investigaciones como las de Flores (2003) subrayan que los programas de educación sexual en el sistema educativo mexicano continúan siendo insuficientes, ya sea por falta de implementación efectiva o por resistencias socioculturales. Asimismo, se ha observado una tendencia en los adolescentes a centrar su preocupación en la prevención del embarazo, dejando en segundo plano la protección frente a las ITS. Este enfoque parcial limita la comprensión integral del cuidado sexual y disminuye la eficacia de las políticas públicas dirigidas a la juventud.

Por último, en el ámbito local, particularmente en la ciudad de Mazatlán, se identifica una importante laguna de conocimiento

académico sobre las representaciones sociales que los adolescentes construyen en torno a las ETS y los servicios que ofrece el CAPASITS Mazatlán. Esta ausencia de estudios sistemáticos representa un desafío para el diseño de estrategias de intervención adecuadas al contexto social, educativo y cultural de la región. Aunque trabajos como los de Castro (2021) y Vargas (2021) han explorado las representaciones sociales que los adolescentes tienen sobre las ETS, ninguno de ellos profundiza en la conexión entre estas representaciones y la forma en que los jóvenes acceden o se vinculan con los servicios de salud sexual.

Esta brecha teórica y metodológica refuerza la pertinencia de la presente investigación, que busca comprender las representaciones sociales de los estudiantes de nivel medio superior respecto a las ETS y a los servicios ofrecidos por el CAPASITS Mazatlán. Comprender cómo los adolescentes configuran sus ideas, miedos, creencias y percepciones sobre estos temas no solo permite dimensionar las barreras que enfrentan, sino también diseñar propuestas de intervención educativa y comunicacional que favorezcan el acceso informado, libre de estigmas y con enfoque de derechos.

Fundamentación teórica

Las representaciones sociales (RS) son un concepto clave en la psicología social, introducido por Sergei Moscovici. Estas representan formas de conocimiento socialmente elaboradas y compartidas, que permiten a los individuos y grupos interpretar y dar sentido a su entorno. Según Moscovici, las RS son sistemas de valores, ideas y prácticas que ayudan a las personas a orientarse en su mundo material y social, y a dominarlo. No solo reflejan la realidad, sino que también la construyen, influenciando actitudes, comportamientos y la percepción de fenómenos específicos (Moscovici, 1961).

Denise Jodelet, una de las principales exponentes de la teoría de las representaciones sociales desarrollada inicialmente por Serge Moscovici, plantea que estas son formas de conocimiento que actúan como herramientas para interpretar y estructurar la realidad. Las representaciones sociales no solo reflejan percepciones individuales, sino que están profundamente enraizadas en contextos sociales y culturales que influyen en cómo las personas comprenden y responden a fenómenos complejos (Jodelet, 1986).

En el contexto del presente estudio, que analiza las RS de estudiantes de nivel medio superior sobre la ETS y los servicios de salud especializados como los CAPASITS, la teoría de las RS resulta especialmente pertinente. Las RS no son meros reflejos pasivos de la realidad; son construcciones activas que surgen de la interacción entre los individuos y su entorno. Esto implica que las creencias, actitudes y conocimientos de los estudiantes sobre las ETS y los CAPASITS están moldeados por interacciones en sus entornos como su educación, las redes sociales, las experiencias familiares y las narrativas culturales predominantes.

La teoría secundaria del aprendizaje social de Albert Bandura subraya la importancia del entorno social y los medios de comunicación en la adquisición de comportamientos y conocimientos. Los adolescentes aprenden observando e imitando a sus pares y consumiendo información de los medios electrónicos. Esta teoría destaca la necesidad de proporcionar modelos positivos y fuentes de información confiables que los jóvenes puedan observar y emular. La implementación de programas educativos y campañas de sensibilización que utilicen estos medios puede ser particularmente efectiva para promover comportamientos sexuales saludables y responsables. Bandura (1977) sostiene que el aprendizaje humano no ocurre únicamente a través de la experiencia directa, sino también mediante la observación del comportamiento de otras personas y de las consecuencias que obtienen a partir de sus acciones.

La decisión de tomar estas dos teorías es porque la teoría de las representaciones sociales nos ayuda a entender el "qué" y el "por qué" de las creencias de los adolescentes sobre las ETS y CAPASITS, mientras que la teoría del aprendizaje social nos muestra el "cómo" estas creencias y comportamientos se forman y pueden ser cambiados. Ambas teorías juntas nos proporcionan una base sólida para diseñar intervenciones efectivas que mejoren la salud sexual de los estudiantes de la Preparatoria José Vasconcelos.

Metodología

El presente estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, alineado con la necesidad de analizar las representaciones sociales de los estudiantes respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y

los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). Este enfoque permite interpretar las experiencias y narrativas de los participantes desde su contexto sociocultural, capturando la complejidad de los significados y actitudes que configuran sus percepciones sobre la salud sexual. Según Denzin y Lincoln (2005), el método cualitativo es ideal para explorar fenómenos sociales complejos, proporcionando una visión integral de cómo los individuos construyen y reinterpretan sus realidades. En este caso, las representaciones sociales son abordadas desde su dinamismo e interacción con factores culturales, discursivos y educativos, como señalan Moscovici (1984) y Jodelet (1986). Este enfoque es esencial para desarrollar intervenciones educativas y políticas de salud efectiva y culturalmente pertinente para los estudiantes.

Por lo tanto, el enfoque también permite obtener una comprensión detallada de cómo los estudiantes perciben y utilizan los servicios de salud sexual, considerando el contexto cultural, social y personal de los participantes (Flick, 2014). La flexibilidad del método cualitativo es crucial, permitiendo adaptar y modificar el diseño de la investigación según los hallazgos emergentes, lo cual es vital para responder a descubrimientos inesperados y ajustar los métodos de recolección de datos según sea necesario (Merriam, 2009). Además, proporciona una comprensión rica y matizada de las representaciones sociales de los estudiantes de la Prepa Vasconcelos sobre las ETS y el CAPASITS. Este enfoque permite no solo describir estas percepciones, sino también explicar las dinámicas y contextos que las conforman, ofreciendo una base sólida para desarrollar intervenciones educativas y de salud pública más efectivas y contextualizadas.

Para llevar cabo la investigación, se emplean el método de investigación-acción con enfoque fenomenológico. Esta metodología busca describir y comprender los fenómenos tanto desde la perspectiva individual de los participantes como desde una visión colectiva. Se fundamenta en el análisis de discursos y temas, explorando los posibles significados que surgen de ellos. Al utilizar el enfoque fenomenológico con el de investigación-acción responde a la necesidad de comprender de manera profunda y transformadora las RS de los estudiantes respecto a las ETS y el papel de instituciones como CAPASITS.

La fenomenología resulta fundamental para explorar y describir las experiencias vividas por los estudiantes en torno a las ETS y las fuentes de información que influyen en sus percepciones. Para Hernández (2019) Este enfoque permite captar el sentido subjetivo que los jóvenes atribuyen a estos fenómenos, profundizando en sus perspectivas individuales y colectivas. A través de la descripción de sus vivencias, se busca identificar patrones, significados y emociones relacionadas con la adquisición de conocimiento sobre sexualidad y el impacto de los pares e internet en su comprensión del tema.

Por otro lado, el método de investigación-acción es esencial para intervenir de manera activa en el contexto estudiado. Este enfoque permite no solo diagnosticar las representaciones sociales, sino también diseñar y aplicar estrategias que promuevan un cambio positivo en la forma en que los estudiantes se informan y reflexionan sobre las ETS. Mediante la participación de los involucrados, este método fomenta la construcción de conocimientos y soluciones adaptadas a las necesidades específicas del grupo. Por consiguiente, Elliott (1993) sostiene que la investigación-acción transforma a los involucrados en investigadores de su propia práctica, promoviendo una colaboración activa que permite la construcción conjunta de conocimientos y soluciones adaptadas a las necesidades específicas del grupo.

La utilización de este método ofrece una perspectiva integral: el enfoque fenomenológico garantiza una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias individuales, mientras que la investigación-acción facilita la implementación de intervenciones prácticas y dinámicas para generar un impacto positivo en la comunidad estudiantil. De esta manera, se asegura que los hallazgos no solo sean descriptivos, sino también útiles y aplicables, contribuyendo al desarrollo de estrategias educativas y preventivas en torno a la sexualidad y las ETS.

Se aplicaron entrevistas, cuestionarios y observaciones como instrumentos cualitativos clave en el proceso de recolección de datos. Estas herramientas se implementaron en el marco de un taller participativo, el cual funcionó como espacio metodológico para facilitar la interacción, el diálogo y la reflexión colectiva entre los participantes.

La muestra estuvo conformada por 12 estudiantes, de los cuales seis se identificaron como hombres, cinco como mujeres y uno como persona no binaria, lo que permitió incorporar una perspectiva de género diversa y representativa. Cabe aclarar que el taller no constituye en sí mismo una herramienta de recolección de datos, sino que funcionó como un contexto estructurado que posibilitó el desarrollo de las demás técnicas mencionadas.

Las entrevistas nos permiten explorar las experiencias y percepciones individuales de los estudiantes en un entorno seguro y confidencial, lo cual es fundamental para comprender cómo sus contextos sociales y culturales influyen en su visión sobre la salud sexual (Patton, 2002). Los cuestionarios complementan las entrevistas al captar una diversidad de perspectivas de manera estructurada, pero sin limitar las respuestas de los participantes. Esto permite analizar patrones y tendencias en las representaciones sociales de los adolescentes respecto a las ETS y los CAPASITS (Flick, 2014).

Por su parte, las observaciones participativas permiten registrar dinámicas sociales y comportamientos en tiempo real, proporcionando datos contextuales que enriquecen el análisis (Denzin & Lincoln, 2005). Finalmente, los talleres participativos fomentan la interacción grupal y la reflexión colectiva, lo cual resulta especialmente útil en el trabajo social para generar espacios de diálogo donde los participantes puedan compartir y cuestionar sus creencias, así como construir nuevas comprensiones sobre la salud sexual (Freire, 1970).

Diagnóstico

El diagnóstico de la investigación fue estructurado considerando cinco aspectos clave, alineados con los hallazgos del pilotaje y los objetivos del estudio. Estos cinco puntos permiten abordar los factores clave que influyen en las representaciones sociales de los estudiantes sobre las ETS y los CAPASITS, facilitando la intervención desde el Trabajo Social para promover la educación, prevenir el estigma y mejorar el acceso a los servicios de salud sexual.

Fuentes de Información sobre Salud Sexual: Este punto busca identificar las principales fuentes utilizadas para orientar intervenciones educativas y garantizar acceso a información confiable.

Conocimiento sobre CAPASITS: Este apartado permite evaluar el nivel de conocimiento sobre estas instituciones y diseñar estrategias de difusión para promover su uso.

Percepción del riesgo de contraer ETS: Este ayuda a identificar creencias erróneas sobre el riesgo, fundamentales para fomentar comportamientos preventivos.

Influencia de las redes sociales y pares: Explora cómo estas influencias modelan actitudes y comportamientos, lo que facilita el diseño de estrategias educativas basadas en estas plataformas.

Estigmatización y barreras sociales: Busca identificar las barreras sociales y culturales para desarrollar campañas que reduzcan el estigma y promuevan la inclusión.

Análisis de contenido

Teoría del análisis de contenido según Bardin (1977), se consideró como una herramienta esencial para la investigación cualitativa, ya que permite explorar fenómenos complejos de manera estructurada y profunda. Su aplicación es relevante en el estudio de las RS, dado que permite identificar los significados atribuidos a fenómenos sociales y cómo estos influyen en las actitudes y comportamientos de los individuos.

El enfoque de Bardin (1977) es especialmente útil para explorar fenómenos sociales y culturales a través del análisis de discursos, entrevistas y textos. En un estudio sobre representaciones sociales de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el análisis de contenido es indispensable para identificar: patrones de desinformación en las narrativas de los participantes, temas recurrentes sobre estigmas asociados a las ETS y relación entre las fuentes de información y el nivel de conocimiento de los encuestados. En cuanto a la categorización permite organizar los resultados en temas clave, permitiendo identificar patrones específicos en las representaciones sociales. Para el análisis temático este enfoque posibilita enfatizar en cómo las redes sociales y los pares influyen en la construcción de representaciones, reforzando creencias erróneas. Asimismo, en la triangulación combina los datos de diferentes fuentes (cuestionarios, observaciones y entrevistas) para validar los hallazgos. El análisis desde la perspectiva de Bardin permitió

desentrañar las representaciones sociales de los estudiantes, destacando los retos asociados a la desinformación, el estigma y el desconocimiento sobre los servicios de salud sexual. Este enfoque sistemático no solo facilitó la organización de los resultados, sino también la generación de propuestas concretas para intervenir desde el Trabajo Social y educativo.

Resultados

Los estudiantes de la Preparatoria Vasconcelos enfrentan una serie de desafíos relacionados con su conocimiento, percepción y uso de los servicios de los CAPASITS. Los siguientes resultados evidencian el nivel de información sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) es limitado y, en su mayoría, proviene de fuentes no formales, como redes sociales, conversaciones entre pares o búsquedas en internet. Estas fuentes, aunque accesibles, suelen carecer de rigor científico, perpetuando mitos y creencias erróneas sobre las ETS y los servicios de salud sexual (Moscovici, 1984; Jodelet, 1986).

La desconexión con los CAPASITS es evidente, ya que los estudiantes carecen de un marco referencial claro sobre qué son estos centros, qué servicios ofrecen y cómo podrían beneficiarse de ellos. Esta falta de conocimiento refleja lo que Jodelet (1986) denomina una representación ausente, en la cual no existe un marco simbólico compartido sobre el tema. Este vacío informativo dificulta que los jóvenes reconozcan a los CAPASITS como un recurso esencial en la prevención y tratamiento de las ETS.

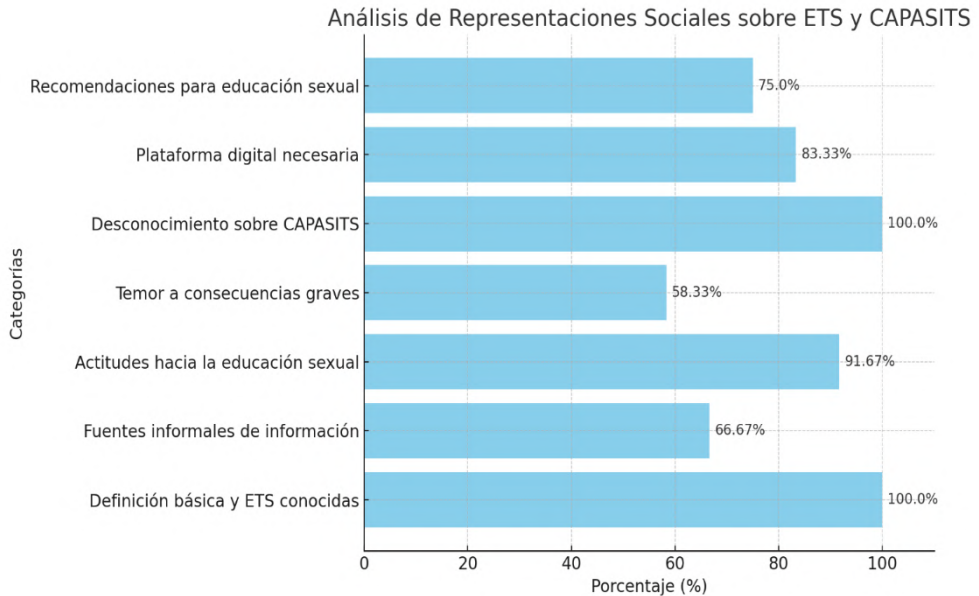
Desde la perspectiva del Trabajo Social, esta desconexión representa un obstáculo significativo para garantizar el acceso equitativo a servicios de salud esenciales. Según Aguilar (2006), el Trabajo Social tiene como misión identificar y mitigar las desigualdades estructurales que afectan a los grupos vulnerables, promoviendo el acceso a recursos y servicios comunitarios. En este caso, los estudiantes constituyen una población prioritaria para intervenciones que reduzcan las barreras al conocimiento y uso de los CAPASITS.

Además, el estigma social y la desinformación sobre las ETS generan barreras emocionales y psicológicas que inhiben a los estudiantes de buscar orientación o atención médica especializada. Muchos asocian las ETS con comportamientos moralmente juzgados,

lo que refuerza sentimientos de vergüenza y miedo al rechazo. Desde la perspectiva de las representaciones sociales, este estigma es el resultado de construcciones sociales que asocian las ETS con conductas desviadas, perpetuando exclusión y discriminación (Jodelet, 1986; Moscovici, 1984).

Figura 1

Representación gráfica categorías.



Nota. Elaboración propia, 2024.

El estudio sobre las representaciones sociales de los estudiantes de la Preparatoria Vasconcelos en relación con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los servicios de CAPASITS reveló limitaciones significativas en su conocimiento, dependencia de fuentes informales, emociones marcadas por el estigma y un desconocimiento generalizado de los recursos especializados disponibles.

Resultados organizados por ejes temáticos

Eje 1. Fuentes de información sobre sexualidad y ETS

Los resultados obtenidos evidencian que la principal fuente de información sobre sexualidad en los estudiantes es el entorno digital, específicamente redes sociales como TikTok, Facebook, YouTube o

Instagram. Este hallazgo coincide con lo reportado por García (2015) y Hernández (2019), quienes advierten que los adolescentes recurren cada vez menos a fuentes institucionales o académicas, prefiriendo espacios más accesibles, pero menos regulados.

Desde la perspectiva de las representaciones sociales, esta preferencia por redes sociales no es casual: responde a construcciones simbólicas de confianza, inmediatez y anonimato que ofrecen estas plataformas (Moscovici, 1984). Sin embargo, este mismo entorno favorece la circulación de mitos, juicios morales y desinformación, situación que ha sido señalada también por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020).

En efecto, 62.5 % de los estudiantes señaló informarse sobre ETS en redes sociales, mientras que solo un 12.5 % mencionó la escuela o la familia como fuentes formales. Esta realidad representa un desafío urgente para las estrategias educativas en salud sexual, pues al dejar este campo en manos del entorno digital, las representaciones sociales tienden a reforzar estereotipos y temores más que a promover conocimientos científicos (UNESCO, 2018).

A lo anterior se suma la influencia significativa del grupo de pares: el 25 % de los estudiantes dijo basarse en lo que dicen sus amigos para tomar decisiones sobre relaciones sexuales o uso de métodos de protección. Como plantean Bandura (1977) y Giddens (1991), los procesos de socialización secundaria ejercen un fuerte peso en la construcción de la identidad y las normas de conducta, especialmente en temas tabú como la sexualidad. Así, la validación social se convierte en un factor más influyente que la información científica.

Eje 2. Conocimiento y percepciones de las ETS

Los resultados obtenidos permiten identificar que la percepción de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) entre los estudiantes está marcada por una serie de estigmas, desinformación y juicios morales, lo cual concuerda con lo propuesto por Jodelet (1986) respecto al papel de las representaciones sociales como estructuras que dan sentido al mundo social pero que, al mismo tiempo, pueden reforzar prejuicios profundamente arraigados.

En el estudio, 65 % de los estudiantes asociaron las ETS con conceptos como “falta de higiene”, “irresponsabilidad” o “comportamientos inmorales”, lo cual evidencia que existe una imagen colectiva negativa vinculada al contagio. Este tipo de representaciones, según Moscovici (1984), no solo cumplen una función explicativa, sino también normativa y simbólica, ya que permiten al grupo establecer fronteras entre “nosotros” (los sanos) y “ellos” (los enfermos o irresponsables).

Estas asociaciones estigmatizantes afectan directamente la prevención y el acceso a servicios de salud sexual. Tal como advierte Hernández (2019), los adolescentes que internalizan representaciones negativas sobre las ETS tienden a evadir el diagnóstico, evitar el uso del condón o rechazar acudir a servicios especializados como el CAPASITS, por temor a ser etiquetados o juzgados. En este sentido, el estigma opera como una barrera psicosocial, invisible pero poderosa.

Además, el estudio revela una baja percepción de riesgo: el 70 % de los estudiantes no se considera vulnerable a contraer una ETS, a pesar de reconocer prácticas sexuales sin protección entre sus pares. Esta disonancia cognitiva puede explicarse, según Freire (1970), como una consecuencia de la falta de educación crítica, donde el conocimiento no se integra a la experiencia ni genera transformación en la conciencia del sujeto.

Este hallazgo se alinea con lo expuesto por Martínez (2017), quien señala que el desconocimiento sobre ETS no solo está vinculado a la ignorancia médica, sino a una estructura simbólica que trivializa la sexualidad juvenil o la asocia exclusivamente con la culpa, el miedo o la vergüenza. Por ello, promover representaciones más informadas, empáticas y centradas en los derechos humanos es una necesidad urgente en contextos educativos.

Eje 3. Uso y conocimiento de los servicios de CAPASITS

Uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio fue el nulo conocimiento de los estudiantes respecto a los servicios que ofrece el CAPASITS Mazatlán, a pesar de que dicha institución es el principal centro especializado en atención integral para personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la región. Ninguno de los participantes pudo describir correctamente la función del CAPASITS,

y aquellos que dijeron haber “escuchado” de él, lo asociaron exclusivamente con la atención a personas con VIH, reforzando la idea de que es un espacio “para contagiados”.

Este desconocimiento no es casual tal como lo expone Hernández (2019), los servicios especializados como los CAPASITS suelen estar rodeados de estigmas institucionales, lo que genera temor, vergüenza o incluso rechazo por parte de los adolescentes, quienes perciben que acudir a estos centros implicaría una admisión pública de haber adquirido una ETS. Esta percepción social funciona como una barrera simbólica y social que invisibiliza los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes.

La falta de difusión adecuada sobre los servicios del CAPASITS también está relacionada con la limitada articulación entre el sector salud y el sistema educativo. Aunque los marcos normativos nacionales e internacionales reconocen el derecho de los adolescentes a acceder a información veraz, científica y laica sobre salud sexual (CNDH, 2018; OMS, 2020), en la práctica se observa un vacío institucional que impide que los estudiantes conozcan las rutas de atención disponibles.

Además, en el trabajo de campo se identificó que muchos estudiantes no tienen claridad sobre cuándo, cómo o por qué acudir a un servicio especializado, lo cual evidencia la necesidad de incorporar estrategias educativas y digitales que conecten directamente a los jóvenes con estas instituciones. Esta propuesta se alinea con lo planteado por Covello y Sandman (2001) sobre la necesidad de comunicar el riesgo desde la confianza, la claridad y la empatía.

En consecuencia, la propuesta de crear un portal digital educativo vinculado al CAPASITS, donde los estudiantes puedan acceder a información verificada, resolver dudas de forma confidencial y conocer los servicios disponibles, surge como una estrategia clave para reducir el estigma, fomentar la prevención y garantizar el derecho a la salud sexual integral.

Eje 4. Influencia de los medios digitales y los pares

La investigación evidenció que los adolescentes obtienen la mayor parte de la información sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual (ETS) y relaciones afectivas a través de redes sociales como TikTok,

Instagram y Facebook, así como a través de conversaciones informales con sus pares. Esta tendencia se encuentra alineada con lo reportado por Franco y Hernando (2023), quien advierte sobre el aumento de la desinformación sexual juvenil en entornos digitales no regulados, donde abundan contenidos erróneos, moralizantes o estigmatizantes.

El 80 % de los estudiantes participantes manifestó que desearía contar con un espacio digital seguro y confiable para resolver dudas sobre sexualidad. Sin embargo, en ausencia de estos espacios formales, recurren a lo que tienen a la mano: publicaciones virales, youtubers, influencers o cadenas de mensajes reenviados, los cuales rara vez cuentan con validación científica. Esta situación representa una vulnerabilidad importante, ya que los medios digitales, en lugar de contribuir a la construcción de representaciones sociales informadas, tienden a reforzar prejuicios, estereotipos de género y mitos sobre las ETS (Navarro, 2020).

Asimismo, los amigos y compañeros de escuela funcionan como una red de aprendizaje informal. Aunque esta socialización horizontal puede facilitar la apertura y el diálogo entre adolescentes, también implica la reproducción acrítica de ideas erróneas. Por ejemplo, algunos estudiantes aseguraron que el VIH ya “se cura” o que “solo las personas promiscuas se contagian”, ideas que reflejan la ausencia de una educación sexual integral en sus contextos familiares y escolares.

Desde la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), es comprensible que los jóvenes construyan sus creencias observando e imitando lo que ven en su entorno inmediato. Pero cuando el entorno está saturado de desinformación, el aprendizaje se convierte en un proceso de riesgo. De ahí la importancia de promover entornos digitales diseñados con perspectiva pedagógica y enfoque en derechos humanos, que contrarresten el impacto negativo de los contenidos virales y fortalezcan el pensamiento crítico de los adolescentes.

Estas conclusiones refuerzan la necesidad de consolidar estrategias de intervención comunitaria y educativa que no criminalicen el uso de redes sociales, sino que las transformen en aliadas estratégicas para la promoción de la salud sexual juvenil.

Eje 5. Estigmatización y actitudes en torno a las ETS

El 65 % de los estudiantes expresó percepciones estigmatizantes, relacionando las ETS con conceptos como “falta de higiene”, “irresponsabilidad” o “comportamientos inmorales”. Estas representaciones afectan no solo la forma en que los jóvenes comprenden la sexualidad, sino también las decisiones que toman respecto al cuidado de su salud.

Las actitudes negativas también se extienden hacia quienes viven con alguna ITS o asisten a servicios especializados como el CAPASITS. A pesar de que el 100 % de los participantes desconocía la existencia de estos centros, al escuchar la palabra “CAPASITS”, varios estudiantes la asociaron exclusivamente con VIH o SIDA, y con personas marginadas o de ciertos grupos sociales. Este fenómeno es descrito por Hernández (2019), quien destaca que los estigmas culturales ligados a las ETS limitan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual, incluso cuando estos son gratuitos y están disponibles.

El estigma, al estar profundamente arraigado en creencias morales, religiosas o familiares, dificulta la conversación abierta sobre sexualidad y salud. Muchos jóvenes temen ser juzgados o etiquetados si expresan interés en informarse, hacerse una prueba o acudir a consulta. En ese sentido, la invisibilización de las ETS como un tema cotidiano y legítimo refuerza la cultura del silencio.

No obstante, también emergen señales positivas. El 60 % de los estudiantes manifestó estar dispuesto a recibir educación sexual integral, entendida no solo como información sobre métodos anticonceptivos, sino como una formación que aborde derechos sexuales, prevención, autocuidado, consentimiento y diversidad. Esta apertura representa una oportunidad para el Trabajo Social desde la intervención educativa en salud.

En línea con la propuesta de la UNESCO (2018), la educación sexual integral se presenta como un eje transformador para reducir estigmas, modificar las representaciones sociales negativas y fomentar conductas responsables. Desde el enfoque del Trabajo Social crítico, resulta urgente generar espacios seguros, accesibles y libres de juicio donde los jóvenes puedan construir saberes sobre su sexualidad de manera reflexiva, libre y digna.

Por otra parte, los hallazgos de esta investigación ofrecen un aporte significativo al fortalecimiento de las políticas públicas en materia de salud sexual, particularmente aquellas dirigidas a adolescentes y jóvenes. El hecho de que un porcentaje importante del estudiantado desconozca los servicios que brinda el CAPASITS Mazatlán y que aún persistan representaciones sociales cargadas de estigma, desinformación y mitos sobre las ETS, evidencia la necesidad de mejorar las estrategias de comunicación, educación y atención en salud sexual. Este diagnóstico cualitativo sirve como base empírica para que instituciones como la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Mexicano de la Juventud y los organismos de atención a poblaciones vulnerables, diseñen intervenciones más efectivas e inclusivas.

Desde el punto de vista normativo, la investigación se encuentra alineada con diversos instrumentos legales y de política pública tanto nacionales como internacionales:

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, en su **Artículo 4º**, establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, lo que abarca el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- **Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA)**, en su **Artículo 50**, señala que las autoridades deben garantizar el acceso a información, orientación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, de manera accesible, confidencial y sin discriminación, con pertinencia cultural y enfoque de derechos humanos.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015**, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años, establece lineamientos para la atención integral de los adolescentes, incluyendo educación sexual, prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- **Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes en México** (CNDH, 2018), que garantiza el derecho a una educación integral en sexualidad, el derecho a acceder a servicios de salud sexual y el derecho a una vida libre de violencia y estigmas por razones de género o preferencia sexual.

- **Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, que han enfatizado en sus informes (2020, 2023) la importancia de implementar políticas de salud sexual basadas en evidencia, con enfoque de juventudes y perspectiva de derechos.

En este sentido, el presente trabajo no solo visibiliza las brechas existentes en el conocimiento y acceso a los servicios, sino que propone un diagnóstico útil para alimentar los mecanismos de evaluación y rediseño de políticas públicas. Su implementación puede contribuir a mejorar la respuesta institucional ante problemáticas relacionadas con las ETS, la prevención del VIH y la promoción de los derechos sexuales de los adolescentes, desde un enfoque integral y con la participación de los actores escolares.

Conclusiones

Desde la perspectiva del Trabajo Social, estos hallazgos destacan la necesidad de una intervención integral que aborde las desigualdades estructurales y culturales que perpetúan el desconocimiento y el estigma en la comunidad estudiantil a las ETS. Un aspecto central es el conocimiento limitado y las representaciones sociales estigmatizantes sobre las ETS. Los estudiantes presentan un entendimiento fragmentado, enfocado casi exclusivamente en el VIH, al que asocian con consecuencias graves como la muerte o una calidad de vida reducida. Estas representaciones, descritas por Jodelet (1986) como construcciones sociales compartidas, no solo refuerzan el miedo y la vergüenza, sino que también dificultan la búsqueda de información y la adopción de comportamientos preventivos. Desde el Trabajo Social, esta situación requiere estrategias educativas que transformen estas representaciones, fomentando actitudes positivas hacia la salud sexual.

La desconexión total con los CAPASITS es otro desafío crítico. La "representación ausente" (Moscovici, 1984) refleja la invisibilidad de estas instituciones entre los estudiantes, lo que limita su percepción como un recurso accesible y confiable. El Trabajo Social, al actuar como puente entre las instituciones y las comunidades, tiene la responsabilidad de visibilizar los CAPASITS dentro del entorno escolar, promoviendo su uso mediante estrategias de difusión culturalmente sensibles y accesibles.

La dependencia de fuentes informales como redes sociales, amigos y familiares refuerza las representaciones distorsionadas y evidencia la insuficiencia de la educación sexual formal. Según Bandura (1977), el aprendizaje se construye a partir de la observación de modelos confiables, pero en este caso, la ausencia de fuentes educativas estructuradas perpetúa la desinformación. Desde el Trabajo Social, es imprescindible promover programas educativos integrales que combinen enfoques científicos con herramientas interactivas y tecnológicas adaptadas a los intereses de las nuevas generaciones.

Finalmente, el miedo y la vergüenza asociados a las ETS constituyen barreras emocionales significativas que dificultan la búsqueda de información y el uso de servicios. Estas emociones, como señala Jodelet (1986), son parte del componente afectivo de las representaciones sociales, condicionando las actitudes de los jóvenes. Desde el Trabajo Social, es esencial desarrollar talleres y dinámicas participativas que permitan a los estudiantes reflexionar sobre sus emociones, reducir el estigma y normalizar la conversación sobre salud sexual.

Precisamente para el Trabajo Social, estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias transformadoras que no solo informen, sino que también sensibilicen y empoderen a los estudiantes. La integración de los CAPASITS al entorno escolar, el fortalecimiento de la educación sexual formal y la reducción de estigmas son acciones clave para garantizar el bienestar y la salud integral de la comunidad estudiantil, alineándose con los principios de justicia social y cambio estructural que guían la profesión.

Replicabilidad y adaptabilidad del modelo de intervención

Una de las fortalezas clave de esta investigación es su potencial de replicabilidad en contextos educativos similares, tanto en el estado de Sinaloa como en otras regiones del país. La metodología utilizada basada en entrevistas semiestructuradas, análisis de contenido y talleres participativos es flexible y de fácil adaptación a otros entornos escolares de nivel medio superior, públicos o privados, que enfrenten problemáticas relacionadas con desinformación sobre salud sexual, estigmatización de las ETS y desconocimiento de los servicios especializados como los CAPASITS.

La estructura del diagnóstico permite replicar el diseño metodológico sin necesidad de recursos excesivos, lo que lo convierte en una herramienta viable para instituciones educativas, centros de salud y dependencias gubernamentales interesadas en generar intervenciones contextualizadas y participativas. Además, el proyecto se apoya en instrumentos validados y prácticas pedagógicas centradas en el estudiante, lo que facilita su integración en programas escolares de educación sexual integral y promoción de la salud.

Otro aspecto relevante en la replicabilidad es el uso estratégico de herramientas digitales, como el diseño del portal informativo y el uso de códigos QR vinculados a sitios oficiales (CAPASITS, CENSIDA, OMS), lo cual permite una actualización constante del contenido, fomenta el acceso seguro a información confiable y puede ajustarse fácilmente a nuevas plataformas o realidades sociotecnológicas. Este componente digital garantiza que el modelo pueda escalarse a diferentes contextos sin perder su efectividad.

Finalmente, el enfoque participativo que implica a los propios estudiantes en el diagnóstico y en la construcción de soluciones locales garantiza mayor aceptación y apropiación del proyecto, condición indispensable para que un modelo sea replicable con éxito. Así, se promueve no solo la transferencia metodológica, sino también un modelo de intervención sostenible y empoderador, centrado en los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, acorde a los principios establecidos por organismos internacionales como la UNESCO (2018) y la OMS (2023).

Recomendaciones finales

A partir de los hallazgos obtenidos y del análisis teórico realizado, se proponen las siguientes líneas de acción orientadas a mejorar el acceso, el conocimiento y la percepción de los adolescentes respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los servicios que ofrece el CAPASITS Mazatlán. Las propuestas buscan no solo atender las necesidades identificadas, sino también incidir estructuralmente en la transformación de las representaciones sociales que obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

1. Implementación de recursos digitales

En un contexto donde las redes sociales y las plataformas digitales son las principales fuentes de información para los adolescentes (García, 2015; Hernández, 2019), resulta crucial diseñar estrategias que incorporen estos entornos de forma segura y educativa. Se recomienda la creación de una plataforma digital interactiva y adaptada culturalmente, que integre contenido confiable, validado científicamente, sobre ETS, métodos de prevención, uso correcto del condón, salud sexual y servicios disponibles en CAPASITS. Esta plataforma debe permitir la resolución anónima de dudas y la interacción mediante lenguaje juvenil y recursos visuales atractivos (videos, infografías, podcasts), favoreciendo así el aprendizaje observacional descrito por Bandura (1977), donde los adolescentes adquieren conductas saludables al observar modelos positivos.

Además, esta propuesta se alinea con el enfoque del Trabajo Social crítico que impulsa Aguilar (2006), quien señala la necesidad de adaptar las herramientas de intervención a los contextos sociales específicos. Un recurso digital diseñado desde la perspectiva de derechos y con sensibilidad cultural no solo empodera a los jóvenes, sino que también contribuye a la democratización del conocimiento.

2. Promoción de los CAPASITS

Uno de los hallazgos más contundentes de esta investigación fue el desconocimiento casi total que los estudiantes tienen sobre los servicios que ofrece el CAPASITS Mazatlán. Esta invisibilidad institucional refuerza representaciones sociales negativas y limita el acceso efectivo a la salud sexual. Por ello, se sugiere el diseño y la ejecución de campañas de difusión dirigidas específicamente al entorno escolar, que visibilicen al CAPASITS como una institución cercana, accesible, profesional y libre de juicio. Estas campañas deben estar orientadas por los principios de la psicología social de las representaciones (Moscovici, 1984), entendiendo que al hacer visible al CAPASITS como parte del entorno cotidiano de los estudiantes, se reconfiguran las imágenes mentales asociadas a la atención de ETS, reduciendo barreras simbólicas y culturales. Aguilar (2006) complementa esta visión al indicar que visibilizar los derechos sociales es el primer paso para su ejercicio efectivo.

3. Integración Escolar del CAPASITS

La vinculación efectiva entre el sector salud y el sector educativo representa una estrategia de alto impacto. Se recomienda formalizar convenios de colaboración entre los planteles de educación media superior y los CAPASITS, a fin de implementar talleres periódicos, charlas informativas, actividades interactivas y ferias de salud sexual en los espacios escolares. Estas actividades deben estar diseñadas desde una pedagogía participativa, en donde los adolescentes no solo reciban información, sino que reflexionen sobre sus representaciones, cuestionen estigmas y construyan conocimientos significativos. Bandura (1977) subraya que el aprendizaje es más efectivo cuando se vincula a experiencias sociales y emocionales, mientras que Aguilar (2006) señala que los procesos educativos deben partir de la realidad del sujeto para ser transformadores.

4. Capacitación del Personal Escolar

El papel del personal docente y administrativo dentro de las instituciones escolares es clave para la transformación cultural respecto a la salud sexual. Por ello, se propone la capacitación sistemática en temas de derechos sexuales, prevención de ETS y servicios de salud, dirigida a los equipos educativos. Esta formación permitirá que los docentes actúen como enlaces confiables entre el estudiante y las instituciones de salud, facilitando la derivación y el acompañamiento.

Desde la perspectiva de Jodelet (1986), las figuras de autoridad influyen significativamente en la formación de representaciones sociales. Un docente que desmitifica los prejuicios y habla abiertamente de salud sexual puede ser un agente multiplicador en la transformación cultural del entorno escolar. Aguilar (2006) complementa este argumento destacando el rol político del Trabajo Social y la necesidad de formar actores educativos comprometidos con la emancipación de los sujetos sociales.

5. Reducción de Estigmas

Finalmente, se subraya la necesidad de diseñar talleres educativos específicos orientados a desmitificar las ETS y promover una visión libre de juicios morales sobre las personas que viven con alguna infección. Estos espacios deben propiciar el análisis crítico, el diálogo

horizontal y la reflexión sobre las prácticas discriminatorias, con el fin de construir una cultura de respeto, autocuidado y solidaridad.

De acuerdo con Jodelet (1986), las representaciones sociales pueden ser modificadas cuando se interviene sobre los marcos simbólicos que las sostienen. En este sentido, los talleres deben integrar componentes narrativos, testimoniales y vivenciales que permitan a los jóvenes confrontar sus propias ideas y transformar sus prejuicios. Aguilar (2006) refuerza esta propuesta al considerar que el Trabajo Social debe propiciar procesos de concientización que deriven en la transformación de las estructuras simbólicas y materiales que generan exclusión.

Referencias

- Aguilar, M. J. (2006). *Trabajo social crítico: Teoría y práctica para la emancipación social*. Editorial Lumen.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bardin, L. (1977). *El análisis de contenido*. Akal.
- Cabrera, M., & Uribe, L. (2019). *Conocimiento y percepción de los adolescentes sobre los servicios de salud sexual* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, J. (2021). *Representaciones sociales de jóvenes sobre el uso del condón en Cali* (Tesis de maestría).
- CNDH. (2018). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes en México*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Covello, V. T., & Sandman, P. M. (2001). Risk communication: Evolution and revolution. En A. Wolbarst (Ed.), *Solutions to an environment in peril* (pp. 164–178). Johns Hopkins University Press.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *El manual de investigación cualitativa de SAGE*. Sage Publications.
- Elliott, J. (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Ediciones Morata.
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research* (5th ed.). Sage Publications.

- Flores-Palacios, F. (2003). *Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México*.
- Franco, A. D. y Hernando, S. V. (2023). ¿Por qué están aumentando las infecciones de transmisión sexual entre jóvenes y adolescentes?. The Conversation. <https://theconversation.com/por-que-estan-aumentando-las-infecciones-de-transmision-sexual-entre-jovenes-y-adolescentes-208239>
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Continuum.
- García, A. (2015). *Representaciones sociales sobre la sexualidad en adolescentes de secundaria en la Ciudad de México* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Giddens, A. (1991). *Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la era moderna*. Stanford University Press.
- Hernández, L. (2019). *Impacto de las representaciones sociales en el uso de servicios de salud sexual entre adolescentes de preparatorias en el Estado de México* (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social*. Paidós.
- Leyes-mx.com. (2021). *Artículo 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA)*. https://leyes-mx.com/ley_general_de_los_derechos_de_ninas_ninos_y_adolescentes/50.htm
- Martínez, J. (2017). *Representaciones sociales sobre la sexualidad y las ETS en adolescentes de preparatorias públicas en Jalisco* (Tesis de maestría). Universidad de Guadalajara.
- Merriam, S. B. (2009). *Investigación cualitativa: Una guía para el diseño y la implementación*. Jossey-Bass.
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En *Social representations* (pp. 3–69). Cambridge University Press.

- Navarro, R. (2020). Impacto de los contenidos digitales en la educación sexual de adolescentes. *Revista Mexicana de Comunicación*, 165(4), 22–29.
- NOM-047-SSA2-2015. (2015). *Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años*. Diario Oficial de la Federación.
- OMS. (2020). *Riesgos y soluciones para la salud de los adolescentes*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe sobre salud sexual y enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Infecciones de transmisión sexual*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- OPS. (2023). *Infección de transmisión sexual*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3.^a ed.). Sage.
- Secretaría de Salud. (2022). *Informe técnico sobre enfermedades de transmisión sexual en México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud>
- Sepúlveda-Páez, G., Mena-Chamorro, P., & Ferrer-Urbina, R. (2021). Desarrollo de una escala para evaluar conocimientos sobre conductas de riesgo de contagio del VIH en jóvenes y adultos jóvenes en un contexto latinoamericano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – Psicológica*, 3(60), 157–167.
- UNESCO. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad integral*. UNESCO Publishing.

Vargas Núñez, D. L. (2021). *Representaciones sociales sobre educación para la sexualidad en la Institución Educativa Velasco Gómez*.

Velasco Gómez, D., & Garcés Cárdenas, M. (2019). *Conocimientos y actitudes en los adolescentes frente a las infecciones de transmisión sexual en la literatura latinoamericana en el periodo 2013 al 2018* (Tesis de doctorado). Universidad Santiago de Cali.

Uso de anticonceptivos y prevención de ITS en estudiantes universitarios: análisis descriptivo-cuantitativo.

María Guadalupe Jaimez Rodríguez¹
Roxana del Carmen Vargas Pacheco¹
María Concepción Ruíz de Chávez Figueroa¹

Resumen

El ejercicio de la sexualidad entre jóvenes implica riesgos significativos, entre ellos, la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS). Uno de los principales factores que contribuyen a esta problemática es la falta de conciencia sobre la importancia del uso de métodos preventivos. En este contexto, el presente estudio plantea la pregunta de investigación: ¿cuáles son los métodos anticonceptivos que emplean los estudiantes de nivel superior para prevenir las ITS?

El objetivo del estudio es identificar el uso de métodos anticonceptivos en esta población, con un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental de tipo transversal y descriptivo. Se aplicó un cuestionario con siete preguntas relacionadas con el sexo, el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de ITS. La muestra fue no probabilística intencional y el análisis de datos se realizó mediante el software SPSS versión 25.

Los hallazgos indican que los métodos anticonceptivos más utilizados por los estudiantes son el condón masculino, el coito interrumpido y anticonceptivos hormonales (píldoras, parches o inyecciones). Sin embargo, solo el condón masculino representa una barrera efectiva contra las ITS, mientras que los otros métodos

¹ Instituto Campechano

empleados no ofrecen protección en este sentido. En consecuencia, se concluye que los estudiantes universitarios aún se encuentran en riesgo de adquirir ITS debido al uso inadecuado de métodos anticonceptivos. Se destaca la necesidad de fortalecer estrategias de educación sexual que promuevan el conocimiento y el uso adecuado de métodos preventivos eficaces.

Introducción

El presente estudio, surge de la necesidad de salud, derivada de la pandemia por COVID-19 en estudiantes de nivel superior, partiendo de la interrogante sobre ¿cuáles son los métodos anticonceptivos que emplean los estudiantes de nivel superior para prevenir las ITS? el cual tiene por objetivo identificar el uso de los métodos anticonceptivos por parte de los jóvenes durante esta contingencia sanitaria relacionada con las medidas tomadas para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), aunque los estudiantes cuentan con información sobre la sexualidad y la prevención de ITS, describieron que emplean el preservativo, la píldora/parche/inyección anticonceptiva, el coito interrumpido, dispositivo intrauterino, cremas/óvulos espermicidas y el método natural, lo cual explica que casi un 4% haya padecido o padezca de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Derivado de estos resultados, es apremiante reforzar las estrategias de concientización de los estudiantes; ya que, si bien los métodos anticonceptivos previenen embarazos no deseados, estos no los protegen de adquirir algún tipo de ITS.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND, Diario Oficial, 2019, p. 26), en el apartado dos de política social; en lo que se refiere al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar menciona que:

Todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos, así mismo refiere que se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.

La tarea de la Organización se rige por la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2016, y la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, del Niño y el Adolescente, de 2015, que subraya la necesidad de adoptar un conjunto integral de intervenciones esenciales, como la información y los servicios de prevención de la infección por el VIH y otras ITS. La 69.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó tres estrategias mundiales del sector de la salud para el periodo 2016-2021 con el fin de hacer frente a la infección por el VIH, las hepatitis víricas y las ITS (OMS, 2019)

Según los últimos datos disponibles, de la (Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico, 2024), las infecciones de transmisión sexual (ITS) han experimentado un aumento significativo en México. A continuación, se presentan algunos de los datos más relevantes:

- VIH: En 2023, se registraron 16,411 casos nuevos de VIH en México, con un aumento sostenido desde 2020. Las entidades con mayor número de casos son Nuevo León, Jalisco, Ciudad de México y Sonora.
- Sífilis: En 2023, se contabilizaron 18,288 casos nuevos de sífilis adquirida, lo que representa un aumento significativo en comparación con años anteriores.
- Otras ITS: También se han reportado aumentos en casos de gonorrea, linfogranuloma venéreo, chancro blando, herpes genital y vulvovaginitis.
- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) han repuntado. Como señala la Secretaría de Salud en el *Boletín Epidemiológico (BE)* del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2024 (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2024), el incremento es notorio en candidiasis, vulvovaginitis, sífilis y virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva (Centro Nacional de Equidad de Género, 2017) refiere que el Estado tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar nuestros derechos sexuales de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades que se contraen al mantener relaciones sexuales con una persona infectada sin aplicar medidas preventivas, como el uso del preservativo. Estas afecciones contagiosas pueden transmitirse de una persona a otra, también mediante el uso compartido de jeringas contaminadas, por contacto con sangre infectada o durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las infecciones de transmisión sexual (ITS) se refieren a una amplia variedad de infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual. Estas infecciones pueden ser causadas por bacterias, virus o parásitos y pueden afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, género o orientación sexual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las infecciones de transmisión sexual (ITS) se refieren a una amplia variedad de infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual. Estas infecciones pueden ser causadas por bacterias, virus o parásitos y pueden afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, género o orientación sexual (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La existencia de microbios causantes de las ITS en total, son 25, de los cuales, los más frecuentes son: condilomas acuminados (proveniente del VPH), la sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidiasis, tricomoniasis y sífilis congénita en el recién nacido, por tanto, una forma más eficiente para la prevención de ITS es a través del uso del preservativo o condón.

Un estudio de Hurtado y Olvera (2013), denominado “infecciones de transmisión sexual en la población femenina de estudiantes universitarias”, refiere que, a pesar de los conocimientos e información que tienen las jóvenes universitarias, prevalece las infecciones de transmisión sexual, lo anterior pone en riesgo su salud.

De igual manera, otro estudio de Mendoza (2016), concluye en su artículo denominado “el uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia que el uso correcto del preservativo masculino” es un método capaz de disminuir el riesgo de contraer un ITS y el virus de la

inmunodeficiencia adquirida (ITS/VIH), este, al ser combinado con el uso de métodos hormonales protegen de un embarazo no planeado, así como de diversas infecciones.

De acuerdo con datos de la OMS (2025), refiere que, más de un millón de personas se contagian de una ITS; siendo, en su mayoría, casos asintomáticos. De igual forma, se calcula que anualmente, unos 374 millones de personas contraen alguna de las siguientes ITS: clamidiasis, blenorragia, sífilis y tricomoniasis; más de 500 millones de personas de 15 a 49 años son portadoras del virus que provoca la infección genital por virus del herpes simple (VHS).

Las ITS, que adquiere la población pueden traer consigo consecuencias de mayor gravedad, tales como herpes, gonorrea y la sífilis; siendo infecciones que incrementan el riesgo de infección por el VIH.

La ITS de la madre a su hijo puede traer consigo la muerte prenatal o neonatal, prematuridad e insuficiencia ponderal del recién nacido, septicemia, conjuntivitis neonatal y anomalías congénitas. De igual manera, el VPH ocasiona el cáncer de cuello uterino entre otros. Algunas ITS como la gonorrea y clamidiasis, son causas importantes de enfermedad inflamatoria pélvica y problemas de infertilidad.

Así mismo, la infección por el VPH está asociada a 570 000 casos de cáncer de cuello uterino en 2018 y a más de 300 000 defunciones por dicha enfermedad cada año. Se supone que, en 2016, casi un millón de embarazadas tenían sífilis y que esta infección causó complicaciones en alrededor de 350 000 partos, entre ellas 200 000 muertes del feto o el recién nacido. Es pues que las ITS tienen efectos directos en la salud sexual y reproductiva a través de la estigmatización, la infertilidad, el cáncer y las complicaciones del embarazo y pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH (OMS, 2021).

De igual manera, un diagnóstico de las ITS, realizado por la (OMS, 2019), hace mención que, en los países con altos ingresos, emplean pruebas para diagnosticar la ITS, específicamente, las infecciones asintomáticas; las cuales son muy efectivas. En tanto que, los países con escasos ingresos no tienen disponibilidad de estas pruebas; y cuando hay acceso a ello, están fuera del presupuesto económico de la

población. Los únicos análisis a los que este tipo de población tiene acceso, por su bajo costo es en relación a las de sífilis y VIH. A pesar de ello, es necesario redoblar los esfuerzos en estos países de escasos ingresos a fin de asegurar la prevención y atención oportuna, sobre todo en la población de féminas embarazadas.

Lo anterior, se sustenta en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, eje dos de Política Social en el apartado de salud; brindar atención a toda la población. En tanto que, en el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Campeche 2021-2027, en la misión tres de inclusión, bienestar y justicia social, se considera a la salud pública en primer lugar.

En la alineación estratégica de esta misión, plantea como primer objetivo el acceso y cobertura universal a servicios de salud seguros, eficientes y de calidad, lo anterior, a través de la estrategia de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades, así como la estrategia de servicios de calidad para el bienestar de todos (Diario Oficial del estado de Campeche, PED, 2021).

Un documento de Expansión Política (2021), refiere que, según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud mostraron un acrecentamiento en ocho de 10 ITS descubiertas de enero a septiembre del presente año, en comparación con el año anterior. Reportándose el incremento de casos en sífilis, chancro, herpes, vulvovaginitis, entre otros.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia, se observa un incremento significativo relación a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). El análisis detallado de la situación permite identificar que esta tendencia ascendente se ha mantenido de manera constante desde el año 2021. Dicho fenómeno podría explicarse por la modificación en los patrones de conducta sexual de la población, así como por la persistencia de limitaciones en el acceso oportuno a la información y a los servicios de atención médica especializados (Durán, 2024).

Así mismo, es importante tomar en cuenta que, de acuerdo con los avances del tiempo, van surgiendo nuevos padecimientos y las ITS no están exentas de ello, actualmente, se han identificado cuatro bacterias,

las cuales podrían formar parte de problemas de salud de gravedad, tales bacterias son:

1. Neisseria meningitidis

La *Neisseria meningitidis* puede causar meningitis invasiva, una infección potencialmente mortal de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Siendo está causada por las infecciones urogenitales. Entre el 5 y 10% de los humanos adultos también porta la bacteria *Neisseria meningitidis* en la nariz y la garganta. Esta bacteria puede ser transmitida a través del sexo oral, besos profundos u otro contacto con secreciones infectadas.

2. Mycoplasma genitalium

Es una de las bacterias más pequeñas que se conocen y ha ganado fama como una preocupante infección de transmisión sexual. Esta bacteria afecta a jóvenes y adultos. Se le puede confundir con la clamidia o gonorrea, localizándose en la uretra y cuello intrauterino. Esta bacteria no presenta síntomas, sin embargo, se asocia con la infertilidad, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte fetal.

3. Shigella flexneri

Se manifiesta como disentería y es transmitido por contacto directo o indirecto con materia fecal. Los síntomas son calambres estomacales severos, diarrea con pequeñas muestras de sangre y mucosidad haciéndolo un vehículo trasmisor de la bacteria.

4. Linfogranuloma venéreo (LGV)

Esta ITS es causada por cepas de *Chlamydia trachomatis*, pudiendo generar una fuerte infección, se manifiesta con ampollas, granos o úlceras genitales temporales, pudiendo extenderse al sistema linfático. Puede simular enfermedad intestinal inflamatoria y producir rarezas crónicas y difíciles del colon y del recto, como fistulas y estenosis (Expansión, 2018).

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se le conocen como aquellas estrategias para disminuir las probabilidades de que se produzca un embarazo, producto de la relación sexual. En el siglo XX, se expande su uso con la finalidad de controlar el índice de natalidad y como método de planificación familiar. Entre los tipos de anticonceptivos se clasifican

de acuerdo con su uso; ya sea femeninos o masculinos. De acuerdo con su consumo en orales, hormonales, temporales o permanentes y reversibles o irreversibles.

De igual manera existen los métodos naturales los cuales se refieren a llevar un control del ciclo menstrual, y abstenerse de mantener relaciones sexuales con penetración en los días fértiles de la mujer, que es cuando se produce la ovulación y existe el riesgo de un embarazo no planeado. El coito interrumpido es otro de los métodos naturales, el cual consiste en dar marcha atrás, evitando la eyaculación dentro de la vagina, aunque no la penetración previa.

Las ventajas de estos dos métodos, es que no tienen coste y pueden emplearse durante el embarazo o la lactancia materna y la desventaja es que su eficacia está por debajo del 75% de efectividad y además no previene de contraer una ITS. Estos métodos anticonceptivos son para las parejas que, aunque no buscan un embarazo, si está en sus planes ser padres.

Los métodos barrera, se refiere a los preservativos o condón, ya sea masculino o femenino ya que éstos evitan la fecundación del óvulo; éstos son los más efectivos en la prevención de ITS. El dispositivo intrauterino es otro de los métodos de barrera conocido como T de cobre el cual se coloca en el útero de la mujer y con una efectividad del 95% en tener un embarazo no planeado.

Los anticonceptivos hormonales son los más empleados por las mujeres, están compuestos de hormonas sexuales femeninas como estrógeno y progesterona, su efectividad es del 98 al 99%, siempre que sean empleados de la manera correcta y con base a las indicaciones médicas, Santiago, Caroppo y Salvador (2018).

Las características importantes en los anticonceptivos al elegirlos para lograr el objetivo de protección de la salud sexual e integral son: eficacia, seguridad, aceptabilidad, facilidad de uso, disponibilidad, reversibilidad y costo (Díaz y Schiappacasse, 2017).

De acuerdo con un informe presentado, refiere que los MA de mayor uso por las mujeres en México son la salpingoclasia, el dispositivo intrauterino (DIU), preservativos, pastillas anticonceptivas e implantes

subdérmico. En tanto que, el 53.4% de mujeres en edad fértil emplean los métodos anticonceptivos, incrementándose en las mujeres casadas.

La salpingoclasia consiste en una intervención quirúrgica en el abdomen y se introduce un laparoscopio. Después se obstruyen las trompas de falopio para obstaculizar la fecundación del óvulo, evitando así el embarazo. La efectividad de este método es de 99% (Fernández, et.al., 2023).

Los preservativos o condón masculino y femenino son un método de barrera que se puede adquirir en farmacias, e incluso, en los centros de salud se distribuyen de manera gratuita. Estos métodos tienen una efectividad en la población de entre un 85% y un 95%, siempre y cuando, sea empleado de manera correcta, contribuyen al mismo tiempo en la prevención de infecciones de transmisión sexual.

El dispositivo intrauterino (DIU), es otro de los métodos para la prevención de embarazos, el cual es en forma de T y está elaborado de cobre, existiendo otros de plástico flexible; el funcionamiento de este dispositivo contribuye en la modificación del ambiente intrauterino, evitando que los espermatozoides fecunden el óvulo. Ofrece una protección de entre 3 y 12 años, lo cual dependerá del tipo de dispositivo que se emplee. La efectividad de este método es del 98%, siempre y cuando sea colocado correctamente.

Con relación a las pastillas anticonceptivas, éstas contienen estrógeno y gestágenos, los cuales impiden la ovulación, volviendo espeso el moco del cuello de la matriz, lo cual impide el paso de los espermatozoides, evitando el embarazo. Su efectividad es del 98% si son ingeridas de acuerdo a las indicaciones médicas (Sarmiento, 2021).

Metodología

El diseño de investigación empleado es no experimental con alcance transversal descriptivo y enfoque cuantitativo. Participaron 205 estudiantes de la escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano campus IV Hecelchakán y V Campeche, la muestra fue no probabilística intencional, participando estudiantes de la escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano de los campus IV (Hecelchakán) y V (Campeche). Los criterios de inclusión considerados fue que estudiaran en la escuela de Trabajo Social del Instituto

Campechano, que quisieran participar en la investigación; en tanto que los criterios de exclusión fue que no pertenecieran a la escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano. Se aplicó un instrumento que contenía datos generales de los entrevistados como edad, sexo, campus donde estudia, estado civil, cuenta con información sobre sexualidad, padecimiento de ITS y métodos anticonceptivos que emplean; para el presente estudio, únicamente se consideraron los datos relacionados con esta última variable.

Se hizo uso del instrumento validado ESVISAUN ver. 3 (Bennassar, 2011), el cual se enfoca en el tratado de áreas de salud de estudiantes universitarios, donde se incluye el empleo de métodos anticonceptivos. Los resultados se basan exclusivamente en siete preguntas consideradas en el instrumento, las cuales tienen que ver con información en cuanto al uso de métodos anticonceptivos por parte de los entrevistados como métodos para la prevención de ITS.

El instrumento se diseñó a través de formularios de Google, enviándose por correo a los estudiantes ya que debido a la pandemia por COVID-19 no fue posible su aplicación de manera presencial, una vez resuelto, se realizó el análisis de los cuadros estadístico, para lo cual se diseñó una base de datos con apoyo del programa SPSS versión 25, siendo este apropiado para las investigaciones cuantitativas.

Resultados

Al concluir con el análisis cuantitativo con relación a los métodos anticonceptivos empleados por los estudiantes entrevistados se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 1.

Uso de métodos anticonceptivos (preservativo o condón)

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	18	8.8
A veces	17	8.3
Casi nunca	4	2.0
No tengo relaciones sexuales	62	30.2
Nunca	48	23.4
Siempre	56	27.3
Total	205	100.0

Nota: Elaboración propia. Jaimez (2024).

De acuerdo con la tabla uno, relacionada con la frecuencia con que el entrevistado o su pareja emplean el preservativo o condón, de los 205 estudiantes; 56 mencionan que siempre, 17 a veces, 18 a menudo, cuatro casi nunca, 62 no tienen relaciones sexuales, 48 nunca los utilizan y uno prefirió no decirlo. Llama la atención que de los 95 que emplean este método, 74 son mujeres y 21 son hombres.

Tabla 2.

Uso de métodos anticonceptivos (Píldora, parche/inyección anticonceptiva)

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	3	1.5
A veces	7	3.4
Casi nunca	9	4.4
No tengo relaciones sexuales	64	31.2
Nunca	110	53.7
Siempre	12	5.9
Total	205	100.0

Nota: Elaboración propia. Jaimez (2024).

La tabla dos, sobre si tú o tu pareja utilizan la píldora/parche/inyección anticonceptiva; 12 refieren que siempre, siete a veces, tres a menudo, nueve casi nunca, 64 no tienen relaciones sexuales y 110 nunca los emplean.

Tabla 3.

Uso de métodos anticonceptivos (Coito interrumpido)

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	10	4.9
A veces	16	7.8
Casi nunca	14	6.8
No tengo relaciones sexuales	65	31.7
Nunca	93	45.4
Siempre	7	3.4
Total	205	100.0

Nota: Elaboración propia. Jaimez (2024).

Con relación a la frecuencia en que utilizan el coito interrumpido, la tabla tres refleja que siete siempre lo emplean, 16 a veces, 10 a menudo,

14 casi nunca, 65 no tienen relaciones sexuales y 93 nunca. Los resultados refieren que 33 de los entrevistados, en promedio, en algún momento durante las relaciones sexuales no utilizan algún método anticonceptivo, lo cual viene a ser parte de la población en riesgo de contagiarse de alguna ITS.

Tabla 4.

Uso de métodos anticonceptivos (Dispositivo intrauterino, DIU)

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	1	.5
A veces	1	.5
Casi nunca	4	2.0
No tengo relaciones sexuales	64	31.2
Nunca	130	63.4
Siempre	5	2.4
Total	205	100.0

Nota: Elaboración propia. Jaimez (2024).

Con relación a la frecuencia con que tú o tu pareja emplean el dispositivo intrauterino, la tabla cuatro refleja que cinco mujeres siempre lo emplean, una a veces, una a menudo, cuatro casi nunca, 64 no tienen relaciones sexuales y 130 nunca lo emplean.

Tabla 5.

Uso de métodos anticonceptivos (Cremas, óvulos espermicidas)

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	1	.5
A veces	2	1.0
Casi nunca	5	2.4
No tengo relaciones sexuales	64	31.2
Nunca	132	64.4
Siempre	1	.5
Total	205	100.0

Nota: Elaboración propia. Jaimez (2024).

La tabla cinco refleja que la frecuencia con que utilizan cremas/óvulos espermicidas, uno refiere que siempre, dos a veces, uno a menudo, cinco casi nunca, 64 no tienen relaciones sexuales y 132 nunca.

Tabla 6.*Uso de métodos anticonceptivos (Métodos naturales)*

	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	1	.5
A veces	3	1.5
Casi nunca	6	2.9
No tengo relaciones sexuales	64	31.2
Nunca	128	62.4
Siempre	3	1.5
Total	205	100.0

Nota: Elaboración propia. Jaimez (2024).

De acuerdo con la tabla 6, la frecuencia con que emplean métodos naturales; 3 mencionan que siempre, 3 a veces, 1 a menudo, 6 casi nunca, 64 no tienen relaciones sexuales y 128 nunca lo emplean.

Tabla 7.*Has padecido de infección de transmisión sexual*

	Frecuencia	Porcentaje
No	197	96.1
Sí	8	3.9
Total	205	100.0

Nota: Elaboración propia. Jaimez (2024).

Con relación a si han padecido alguna infección de transmisión sexual, la tabla 7 refleja que 8 personas si las han padecido y 197 no.

Conclusión

A partir del análisis cuantitativo realizado sobre el uso de métodos anticonceptivos entre los estudiantes encuestados, se evidencian patrones significativos que permiten inferir tanto comportamientos sexuales como niveles de información y conciencia sobre salud sexual y reproductiva en esta población. De los datos recabados, se desprende que el preservativo o condón es el método más utilizado, aunque de forma desigual: solo 56 de los 205 estudiantes declararon emplearlo siempre, mientras que un número considerable (48) afirmó no usarlo nunca. Este hallazgo resulta especialmente relevante, ya que el condón es uno de los pocos métodos que previenen tanto embarazos no deseados como infecciones de transmisión sexual (ITS). Además,

destaca que, del total de usuarios de este método, una mayoría son mujeres (74 frente a 21 hombres), lo cual podría estar relacionado con una mayor preocupación o responsabilidad asumida por ellas en cuanto a prevención.

El resto de los métodos anticonceptivos presentan niveles de uso significativamente bajos. Por ejemplo: el uso de métodos hormonales como la píldora, parche o inyección anticonceptiva, así como el dispositivo intrauterino (DIU) y métodos naturales, se mantienen marginal, lo que podría indicar barreras de acceso, falta de información o decisiones personales relacionadas con los efectos secundarios o la aceptación social de estos métodos.

Llama también la atención el uso del coito interrumpido, reportado como método por 47 estudiantes en diferentes frecuencias, lo cual refleja una percepción errónea de su efectividad y una posible falta de educación sexual integral.

De forma alarmante, se identificó que al menos 33 estudiantes tienen prácticas sexuales sin ningún método anticonceptivo en determinados momentos, colocándolos en una posición de alta vulnerabilidad frente a embarazos no planeados e ITS. Aunque son 8 estudiantes reportaron haber padecido alguna infección de este tipo, esta cifra podría estar subestimada al estigma social, al desconocimiento de los síntomas o a la falta de diagnóstico.

Concluyendo, los datos permiten inferir una necesidad urgente de reforzar los programas de educación sexual en esta población, orientados no solo a la promoción del uso consistente y correcto de métodos anticonceptivos, sino también a la generación de conciencia crítica sobre la prevención de ITS, la corresponsabilidad entre géneros y el ejercicio de una sexualidad informada, libre y segura.

Recomendaciones

Por lo anterior, es necesario reforzar las campañas de sensibilización y concientización en estudiantes de nivel superior con relación a la importancia sobre el uso correcto de los métodos relacionados con la prevención de infecciones de transmisión sexual, asegurando de esta forma, el cuidado de la salud integral que incida en una mejor calidad en la salud sexual.

Así mismo, institucionalmente, es importante no desistir en la impartición de pláticas y talleres relacionados con ejercer una sexualidad responsable, en la que no solo cuiden y prevengan infecciones de transmisión sexual en su persona, de igual forma es necesario cuidar la salud sexual de la pareja.

Referencias

- Bennassar, V. M. (1 de Diciembre de 2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios*. Universitat les Illers Balears. https://www.unisaludables.es/media/docs/TESIS/tesis_miquel.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género, y. S. (14 de agosto de 2017). *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/salud/cnegr/documentos/cartilla-de-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes-121339>
- Diario Oficial del Estado de Campeche, PED. (14 de Enero de 2021). www.Campeche.gob. <https://www.campeche.gob.mx/images/pedelectronico/#page/46>
- Díaz, S., & Schiappacasse, V. (25 de marzo de 2017). Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [icmer.org](http://www.icmer.org). <http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que%20y%20cuales%20son%20los%20metodos%20anticonceptivos%2001122017.pdf>
- Durán, D. (21 de enero de 2024). *Infobae*. <https://www.infobae.com/mexico/2024/01/21/las-dos-enfermedades-de-transmision-sexual-que-repuntaron-en-mexico-y-que-causan-preocupacion/>
- Expansión. (18 de diciembre de 2018). *expansio.mx*. <https://expansion.mx/tendencias/2018/12/18/4-nuevas-ets-que-el-mundo-no-puede-ignorar>
- Expansión política. (6 de octubre de 2021). *politica.expansion*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2021/10/06/aumentan-enfermedades-de-transmision-sexual-en-mexico>
- Fernández, S. A., Santiago, R. E., Navarro, R. J., Barranquero, G. M., Azaña, G. S., & Salvador, Z. (17 de julio de 2023). *Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/metodos-anticonceptivos/#metodos-barrera>

- Hurtado de Mendoza Zabalgoitia , M. T., & Olvera Méndez, J. (2013). Conocimiento y actitudes sobre sexualidad en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 11.
- Mendoza, P. J. (enero-marzo de 2016). *El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2016000100011
- OMS. (14 de junio de 2019). *Centro de Prensa*. <https://www.redisser.org/ETS-OMS3.html>
- OMS. (22 de noviembre de 2021). *Infecciones de transmisión sexual*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (10 de septiembre de 2025). *Centro de Prensa*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- PND, Diario Oficial. (12 de julio de 2019).. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487316/PND_2019-2024.pdf
- Santiago, R. E., Caroppo, N., & Salvador, Z. (13 de agosto de 2018). *reproduccionasistida.org*. <https://www.reproduccionasistida.org/metodos-anticonceptivos/#metodos-barrera>
- Sarmiento, A. (15 de diciembre de 2021). *businessinsider.mx*. https://businessinsider.mx/metodos-anticonceptivos-mas-usados-mexico-consideraciones_salud/#:~:text=1%20En%20M%C3%A9xico%2053.4%25%20de%20mujeres%20en%20edad,algunas%20consideraciones%20antes%20de%20que%20tomes%20la%20decisi%C3%B3n
- Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. (2024). *Boletín Epidemiológico, Semana 52*. Secretaría de Salud.

Línea temática:

Estilos de vida y enfermedades crónicas

ESTILOS DE VIDA Y LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN JEFAS DE FAMILIA INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS EN UNA ZONA DE ALTA MARGINACIÓN.

María Natividad Ávila Ortiz¹
Ana Elisa Castro Sánchez¹
Brenda Berenice Tovar Jasso¹

Resumen

La obesidad en México ha aumentado en los últimos años y está asociada con la Diabetes Mellitus, afectando especialmente a las poblaciones indígenas (Mindiola y Ortega-Bolaños, 2022). Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de estilos de vida, diabetes, sobrepeso y obesidad en población indígena y no indígena en una zona de alta marginación. Se empleó una metodología cuantitativa, transversal, con una muestra censal de 379 jefas de familia en una comunidad marginada de Nuevo León. Se utilizó el Cuestionario Fantástico para evaluar estilos de vida y el Índice de Masa Corporal (IMC) para el estado nutricional; la prevalencia de diabetes fue autorreportada y se analizó con SPSS. Resultados. Las participantes tenían entre 38 y 70 años, con una edad promedio de 40.8 años. El 14.5% eran indígenas y la mayoría tenía escolaridad secundaria. El 72.7% de las indígenas y el 62% de las no indígenas presentaron estilos de vida buenos, mientras que el 10.6% y el 23.1%, respectivamente, mostraron estilos de vida excelentes. El 80.2% presentó sobrepeso u obesidad, y el 16.1% reportó diagnóstico de diabetes tipo 2. No se halló

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición

una relación estadísticamente significativa entre estilos de vida y origen étnico ($p > 0.05$). Conclusión, las jefas de familia mostraron índices de obesidad y diabetes superiores al promedio nacional. Las no indígenas presentaron mejores estilos de vida que las indígenas. Los hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias que mejoren la salud en estas comunidades vulnerables.

Introducción

México enfrenta una crisis de salud pública caracterizada por el incremento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), las cuales se han convertido en las principales causas de morbilidad y mortalidad. Estos padecimientos afectan de manera desproporcionada a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente a los pueblos indígenas, quienes presentan mayores obstáculos estructurales para el acceso a servicios de salud, educación nutricional y condiciones de vida dignas.

En comunidades indígenas y marginadas, la combinación de factores como la pobreza, el bajo nivel educativo, la migración y la adopción de estilos de vida occidentalizados (dieta alta en calorías, bajo consumo de frutas y verduras, sedentarismo) ha generado un entorno propicio para el aumento de enfermedades metabólicas. Esta transición alimentaria y cultural ha sido poco documentada desde una perspectiva local.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 476 millones de personas en el mundo pertenecen a pueblos indígenas, distribuidos en más de 90 países. A pesar de su diversidad cultural, lingüística y espiritual, se enfrentan a profundas desigualdades sociales, económicas y de salud (Organización de las Naciones Unidas, 2025).

México es un país pluricultural, conformado por una gran diversidad de grupos étnicos. Actualmente, alrededor de 11 millones de personas se identifican como indígenas, lo que representa aproximadamente el 8.5% de la población nacional. De ellas, más de 7 millones hablan alguna de las 68 lenguas indígenas reconocidas, siendo las más habladas el náhuatl, el maya y el tzeltal (INEGI, 2020).

La definición oficial de "población indígena" en México, según la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, ahora INPI), incluye a todas las personas que forman parte de un hogar

donde el jefe de familia o alguno de sus ascendientes habla una lengua indígena. También se consideran indígenas quienes declaran hablar una lengua originaria sin formar parte de dichos hogares (INPI, 2021).

En el contexto de salud, los pueblos indígenas enfrentan desventajas estructurales históricas como la discriminación, la exclusión social y la falta de acceso a servicios básicos. Estos factores limitan su participación en espacios clave del desarrollo, incluyendo el sistema de salud (CONEVAL, 2020). Estudios recientes han documentado cómo el proceso de modernización y los cambios en los estilos de vida tradicionales han contribuido al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes tipo 2, entre comunidades indígenas. Casos como los de los pueblos Pima en Sonora y Arizona son ejemplo claro de cómo la transición hacia una dieta occidental y el sedentarismo han incrementado la prevalencia de estas enfermedades (Esparza et al., 2015).

La experiencia de la diabetes en comunidades indígenas, como la maya yucateca, para Frank y Durden (2017), está fuertemente influida por creencias culturales, género, prácticas alimentarias y relaciones con los servicios de salud. Muchas veces, el enfoque biomédico ignora los factores emocionales y ambientales que estas comunidades consideran relevantes para la salud, lo que genera tensiones y barreras en la atención.

Los pueblos indígenas enfrentan una vulnerabilidad elevada frente a enfermedades crónicas, exacerbada por condiciones de pobreza, escasa educación en salud, discriminación y baja cobertura de servicios médicos. Esto subraya la urgencia de diseñar políticas culturales y contextualmente pertinentes para atender de manera eficaz a estas comunidades.

Por lo tanto, el realizar este estudio se justifica debido a que, en las últimas décadas, México ha enfrentado un incremento alarmante en los índices de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), dos condiciones estrechamente relacionadas y reconocidas como principales causas de morbilidad y mortalidad en el país. Este fenómeno ha impactado de forma desproporcionada a poblaciones en situación de vulnerabilidad, como es el caso de los pueblos indígenas, quienes, además de enfrentar barreras estructurales al acceso a la salud, se ven afectados por cambios

acelerados en sus estilos de vida derivados de procesos de migración, urbanización y marginación social.

Diversos estudios han documentado que la transición de una alimentación tradicional hacia una dieta alta en productos ultra procesados, junto con el aumento del sedentarismo, ha contribuido significativamente al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en comunidades indígenas. Sin embargo, existe una escasez de datos actualizados y representativos sobre la salud metabólica y los estilos de vida en estas poblaciones, especialmente en contextos de alta marginación. A pesar de la evidencia sobre la asociación entre pobreza, estilo de vida y enfermedades crónicas, existe una escasez de estudios enfocados en mujeres indígenas, particularmente en zonas de alta marginación, quienes además son jefas de familia y desempeñan un rol clave en la salud y nutrición del hogar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estilo de vida como una forma de vivir basada en patrones de comportamiento observables, que resultan de la interacción entre características personales, relaciones sociales y las condiciones económicas, culturales y ambientales en las que se desarrolla una persona. Estas conductas reflejan decisiones individuales respecto a la salud, sobre las cuales los individuos tienen cierto grado de control (García-Laguna et al, 2012).

Entre los factores que influyen directamente en los estilos de vida se encuentran los determinantes económicos. Las personas con un nivel socioeconómico bajo suelen presentar un estilo de vida más sedentario y una dieta deficiente en frutas y verduras. Asimismo, Carrión (2023) señala que existen factores conductuales que impactan negativamente en la salud, tales como una alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, la mala calidad del sueño, altos niveles de estrés, el manejo del tiempo libre, así como las relaciones interpersonales.

En México, los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes en la población adulta, lo que ha contribuido significativamente al aumento del sobrepeso y la obesidad. Además, de acuerdo con Sánchez-Vega et al (2024), la pobreza influye directamente en los hábitos alimenticios, ya que, a menor ingreso, mayor es el

consumo de alimentos baratos y altamente calóricos, lo que puede generar problemas de salud como obesidad, desnutrición y diabetes. Esta situación se agrava en adultos mayores, quienes representan el 14 % de la población y son particularmente afectados por enfermedades como la hipertensión y la diabetes. Por ello, es fundamental promover estilos de vida saludables y diseñar políticas públicas basadas en el conocimiento de los hábitos alimenticios y condiciones de vida de la población mexicana.

A nivel global, muchas de las principales enfermedades están asociadas con comportamientos perjudiciales para la salud y con entornos poco saludables. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, se han convertido en las principales causas de mortalidad mundial, siendo responsables de alrededor del 74% de las muertes a nivel global (OMS, 2022).

Tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con expertos en salud pública, han mostrado creciente preocupación por el impacto de estas enfermedades en los sistemas de salud y en la calidad de vida. Estas condiciones requieren un enfoque integral, que incluya estrategias dirigidas no solo al paciente, sino también a su entorno familiar, comunitario y al sistema de salud en su conjunto. Además, es importante que la promoción de la salud sea un proceso político y social que no solo fortalece capacidades individuales, sino que también busque transformar las condiciones sociales, económicas y ambientales que afectan la salud. No se enfoca en enfermedades específicas, sino en el bienestar general, abordando los determinantes sociales estructurales e intermedios mediante educación, creación de entornos saludables e intervenciones sociales y económicas, vinculándose con la realidad sociocultural de cada comunidad (Olivero, 2024).

Actualmente, González et al. (2019) menciona que se observa una modificación en los patrones de comportamiento que ha derivado en un estilo de vida cada vez menos saludable. Prácticas de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la inactividad física, el sobrepeso, y una dieta deficiente en alimentos naturales como frutas, verduras y granos integrales, han contribuido significativamente a la carga global de enfermedades crónicas.

En México, el perfil de salud ha cambiado en las últimas décadas, pasando de enfermedades infecciosas a crónicas y violencia, debido a la urbanización y cambios en los estilos de vida. Entre 1990 y 2021, los factores de riesgo causaron el 32.4 % de los años de vida saludable perdidos (AVISA), destacando los riesgos metabólicos como la principal causa. Mientras que los riesgos ambientales y conductuales disminuyeron, aumentaron los relacionados con la obesidad y niveles altos de glucosa. La desnutrición sigue siendo el principal riesgo en menores de cinco años. El país enfrenta un doble desafío: la persistencia de la desnutrición infantil y el aumento de enfermedades metabólicas en adultos, sobre todo en estados con menor desarrollo, lo que exige intervenciones específicas (Razo et al. 2023). En el caso de comunidades indígenas y otras poblaciones tradicionalmente marginadas, los efectos de la migración y el cambio ambiental han promovido una occidentalización de sus hábitos, lo cual ha derivado en un incremento de factores de riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2.

La diabetes es una enfermedad crónica, sistémica y heterogénea que se caracteriza por niveles elevados y persistentes de glucosa en la sangre (hiperglucemia), como consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina. Esta alteración afecta el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas. La enfermedad tiene una base genética, aunque también se ve influenciada por factores ambientales y de estilo de vida (OPS, 2023b; NOM-015-SSA2-2023).

Existen varios tipos de diabetes: la diabetes gestacional, la diabetes tipo 1 (de origen autoinmune, con destrucción de las células beta pancreáticas) y la diabetes tipo 2 (DMT2), que es la forma más común. Esta última se caracteriza por una resistencia a la acción de la insulina acompañada de una producción insuficiente de la misma. Suele diagnosticarse en adultos mayores de 30 años, especialmente en personas con obesidad, y presenta síntomas poco evidentes en etapas iniciales (American Diabetes Association (ADA), 2024).

La diabetes mellitus tipo 2 representa un desafío de salud pública en todo el mundo, con especial preocupación en países en desarrollo como México. De acuerdo a la International Diabetes Federation (IDF), (2023) esta enfermedad es el resultado de una interacción compleja entre predisposición genética y cambios en los estilos de vida

modernos, como la inactividad física, el consumo excesivo de alimentos ultra procesados, el estrés crónico y el aumento del sedentarismo.

Aunque puede manifestarse a cualquier edad, Jerez et al. (2022), indican que la incidencia aumenta significativamente después de los 40 años y con factores de riesgo como obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, antecedentes familiares o de diabetes gestacional, así como la inactividad física. Se considera la expresión final de alteraciones metabólicas crónicas que suelen pasar desapercibidas durante años, pero que podrían prevenirse con intervenciones oportunas sobre los factores ambientales y de estilo de vida.

Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2023), más de 537 millones de personas viven actualmente con diabetes en el mundo, y se estima que esta cifra superará los 643 millones en 2030. México se encuentra entre los primeros diez países con mayor número de personas afectadas. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud señala que desde el año 2000, la mortalidad por diabetes ha aumentado un 70 % a nivel mundial, convirtiéndose en una de las diez principales causas de muerte. En 2019, en la Región de las Américas, más de 284 mil personas murieron por esta enfermedad, con una tasa de mortalidad de 20,9 por cada 100 mil habitantes. Entre 2000 y 2019, también se registró un aumento considerable en los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), tanto por muertes prematuras como por años vividos con discapacidad. Como resultado, la diabetes se posicionó en 2019 como la segunda causa de AVAD y AVD, y la séptima de años de vida perdidos por muerte prematura.

En México, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022 indican que la prevalencia de diabetes entre adultos fue del 10.3%, con mayor frecuencia en mujeres (11.4%) que en hombres (9.2%). Además, la enfermedad continúa en ascenso desde 2006, y los estados con mayores prevalencias son Ciudad de México, Estado de México, Veracruz, Nuevo León y Tamaulipas (Shamah-Levy et al., 2023).

La diabetes es la principal causa de mortalidad en el país, se encuentra entre los países con más personas que viven con diabetes tipo 2 (DT2) y es uno de los cinco con mayor carga por esta enfermedad,

superando incluso a China, India y EE. UU. En 2021, la pérdida de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) fue un 60 % mayor que el promedio mundial y un 70 % más alta que en América Latina y el Caribe. La DT2 representó el 6.9 % del total de AVISA perdidos en el país, siendo la segunda causa después del COVID-19. De esta carga, el 65 % se debió a muertes prematuras, cifra significativamente mayor que el promedio global (48 %). Además, los hombres enfrentaron más muertes tempranas, mientras que las mujeres sufrieron más por discapacidad, un patrón común en países con servicios de salud poco eficaces (Montoya et al., 2023).

De acuerdo con Garrochamba (2024), señala que ciertos grupos raciales y étnicos, como los afroecuatorianos, hispanos, latinos e indígenas, tienen un mayor riesgo de desarrollar prediabetes y diabetes tipo 2 en comparación con personas blancas no hispanas. Estas poblaciones también presentan una mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares relacionadas, lo que refleja una vulnerabilidad más alta frente a estas condiciones de salud.

A pesar de que se ha priorizado en políticas de salud pública, la información sobre la prevalencia de diabetes y obesidad en poblaciones indígenas sigue siendo escasa. Hoy en día, la obesidad y el sobrepeso representan uno de los desafíos más importantes de salud pública a nivel mundial. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), uno de cada cinco adultos en sus países miembros vive con sobrepeso u obesidad, y aunque su crecimiento ha disminuido ligeramente en los últimos años, la tendencia sigue siendo ascendente. México, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Hungría encabezan la lista de países con las tasas más altas de obesidad (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 2017).

La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial, de evolución crónica, influida por factores genéticos, conductuales y ambientales. Se produce por un desequilibrio energético positivo, es decir, cuando el consumo calórico excede el gasto energético, lo que lleva a un aumento del tejido adiposo y del peso corporal. Este estado es el principal factor de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2023).

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación excesiva o anormal de grasa corporal que puede perjudicar la salud. Se calcula utilizando el índice de masa corporal (IMC), que resulta de dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado (kg/m^2). En adultos, se considera sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25, y obesidad cuando es igual o superior a 30 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022).

El exceso de peso es actualmente uno de los problemas más urgentes de salud pública en el mundo, según la Federación Internacional de Diabetes (IFD), (2025) no solo por su creciente prevalencia, sino también por las complicaciones asociadas. Incrementa considerablemente el riesgo de padecer enfermedades crónicas, reduce la calidad de vida, eleva la mortalidad prematura y genera altos costos para los sistemas de salud. Se estima que hasta el 90% de los casos de diabetes tipo 2 están relacionados con el sobrepeso y la obesidad

De acuerdo con datos de la OMS (2024), en 2016 más de 1,900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales más de 650 millones eran obesos. La prevalencia mundial de obesidad se ha triplicado desde 1975. En 2022, aproximadamente el 43% de los adultos tenían sobrepeso y el 16% eran obesos.

En México, la situación es particularmente crítica. Según la ENSANUT 2022, siete de cada diez adultos presentan sobrepeso u obesidad. La prevalencia combinada fue de 75.2%, con una tasa de obesidad de 36.9% y de sobrepeso de 38.3%. La obesidad fue más frecuente en mujeres (40.4%) que en hombres (33.3%), mientras que el sobrepeso fue más común en hombres (41.6%) que en mujeres (35.9%). Estos datos reflejan una problemática persistente que continúa agravándose con el tiempo (Shamah-Levy et al., 2023).

Para Barquera et al. (2024) la obesidad se asoció con un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemia. Además, los hombres consumieron el doble de energía a partir de bebidas energéticas industrializadas en comparación con las mujeres, y aquellos con el consumo más alto tuvieron más del doble de probabilidad de presentar obesidad.

Este estudio se justifica en la necesidad urgente de generar evidencia empírica local que permita conocer la situación actual de la salud en mujeres jefas de familia indígenas y no indígenas en una comunidad marginada del estado de Nuevo León. Al identificar la prevalencia de estilos de vida, sobrepeso, obesidad y diabetes, se contribuye a visibilizar las desigualdades existentes y a establecer las bases para diseñar estrategias de intervención culturalmente pertinentes y focalizadas. El objetivo del estudio se enfocó a determinar la prevalencia de estilos de vida, diabetes, sobrepeso y obesidad en población indígena y no indígena en una zona de alta marginación.

Metodología

El estudio se realizó mediante metodología cuantitativa con un diseño transversal con una muestra censal de 379 jefas de familia, la cual permitió ofrecer una aproximación diagnóstica confiable de esta problemática en un grupo poblacional clave para el entorno familiar y comunitario. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario FANTÁSTICO, herramienta validada que permite clasificar el estilo de vida en categorías, el cual emplea una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, valoradas del 1 al 5, y proporciona una puntuación total que va de 0 a 100 puntos. De acuerdo con los autores del instrumento, los resultados se interpretan en cinco niveles, según el siguiente rango de puntuación: <39 puntos: “Existe peligro”; 40–59 puntos: “Malo”; 60–69 puntos: “Regular”; 70–84 puntos: “Bueno”; 85–100 puntos: “Excelente”. Cuanto más baja sea la puntuación obtenida, mayor será la necesidad de modificar el estilo de vida. En términos generales, una puntuación “Excelente” sugiere que el estilo de vida tiene un impacto altamente positivo en la salud; “Bueno”, un impacto favorable; “Regular” indica la presencia de hábitos saludables, pero también de ciertos riesgos; mientras que “Malo” y “Existe peligro” reflejan estilos de vida que incluyen numerosos factores de riesgo para la salud.

El cuestionario evalúa nueve dimensiones clave del estilo de vida: relaciones familiares y sociales, actividad física, alimentación, consumo de tabaco y drogas, consumo de alcohol, hábitos de sueño, niveles de estrés, seguridad sexual, tipo de comportamiento, autopercepción y ocupación/oficio. Adicionalmente, se incluyó una sección de datos sociodemográficos, que contempla variables como:

edad, fecha y lugar de nacimiento, tiempo de residencia en la comunidad, dominio de alguna lengua indígena, nivel educativo, ocupación, estado civil e ingreso familiar mensual.

En este estudio la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 fue determinada mediante autorreporte, a través de la pregunta directa: “¿Alguna vez ha sido diagnosticada con diabetes por un médico?”. Para identificar el estado nutricional, se tomaron medidas antropométricas y se calculó mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), calculado a partir de la fórmula peso (kg)/talla² (m), clasificando a las participantes según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS): bajo peso (IMC < 18.5), peso normal (18.5–24.9), sobrepeso (25.0–29.9) y obesidad (≥ 30).

Los datos fueron recolectados en campo por personal capacitado, y posteriormente se ingresaron y analizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics, versión 25. Se realizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar), así como pruebas de asociación (Chi-cuadrado) para determinar si existían diferencias significativas entre el origen étnico y las variables principales del estudio. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Cabe señalar que este estudio se desarrolló en cumplimiento con lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), el cual establece que toda investigación debe llevarse a cabo garantizando el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar de las personas participantes. Se aseguró en todo momento la confidencialidad y el resguardo seguro de la información proporcionada por las participantes. El estudio fue clasificado como de riesgo mínimo, ya que únicamente se recolectaron datos mediante encuestas estructuradas y mediciones antropométricas, sin procedimientos invasivos ni intervenciones que pudieran afectar la integridad física o psicológica de las personas involucradas. El protocolo fue sometido a la evaluación y aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), institución académica responsable del proyecto.

Para el desarrollo operativo del estudio, se contó con el apoyo del Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (CINSP) de la FaSPyN-UANL, que fungió como sede para la planificación, capacitación del personal, resguardo de los instrumentos y procesamiento inicial de la información. Además, se utilizó el Centro Comunitario de la Asociación Zihuame Mochila A.C. como espacio para la implementación de la prueba piloto, lo que permitió ajustar aspectos logísticos y metodológicos del cuestionario. En la ejecución del estudio participaron estudiantes de la Maestría en Ciencias en Salud Pública, profesores-investigadores, tutores académicos, y alumnos de licenciatura de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Se utilizaron equipos personales de cómputo para el procesamiento de datos, así como instrumental validado báscula y estadímetro proporcionado por la propia facultad para la toma de medidas antropométricas.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recopilados en la comunidad marginada del estado de Nuevo León. El estudio incluyó mujeres jefas de familia, tanto indígenas como no indígenas, y tuvo como objetivo identificar la prevalencia de estilos de vida, sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2, así como explorar posibles diferencias según el origen étnico. Los hallazgos permiten visualizar el perfil de salud de esta población vulnerable y aportan evidencia para el diseño de estrategias de intervención en contextos similares.

La muestra estuvo compuesta por 379 mujeres jefas de familia, con una edad promedio de 40.8 años. La mayoría estaba casada o vivía con pareja (83.4%). En cuanto al nivel educativo, predominó la secundaria (39.1%) y la primaria (29.3%), mientras que solo el 0.8% contaba con estudios de licenciatura. Respecto a la situación laboral, el 47.1% estaba económicamente activa. La mayoría reportó ingresos mensuales bajos: el 41.4% ganaba entre \$2,598 y \$5,196, y el 37.4% entre \$5,196 y \$10,398 pesos. En cuanto al lugar de origen, el 58% eran originarias de Nuevo León, seguido por Veracruz (13.2%) y San Luis Potosí (9.6%), lo que refleja un componente migratorio relevante. En general, la muestra se caracteriza por condiciones de bajo nivel educativo, ingresos limitados y alta vulnerabilidad social, factores que pueden influir en su salud y estilos de vida (Tabla 1).

Tabla 1*Caracterización de la muestra*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	<u>40.8+</u> 13.7	
Estado civil		
Con pareja	316	83.4
Escolaridad		
Ninguno	28	7.4
Primaria	111	29.3
Secundaria	41	39.1
Preparatoria	37	9.8
Licenciatura	3	.8
Ocupación		
Activo económicamente	8	47.1
Ingreso		
Mas de 18186	3	0.8
Entre 10398-\$18186	23	6.5
Entre 5196-\$10,398	132	37.4
Entre 2598-\$5196	146	41.4
Menos de \$2598	49	13.9
Lugar de origen		
Nuevo León	220	58
Veracruz	50	13.2
Coahuila	16	4.2
Tamaulipas	25	6,6
San Luis Potosí	36	9.6

Enfermedades crónicas y estilos de vida en jefas de familias

El estado general de salud de las mujeres sujetas de estudio, se presenta una alta prevalencia de exceso de peso, con un 33.5% de las participantes en condición de sobrepeso y un 47.1% con obesidad, lo que representa un 80.6% de la población. Solo el 17.2% presentó peso normal, y el 2.1% bajo peso. Respecto a la diabetes tipo 2, el 21.4% de las mujeres encuestadas reportó haber sido diagnosticada por un médico. La evaluación de los estilos de vida, utilizando el cuestionario FANTÁSTICO, reveló que el 63.6% de las participantes mantiene un estilo de vida “bueno” y el 21.4% uno “excelente”, mientras que el 12.4% fue clasificado como “regular” y el 2.6% presentó un estilo de vida considerado “malo” o de “riesgo”. (Tabla 2).

Tabla 2

Estado Nutricional, Prevalencia de Diabetes y Estilos de Vida de la Población

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso	8	2.1
Normal	65	17.2
Sobrepeso	126	33.5
Obesidad	177	47.1
Diabetes		
Si	81	21.4
No	298	78.6
Estilo de vida		
Riesgo/Malo	10	2.6
Regular	47	12.4
Bueno	241	63.6
Excelente	81	21.4
Total	379	100.0

Con respecto a la distribución de los estilos de vida según el grupo étnico, se observó que un mayor porcentaje de mujeres indígenas

reportó un estilo de vida “bueno” (72.7%) en comparación con las no indígenas (62.0%). Asimismo, el 10.6% de las mujeres indígenas alcanzó un estilo de vida “excelente”, frente al 23.1% en el grupo no indígena. No obstante, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p = 0.208$), con una odds ratio (OR) de 1.63 e intervalo de confianza al 95% de 0.8 a 3.0, lo que indica que no hay asociación significativa entre el origen étnico y el estilo de vida reportado. (Tabla 3).

Tabla 3
Estilo de vida según grupo étnico

Variable	Indígena (n=55)		No-Indígena (n=324)		Total (n=379)	
	F	%	F	%	F	%
Estilo de vida						
<i>Riesgo/Malo</i>	1	1.8	9	2.8	10	2.6
<i>Regular</i>	8	14.5	39	12.0	47	12.4
<i>Bueno</i>	40	72.7	201	62.0	241	63.6
<i>Excelente</i>	6	10.6	75	23.1	81	21.4
Total	55	100.0	324	100.0	379	100.0

Nota: Prueba Chi-Cuadrada, $p > 0.005$.

Estado comparativo de la prevalencia del estado nutricional de la población estudio

La distribución del estado nutricional según el origen étnico. Se observó que el sobrepeso fue ligeramente más frecuente en la población indígena (42.6%) en comparación con la no indígena (32.0%). Por otro lado, la obesidad fue más prevalente entre las mujeres no indígenas (48.1%), frente al 40.7% en el grupo indígena. A pesar de estas diferencias, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el origen étnico y el estado nutricional ($p = 0.328$), con una OR de 1.35 e IC 95% de 0.7 a 2.4. (Tabla 4).

Tabla 4*Estado nutricional de la población*

Variable	Indígena (n=55)		No-Indígena (n=324)		Total (n=379)	
	F	%	F	%	F	%
<i>Bajo Peso</i>	0	0.0	8	2.5	8	2.1
<i>Normal</i>	9	16.7	56	17.4	65	17.3
<i>Sobrepeso</i>	23	42.6	103	32.0	126	33.5
<i>Obesidad</i>	22	40.7	155	48.1	177	47.1
Total	54	100.0	322	100.0	376	100.0

Nota: *Prueba Chi-Cuadrada, p>0.005.*

Comparación de prevalencia de diabetes entre mujeres indígenas y no indígenas

La prevalencia de diabetes fue ligeramente mayor en el grupo indígena (16.4%) en comparación con el grupo no indígena (15.1%). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.813$), con una OR de 1.09 e intervalo de confianza al 95% de 0.5 a 2.3, lo que indica que no se puede establecer una relación significativa entre el origen étnico y el diagnóstico de diabetes en la muestra analizada. (Tabla 5).

Tabla 5*Diabetes por grupo de estudio*

Variable	Indígena (n=55)		No-Indígena (n=324)		Total (n=379)	
	F	%	F	%	F	%
Diabetes						
Si	9	16.4	49	15.1	58	15.3
No	46	83.6	275	84.9	321	84.7
Total	55	100	324	100	379	100

Nota: *Prueba Chi-Cuadrada, p>0.005.*

Discusión

Los resultados muestran que una proporción importante de mujeres indígenas y no indígenas reportaron estilos de vida “buenos” o “excelentes”, aunque las no indígenas destacaron ligeramente en el nivel “excelente”. Si bien no se encontró una relación estadísticamente significativa entre origen étnico y estilo de vida ($p > 0.05$), estos datos invitan a un análisis más estructural.

Tal como plantea Serrano (2015), los estilos de vida no son decisiones individuales aisladas, sino el resultado de una negociación constante entre herencia cultural, entorno urbano y condiciones estructurales. En nuestro caso, muchas mujeres viven en contextos marcados por bajos ingresos, escasa educación y limitada infraestructura, lo que restringe sus posibilidades reales de mantener hábitos saludables.

La experiencia de las mujeres indígenas, en particular, refleja una adaptación entre prácticas tradicionales y las exigencias del entorno urbano. Más que reproducir un estilo de vida indígena “puro”, estas mujeres enfrentan tensiones similares a las descritas por Serrano, actuando como agentes que ajustan sus hábitos según posibilidades y restricciones.

Las prevalencias de sobrepeso (42.6%) y obesidad (40.7%) observadas en la población indígena de este estudio coinciden con hallazgos previos, como los reportados por Herrera et al. (2012) en comunidades nahuas de Ixtaczoquitlán, Veracruz, donde se identificó una prevalencia de sobrepeso del 41% y de obesidad del 36.5%. A pesar de que las comunidades analizadas se encuentran en contextos diferentes una en un entorno urbano y la otra en su hábitat tradicional, ambos grupos parecen estar siendo impactados por el proceso de transición epidemiológica y ambiental, lo cual sugiere una creciente adopción de estilos de vida urbanos en poblaciones indígenas vulnerables.

El sobrepeso y obesidad sigue en aumento desde edades tempranas, tal como lo declaran Dórame-López et al., (2024) en un estudio en escolares yaquis su prevalencia fue de 38.5 %, cifra superior al promedio nacional en escolares mexicanos (37.3 %) y a la registrada en

otros grupos indígenas como los otomíes (28.4 %) y las etnias oaxaqueñas (15 %). También superó la prevalencia observada en escolares indígenas de Australia (36 %) y Colombia (19.5 %), así como en niños mexicanos en situación de vulnerabilidad (31.4 %). Sin embargo, fue muy similar a la registrada en escolares de la región Pacífico Norte (38.3 %), donde se ubica Sonora, estado de origen de la comunidad yaqui.

En esta misma línea, la diabetes tipo 2 es una enfermedad surge de la combinación entre predisposición genética y cambios en el estilo de vida. Este estudio analiza esa interacción comparando a los Pimas mexicanos con los Pimas de Estados Unidos, así como a los Pimas mexicanos con personas no Pimas en un entorno similar. Los Pimas mexicanos mostraron menor prevalencia de DT2 y obesidad, así como una dieta más baja en grasa, mayor consumo de fibra y niveles más altos de actividad física. La prevalencia de diabetes ajustada por edad y sexo aumentó modestamente entre los Pimas (1.3 veces), mientras que en los individuos blancos se incrementó de forma más marcada (3.8 veces). Estos hallazgos sugieren que, incluso en poblaciones con predisposición genética, el estilo de vida puede tener un papel determinante en el desarrollo de la enfermedad (Urquidez-Romero et al., 2014).

A pesar de estas cifras elevadas, estudios recientes realizados en México muestran que las diferencias entre población indígena y no indígena no siempre son estadísticamente significativas. Por ejemplo, Stoddard et al. (2011) evaluaron si la obesidad y la diabetes eran menos frecuentes en adultos indígenas, encontrando que, si bien algunos indicadores sugerían menor riesgo en esta población, los resultados no fueron concluyentes y las brechas se han ido reduciendo. Estas observaciones refuerzan la hipótesis de que las comunidades indígenas, históricamente marginadas, están siendo alcanzadas por los efectos de la transición nutricional y epidemiológica, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes tipo 2.

Por otro lado, la alta prevalencia de obesidad y diabetes en la muestra, independientemente del grupo étnico, sugiere que los determinantes sociales de la salud como la pobreza, la falta de infraestructura y la exclusión sistemática— desempeñan un papel más

decisivo que la pertenencia cultural per se. Esto coincide con lo señalado por Barquera et al. (2024), quienes destacan que la obesidad y la diabetes en México están fuertemente asociadas a factores estructurales más que a elecciones personales aisladas.

Conclusión

Los resultados de este estudio revelan una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y diabetes en mujeres jefas de familia que habitan una comunidad marginada del estado de Nuevo León, sin diferencias estadísticamente significativas entre mujeres indígenas y no indígenas. Aunque las participantes indígenas mostraron estilos de vida ligeramente más saludables, esta diferencia no fue significativa, lo que indica que ambas poblaciones están igualmente expuestas a factores de riesgo asociados con la transición hacia estilos de vida más sedentarios y con patrones alimentarios menos saludables.

Estos hallazgos coinciden con la tendencia nacional y regional que refleja el avance de enfermedades crónicas no transmisibles en comunidades tradicionalmente menos afectadas, como las indígenas, lo que representa un reto importante para el sistema de salud. La modernización, la urbanización y la marginación social están incidiendo negativamente en la salud de estas poblaciones, exacerbando su vulnerabilidad.

Ante este panorama, es indispensable desarrollar estrategias de prevención e intervención que consideren el contexto sociocultural de cada grupo, especialmente en comunidades indígenas. Estas acciones deben enfocarse en la promoción de estilos de vida saludables, la detección oportuna de enfermedades metabólicas y el fortalecimiento de los programas de salud pública con enfoque intercultural, buscando reducir las desigualdades en salud y mejorar la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables.

Referencias

- American Diabetes Association, (2024). Improving Care and Promoting Health in Populations: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care* 1; 47 (Supplement_1): 11–19. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>
- Barquera S, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Rodríguez-Ramírez S, Monterrubio-Flores E, Trejo-Valdivia B, Martínez-Tapia B,

- Aguilar-Salinas C, Galván-Valencia O, Chávez-Manzanera E, Rivera-Dommarco J, Campos-Nonato I. (2024). Obesidad en adultos. *Salud Pública Mex*, 66, 414-424. <https://doi.org/10.21149/15863>
- Carrion, T. (2023). Factores sociodemográficos y estilos de vida en el adulto del asentamiento humano Villa Universitaria Nuevo Chimbote, 2023. ULADECH Católica. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/35664>
- Comisión Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). (2021). *Indicadores sociodemográficos de los pueblos indígenas*. Recuperado el 13 de abril de 2022 de <https://www.gob.mx/inpi>
- CONEVAL. (2020). *Informe de pobreza y evaluación*. Recuperado el 10 de junio de 2022 de <https://www.coneval.org.mx>
- Dórame-López, Norma A., Bobadilla-Tapia, Leticia E., Tapia-Villaseñor, Alejandra, Gallegos-Aguilar, Ana C., Serna-Gutiérrez, Araceli, Alemán-Mateo, Heliodoro, & Esparza-Romero, Julián. (2024). Diagnóstico del estado nutricional, dislipidemia y factores de riesgo asociados en escolares indígenas yaquis. *Gaceta médica de México*, 160(1), 57-66. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000358>
- Esparza, J., Valencia, M. E., Urquidez, R., Chaudhari, L. S., Hanson, R. L., Knowler, W. C., & Schütz, Y. (2015). Lifestyle transition and its health implications in the Pima Indians. *Obesity Reviews*, 16(9), 713–721.
- Federación Internacional de Diabetes (IDF) (2025). Datos y cifras. Recuperado el 20 de febrero de 2025 de <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
- Frank, M. & Durden, E. (2017). Ethnomedical knowledge, diabetes and indigenous health in Yucatán, Mexico. *Medical Anthropology*, 36(5), 479–493.
- García-Laguna, D.G., García-Salamanca, G.P., Tapiero-Paipa, Y.P., & Ramos D.M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17, (2), 169–185. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a12.pdf>
- Garrochamba, B. D. (2024). Factores de Riesgo Asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, 5(2), 101–115. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.123>

- González, P., Hernández, E., K., Rodríguez, L., Castillo, R., Salazar, J. & Camacho, J. (2019). Percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de ciencias de la salud de Saltillo. *Enfermería Global*, 18(56), 398-422. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.351381>
- Herrera-Huerta, EV., García-Montalvo, EA., Méndez-Bolaina, E., López- López, JG., et al. (2012). Sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas de 76 Ixtaczoquitlán. Veracruz, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 345-349.
- INEGI. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 20 de agosto de 2021 de <https://www.inegi.org.mx>
- International Diabetes Federation (IDF). (2023). *IDF Diabetes Atlas (10th ed.)*. Recuperado el 17 de mayo de 2024 de <https://diabetesatlas.org>
- Jerez, C. I., Medina, Y. A., Ortiz, A. S., González, S. I. & Aguirre, M. C. (2022). Fisiopatología y alteraciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2: revisión de literatura. *Revista Nova publicación científica En Ciencias biomédicas*, 20(38), 65-103. <https://doi.org/10.22490/24629448.6184>
- Mindiola, L. M. & Ortega-Bolaños, J. A. (2022). Factores de riesgo asociados a diabetes mellitus en comunidades indígenas de cuatro países (Argentina, Brasil, Colombia y Chile) en el periodo 2010-2020. *Revista de Salud Pública*, 24(3). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n3.102112>
- Montoya, A., Gallardo-Rincón, H., Silva-Tinoco, R., García-Cerde, R., Razo, C., Ong, L., Stafford, L., Lenox, H. & Tapia-Conyer, R. (2023). Epidemia de diabetes tipo 2 en México. Análisis de la carga de la enfermedad 1990-2021 e implicaciones en la política pública. *Gaceta médica de México*, 159(6), 488-500. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000378>
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2023. (2023). Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. *Diario Oficial de la Federación*.
- Olivero, I. V. (2024). Los niveles de prevención y su relación con el Proceso Salud-Enfermedad: Proceso Salud-Enfermedad-Prevención. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De*

- Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 12(24), 73-87. <https://doi.org/10.29057/icsa.v12i24.10856>
- Organización de las Naciones Unidas (2025). Pueblos indígenas. Recuperado el 8 de enero 2025 de <https://www.un.org/es/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 23 de febrero de 2025 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 23 de noviembre de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- 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>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023b). Diabetes. Recuperado el 15 de enero de 2025 de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2025). Día Mundial de la Obesidad: un desafío global. Recuperado el 10 marzo de 2025 de <https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2025-dia-mundial-obesidad-desafio-global>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2017). *Obesity Update 2017*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Recuperado el 9 de octubre de 2020 de <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Obesity-Update-2017.pdf>
- Razo, C., Morales-Juárez, L. Cagney, J., Ríos-Blancas, M., & Montoya, A. (2023). Carga atribuible a factores de riesgo en México, 1990-2021. Resumen de los hallazgos del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta médica de México*, 159(6), 539-548. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000434>
- Reglamento general de salud (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado el 7 diciembre de 2015, de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

- Sánchez-Vega, Laura, & Espinoza-Ortega, Angélica. (2024). Estudios sobre los estilos de vida y su relación con la alimentación en México. Una revisión. *Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 34(63), e241403. <https://doi.org/10.24836/es.v34i63.1403>
- Serrano, M. (2015). “Soy de los dos lados, a la mitad me quedo” Estilos de vida en jóvenes indígenas urbanos de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *Cuicuilco Revista De Ciencias Antropológicas*, 22(62), 149-174. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/6207>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, L. M., Gaona-Pineda, E. B., & Rivera-Dommarco, J. A. (2023). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022: Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx>
- Stoddard, P., Handley, M. A., Bustamante, A. V., & Schillinger, D. (2011). The influence of indigenous status and community indigenous composition on obesity and diabetes among Mexican adults. *Social Science & Medicine*, 73(11), 1635-1643.
- Urquidez-Romero, R., Esparza-Romero, J. & Valencia M. (2015). Interacción entre genética y estilo de vida en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2: el estudio en los indios pima. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*. XVII (1): 40-46. <file:///Users/licangeles/Downloads/admin,+7.pdf>.

El enfoque integrador del autocuidado en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2: una perspectiva desde el trabajador social

Citlalli Teresita De León Soto¹
Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos¹
Francisca Elizabeth Pérez Tovar¹

Resumen

El presente estudio aborda la necesidad de fortalecer el autocuidado en personas adultas mayores con enfermedades crónicas, considerando un contexto caracterizado por transformaciones familiares y un sistema de salud que no siempre brinda atención integral. El objetivo fue examinar el rol del trabajador social, desde un enfoque integrador, en la promoción del autocuidado y la mejora de la calidad de vida de personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2. La investigación se desarrolló bajo un paradigma cualitativo, descriptivo e interpretativo, con diseño transversal y enfoque fenomenológico. Se realizaron entrevistas en profundidad con una muestra intencional de trabajadores sociales adscritos a instituciones del sector salud en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Esta estrategia permitió capturar las experiencias vividas de los participantes, resaltando la importancia de una intervención que articule recursos sanitarios y comunitarios y subraye la función estratégica del trabajador social en la atención integral de personas adultas mayores. Los resultados evidenciaron vacíos en la integración de estrategias de atención que contemplen simultáneamente las dimensiones familiares y de salud, así como la necesidad de actualizar los contenidos de los materiales utilizados en la educación social. Asimismo, se observó que la intervención integradora no solo favorece la práctica del autocuidado, sino que también fortalece redes

¹ Universidad Autónoma de Tamaulipas

de apoyo y contribuye a ofrecer una atención más humana y personalizada. Este enfoque posibilita que los adultos mayores desarrollen capacidades de autonomía, adherencia al tratamiento y manejo efectivo de su enfermedad, promoviendo su bienestar integral.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial (alrededor del 8,5 % de la población adulta), y representa uno de los principales desafíos para la salud pública, especialmente en la población de personas adultas mayores. La alta prevalencia de esta enfermedad, junto con las complicaciones asociadas a un manejo inadecuado, pone de manifiesto la necesidad urgente de un enfoque integral para su manejo (Mondéjar-Barrios et al., 2013). En este contexto, el autocuidado, a través de hábitos como la alimentación saludable, la actividad física regular y el cumplimiento de la medicación, se ha establecido como una estrategia crucial para el control de la DM2. Sin embargo, a pesar de su importancia, las tasas de complicaciones continúan siendo preocupantes, lo que resalta la urgencia de abordar no solo los aspectos médicos, sino también los factores sociales, económicos y culturales que afectan la capacidad de las personas adultas mayores para gestionar su enfermedad (Cortés-Hernández et al., 2025).

En la literatura existente, se ha enfatizado que el autocuidado no debe ser visto como una responsabilidad exclusivamente individual, sino como un proceso condicionado por una interacción de factores sociales, culturales y estructurales. Esto es particularmente relevante en la población de personas adultas mayores, que se enfrenta a desafíos adicionales como la multimorbilidad, el aislamiento social y el acceso limitado a servicios médicos (Chard et al., 2022). Un enfoque interseccional, como el propuesto por Chard et al. (2022), resalta la importancia de comprender cómo estos factores influyen de manera directa en las prácticas de autocuidado, destacando la necesidad de respuestas estructuradas e integradas que promuevan un manejo integral de la enfermedad.

El Trabajo Social, en este contexto, desempeña un papel fundamental al abordar los determinantes sociales de la salud y al promover la integración de la salud física, emocional y social. Desde

una perspectiva integradora, el Trabajo Social va más allá de los enfoques biomédicos tradicionales, situando a la persona como el centro de la intervención, reconociendo sus saberes, su dignidad y su contexto vital. En lugar de simplemente asistir o proporcionar cuidado, el Trabajo Social en salud busca empoderar a los pacientes, promoviendo la autonomía, la participación activa en la toma de decisiones y el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario (Obando y Quilumba, 2025; Weng y Valenzuela, 2022). Este enfoque no solo se limita al ámbito médico, sino que también aboga por un acompañamiento emocional y psicológico que permita a las personas adultas mayores enfrentar de manera efectiva los retos que impone la diabetes tipo 2.

De acuerdo con Darcy et al. (2023), las intervenciones multicomponentes, que integran la educación, el apoyo emocional, la participación comunitaria y los recursos sociales, han demostrado ser más efectivas para promover hábitos saludables sostenibles. Este enfoque, que se alinea con el modelo socioecológico de Bronfenbrenner (1979), destaca que la salud es el resultado de la interacción de diversos factores a nivel micro (familia, redes sociales), meso (comunidad), exo (sistemas de salud) y macro (políticas públicas). El Trabajo Social, como facilitador en este proceso, actúa en la creación de redes de apoyo y en la conexión entre el paciente y los recursos disponibles, fomentando un autocuidado sostenido y accesible.

A nivel práctico, la Organización Mundial de la Salud (2013) define el autocuidado como la capacidad de las personas para promover su salud, prevenir enfermedades, mantener el bienestar y gestionar su enfermedad con o sin la ayuda de un profesional. En el caso de la diabetes tipo 2, el autocuidado implica no solo un manejo adecuado de la alimentación y el ejercicio, sino también la monitorización de los niveles de glucosa, la adherencia terapéutica y la gestión del estrés. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) también resalta la importancia de integrar estos factores en el proceso de autocuidado, ya que la gestión de enfermedades crónicas como la DM2 requiere un enfoque multidisciplinario que no solo abarque el cuidado biomédico, sino que también considere las circunstancias socioeconómicas de los pacientes. El Trabajo Social juega un papel esencial en facilitar la integración de estos aspectos dentro de la vida diaria de los pacientes,

utilizando un enfoque integral que respete su contexto social y cultural (García-García et al., 2019).

En este sentido Peñarrieta de Córdoba y León-Hernández (2019), en su trabajo sobre automanejo en personas con enfermedades crónicas, refuerzan la necesidad de un enfoque que considere la complejidad de las enfermedades crónicas y cómo estas afectan la vida de las personas en contextos diversos.

El autocuidado no debe ser un proceso aislado, sino que debe estar respaldado por un sistema de apoyo que incluya no solo a los profesionales de la salud, sino también a la familia y la comunidad. Este enfoque es respaldado por Weng y Valenzuela (2022), quienes destacan que el Trabajo Social, a través de su enfoque biopsicosocial, permite identificar las necesidades del paciente, apoyar a las familias y garantizar que los pacientes tengan acceso a la atención integral necesaria para gestionar su enfermedad de manera efectiva.

En la misma línea, Cortés-Hernández et al. (2025) y Buesaquillo-Quemag y Panamá-Alba (2024) han demostrado que el autocuidado adecuado en personas adultas mayores con DM2 se asocia directamente con una mejor calidad de vida en diversas dimensiones, incluyendo lo físico, psicológico, social y ambiental. Sin embargo, la falta de recursos, el aislamiento social y la desinformación siguen siendo barreras críticas que dificultan la implementación efectiva del autocuidado. Estos hallazgos resaltan la importancia de intervenciones preventivas y educativas diseñadas para superar estas barreras y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Finalmente, el Trabajo Social debe desempeñar un papel clave en la construcción de estrategias integradoras que consideren tanto los aspectos médicos como los psicosociales del autocuidado, promoviendo un enfoque integral que permita a las personas adultas mayores con diabetes tipo 2 no solo gestionar su enfermedad, sino también participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud, fortaleciendo su empoderamiento y autonomía. Este enfoque multidisciplinario, en el que el Trabajo Social juega un rol mediador entre los pacientes, los servicios de salud y la comunidad, es esencial para mejorar el manejo de la diabetes tipo 2 y promover el bienestar general de esta población (Vázquez-González et al., 2014).

Marco Teórico

1. El envejecimiento y la carga de la enfermedad crónica

El envejecimiento es un proceso que conlleva una serie de transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales, las cuales aumentan la susceptibilidad a diversas enfermedades crónicas, siendo la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) una de las más prevalentes. Esta enfermedad impacta significativamente a la población de personas adultas mayores, constituyendo una de las principales causas de discapacidad, dependencia y mortalidad (Mondéjar-Barrios, et al., 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), la diabetes tipo 2 afecta principalmente a las personas adultas mayores, quienes enfrentan un mayor riesgo de sufrir complicaciones si no gestionan adecuadamente su condición. Este desafío se ve agravado por la presencia de multimorbilidad, lo que implica que muchas personas adultas mayores padecen múltiples enfermedades crónicas simultáneamente, complicando aún más la gestión de su salud.

La transición demográfica y epidemiológica que ha experimentado la sociedad, sumada a las desigualdades estructurales, ha dado lugar a una creciente demanda por modelos de atención que no solo consideren el aspecto biomédico, sino que reconozcan la integralidad de las necesidades de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas. Estos modelos deben integrar lo social, lo emocional y lo cultural, abordando las dimensiones que trascienden la simple atención médica (Cortés-Hernández et al., 2025). En este contexto, las intervenciones deben ser diseñadas considerando las complejidades de la vida de las personas adultas mayores, enfocándose en su bienestar general y en el acceso equitativo a los recursos necesarios para su cuidado.

2. El autocuidado: concepto y evolución

El autocuidado ha sido conceptualizado históricamente como un conjunto de prácticas orientadas a la prevención de enfermedades, el mantenimiento de la salud y la gestión de los síntomas (Orem, 1993). Dorothea Orem fue pionera en la conceptualización formal del autocuidado a través de su Teoría del Autocuidado, que sostiene que el individuo, en interacción con su entorno, desarrolla las capacidades necesarias para cuidar de sí mismo. Sin embargo, cuando las demandas

de salud exceden las capacidades del individuo, es necesaria la intervención profesional para fortalecer el autocuidado (Orem, 1993).

En el contexto de las personas adultas mayores, la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Leininger (2002) aporta una visión más contextualizada, sugiriendo que las prácticas de autocuidado están profundamente influenciadas por los valores culturales, las creencias y los estilos de vida de las personas. Este enfoque es especialmente relevante cuando se trata de personas adultas mayores, quienes poseen trayectorias de vida y experiencias únicas que influyen en su forma de gestionar su salud.

Desde una perspectiva global, la Organización Mundial de la Salud (2013) amplió el concepto de autocuidado, definiéndolo como la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y hacer frente a la enfermedad, con o sin el apoyo de profesionales de la salud. En el caso específico de la DM2, el autocuidado implica prácticas como una alimentación equilibrada, actividad física regular, monitoreo de los niveles de glucosa, manejo del estrés y adherencia a los tratamientos médicos (Arias-González et al., 2015; Mondéjar-Barrios et al., 2013).

3. Enfoque integrador del autocuidado: modelo socioecológico

El enfoque integrador del autocuidado sostiene que la salud es el resultado de una interacción entre factores individuales, sociales, comunitarios e institucionales. Este enfoque se fundamenta en el modelo socioecológico propuesto por Bronfenbrenner, que explica cómo los niveles micro (familia y redes sociales), meso (comunidad), exo (sistemas de salud) y macro (políticas públicas) interactúan y condicionan los comportamientos de salud (Darcy et al., 2023; Buesaquillo-Quemag y Panamá-Alba et al., 2024).

Este enfoque también se alinea con el paradigma de los determinantes sociales de la salud, que reconoce la influencia de factores como el nivel educativo, la situación económica, el acceso a los servicios de salud, y el entorno físico y social sobre la salud de las personas. El autocuidado debe ser promovido desde una estrategia colectiva, intersectorial y comunitaria, como lo demuestra el Programa de Asociación Comunitaria de la Unidad de Investigación sobre

Envejecimiento, Comunidad y Salud (ACHRU-CPP), que busca implementar intervenciones integrales en personas adultas mayores con diabetes tipo 2 (Yous et al., 2023).

4. Estrategias desde el Trabajo Social

Desde la perspectiva del Trabajo Social, el autocuidado es un proceso dinámico y complejo, influido por diversos factores estructurales y contextuales. El trabajador social desempeña un papel fundamental como facilitador del empoderamiento y de la educación para la salud, así como en la creación de redes de apoyo, tanto formales como informales, que favorezcan el autocuidado en las personas adultas mayores. Como lo señalan Weng y Valenzuela (2022), los trabajadores sociales juegan un papel clave en la identificación de necesidades biopsicosociales, el apoyo a los cuidadores familiares, la toma de decisiones clínicas y la elaboración de planes de atención centrados en la persona adulta mayor.

De acuerdo con Santamaría-Ochoa y Cid de León-Bujanos (2013), una de las estrategias implementadas para abordar estos retos ha sido la creación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Estos grupos, organizados por los propios pacientes bajo la supervisión de personal médico, son fundamentales no solo para la educación en salud, sino también para el fortalecimiento de redes de apoyo y el fomento del empoderamiento de los pacientes en su proceso de autocuidado.

Grupos de Ayuda Mutua: Un Pilar en la Promoción del Autocuidado

Los GAM son una herramienta clave dentro del sistema de salud para el manejo de la diabetes. Estos grupos permiten a los pacientes compartir experiencias, recibir apoyo emocional y, lo más importante, aprender sobre el autocuidado desde una perspectiva colectiva. Según Santamaría-Ochoa y Cid de León-Bujanos (2013), los GAM no solo sirven para educar a los pacientes, sino que también promueven la corresponsabilidad en la salud, fomentando un sentido de comunidad y apoyo mutuo entre los participantes. Estos grupos ofrecen un espacio en el que los pacientes se empoderan, desarrollan un mayor conocimiento sobre su enfermedad y refuerzan su compromiso con el autocuidado.

Desafíos en la Implementación de los GAM

A pesar de su efectividad, los GAM enfrentan varios desafíos, entre ellos la falta de apoyo familiar, la dificultad de acceso a estos grupos debido a la situación económica y la escasa comprensión de los términos médicos utilizados. Santamaría-Ochoa y Cid de León-Bujanos (2013) destacan que, aunque los GAM han demostrado ser efectivos para mejorar la adherencia al tratamiento, su impacto se ve limitado por estas barreras. Además, la calidad de la comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes es un factor clave en la eficacia de estos programas. La falta de comprensión de los mensajes sobre la diabetes puede ser un obstáculo significativo para el éxito del autocuidado. Por ello, los autores sugieren la incorporación de comunicadores especializados en salud para mejorar la pedagogía y la comunicación dentro de los GAM.

El Trabajo Social en salud se basa en el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), que entiende la salud como una interrelación entre lo biológico, lo psicológico y lo social. En este sentido, el trabajador social no solo se enfrenta a las necesidades inmediatas del paciente, sino que también trabaja para fortalecer la autonomía, resiliencia y participación activa de las personas adultas mayores en la gestión de su salud (Obando y Quilumba, 2025; Quintela & Veiga, 2022).

El modelo de intervención basado en las fortalezas de Saleebey (2002) ofrece una visión alternativa a los enfoques deficitarios, promoviendo que el Trabajo Social valore los recursos, habilidades y capacidades de la persona adulta mayor como punto de partida para la intervención.

5. Facilitadores y barreras del autocuidado en personas adultas mayores con DM2

Diversos estudios han identificado factores que facilitan o dificultan el autocuidado en personas adultas mayores con diabetes. Entre los facilitadores se incluyen el apoyo social, el acceso a información clara sobre la enfermedad, la alfabetización en salud y la experiencia previa en el manejo de la enfermedad (Cuevas-Muñiz & Cabello-Garza, 2023; Figueiroa et al., 2020). A su vez, aspectos emocionales como la culpa o la autoeficacia, como lo teorizó Bandura (1986), juegan un papel

importante en la motivación de los pacientes para mantener comportamientos saludables (Wardian & Sun, 2015).

Por otro lado, las barreras incluyen el aislamiento social, el deterioro funcional, la polifarmacia, la falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, y la limitada cobertura de programas comunitarios (Bustamante et al., 2018; Cortés-Hernández et al., 2025). Frente a este panorama, el Trabajo Social enfrenta el desafío de diseñar estrategias integrales y personalizadas que consideren las trayectorias de vida, los recursos personales y las necesidades del entorno de cada persona adulta mayor, promoviendo así un autocuidado sostenible y culturalmente pertinente.

Metodología

El enfoque fenomenológico, utilizado en este estudio, tiene como objetivo explorar las experiencias vividas de los participantes desde su propia perspectiva (Gallardo, 2017; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). Este enfoque es esencial para comprender el papel de los trabajadores sociales en la promoción del autocuidado, ya que permite desentrañar las experiencias personales y percepciones de los trabajadores sociales sobre su intervención en el cuidado de personas adultas mayores con diabetes tipo 2 (Izcara, 2014). A través de este enfoque, se analizarán las narrativas de los trabajadores sociales, enfocándose en cómo interpretan y asignan significado a sus prácticas en el contexto de la atención a esta población.

El objetivo principal de este estudio fue analizar el papel fundamental del trabajador social en la promoción y diseño de estrategias integradas de atención dirigidas a personas adultas mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2. Se buscó comprender cómo las intervenciones del trabajador social, dentro de un enfoque multidisciplinario, pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población, promoviendo prácticas de autocuidado, optimizando el acceso a servicios de salud y brindando un apoyo psicosocial que permita un manejo integral de la enfermedad. De este modo, se pretende evidenciar la relevancia de la participación activa del trabajador social en los procesos de atención, con un enfoque que combine la salud física, emocional y social de las personas adultas mayores, facilitando su adaptación y empoderamiento frente a la gestión de la diabetes.

La investigación adopta un enfoque cualitativo transversal, lo que implica que la recopilación de datos se realiza en un único punto temporal. Este diseño es particularmente apropiado para obtener una visión rica y detallada de los fenómenos investigados, reflejando las experiencias vividas de los trabajadores sociales que intervienen en el cuidado de personas adultas mayores con diabetes tipo 2, en un momento específico de su práctica (Monje, 2011). Este enfoque no incluye un seguimiento a largo plazo, por lo que se limita a capturar los significados y vivencias en un único contexto de intervención (Izcara, 2014; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020).

El enfoque fenomenológico, utilizado en este estudio, tiene como objetivo explorar las experiencias vividas de los participantes desde su propia perspectiva (Gallardo, 2017; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). Este enfoque es esencial para comprender el papel de los trabajadores sociales en la promoción del autocuidado, ya que permite desentrañar las experiencias personales y percepciones de los trabajadores sociales sobre su intervención en el cuidado de personas adultas mayores con diabetes tipo 2 (Izcara, 2014). A través de este enfoque, se analizarán las narrativas de los trabajadores sociales, enfocándose en cómo interpretan y asignan significado a sus prácticas en el contexto de la atención a esta población.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo intencional de tipo crítico, conformada por tres trabajadores sociales adscritos a instituciones del sector salud en Ciudad Victoria, Tamaulipas. Este tipo de muestreo se caracteriza por la elección deliberada de participantes que poseen conocimientos, experiencia y participación directa en el fenómeno de estudio, lo que permite obtener información particularmente significativa y profunda (Monje, 2011; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). La selección se basó en la trayectoria profesional de los trabajadores sociales en la atención a personas adultas mayores con diabetes tipo 2, considerando su rol activo dentro de los equipos interdisciplinarios de salud. Dado el enfoque fenomenológico del estudio, el interés no radicó en la representatividad numérica, sino en la riqueza cualitativa de las narrativas obtenidas. Por esta razón, se privilegió la pertinencia y profundidad de los casos sobre la cantidad de participantes, criterio congruente con los estudios de tipo

crítico que buscan comprender experiencias desde la perspectiva de actores clave (Izcara, 2014; Gallardo, 2017).

Se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad para recolectar los datos. Las entrevistas semiestructuradas permiten a los participantes expresar de manera flexible y abierta sus experiencias y percepciones sobre el autocuidado en adultos mayores, así como las barreras y facilitadores que encuentran en su labor (Gallardo, 2017; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). Este tipo de entrevista proporciona un espacio adecuado para que los participantes compartan sus puntos de vista de manera detallada, facilitando una comprensión más completa de los fenómenos investigados (Monje, 2011).

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la coordinación de entrevistas con los trabajadores sociales seleccionados. Cada entrevista fue grabada, con el consentimiento previo de los participantes, y posteriormente transcrita para su análisis. La duración de cada entrevista fue entre 45 y 60 minutos, realizándose en un ambiente cómodo y privado para fomentar la apertura y reflexión profunda por parte de los participantes sobre sus experiencias (Izcara, 2014; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020).

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la técnica de análisis temático, que consiste en identificar, examinar y reportar patrones dentro de los datos. Este enfoque es fundamental para comprender los significados subyacentes de las experiencias de los trabajadores sociales, facilitando la identificación de los aspectos más relevantes del autocuidado en el contexto de la diabetes tipo 2 (Gallardo, 2017; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). Durante el análisis, se identificaron temas clave, como las estrategias utilizadas por los trabajadores sociales, las barreras que enfrentan y las interacciones con los pacientes y sus familias (Monje, 2011).

El estudio se condujo de acuerdo con los principios éticos establecidos para la investigación cualitativa, garantizando la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado de los participantes. A los participantes se les explicó claramente el propósito de la investigación, su derecho a participar de forma voluntaria y la opción de retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su tratamiento o relación profesional (Izcara, 2014; Hernández-Sampieri y

Mendoza, 2020). Además, se garantizará que los datos sean manejados de manera confidencial, respetando la privacidad de los participantes en todo momento (Gallardo, 2017).

Resultados

Categoría 1. Promoción y diseño de estrategias de autocuidado

Los resultados evidencian que los trabajadores sociales reconocen el autocuidado como un proceso integral en el que confluyen factores personales, familiares y sociales. Desde la perspectiva de Orem (1993), el trabajador social interviene cuando las capacidades de autocuidado de la persona resultan insuficientes, promoviendo el fortalecimiento de sus habilidades y recursos para la gestión de la enfermedad. En las narrativas de los participantes se observa una comprensión del autocuidado como una práctica educativa y de acompañamiento constante, que trasciende la mera información médica y busca fomentar la autonomía y el empoderamiento del paciente frente a su diagnóstico.

Entrevista 1:

Destacó la importancia de la educación en salud y cómo se enfoca en proporcionar herramientas al paciente para que tome decisiones informadas sobre su autocuidado. Comentó:

“Mi trabajo es asegurarme de que los pacientes comprendan la importancia de seguir las pautas médicas, pero también de que se sientan empoderados para hacer su parte. Les enseñamos sobre la importancia de la dieta, la actividad física, y cómo monitorear sus niveles de glucosa de manera que los haga sentir que están tomando el control” (Entrevista 1, 2024).

Entrevista 2:

Subrayó cómo la intervención no solo implica la información, sino también un enfoque más cercano al paciente, brindando acompañamiento emocional. Mencionó:

“El proceso de adaptación es clave. Les damos acompañamiento emocional, ya que enfrentan muchas veces miedos y frustraciones con el tratamiento. Es importante que se sientan apoyados, no solo en la parte médica, sino en lo emocional, para que continúen con su autocuidado” (Entrevista 2, 2024).

Entrevista3:

Destacó la relevancia de involucrar a la familia en el proceso de autocuidado, ya que considera que su apoyo es esencial. Expresó:

“El autocuidado no es solo responsabilidad del paciente, sino también de la familia. A menudo trabajamos con los familiares para que comprendan mejor la diabetes y cómo pueden apoyar al adulto mayor, sobre todo para mantener el compromiso con el tratamiento y los hábitos saludables” (Entrevista 3, 2024).

Estos testimonios reflejan la visión del Trabajo Social como facilitador de procesos educativos y emocionales que permiten al paciente y a su entorno asumir un papel activo en la gestión de la enfermedad. Este hallazgo coincide con lo planteado por Leininger (2002), quien enfatiza la importancia de adaptar el cuidado a las particularidades culturales y familiares de cada individuo. De igual manera, Weng y Valenzuela (2022) sostienen que la intervención social debe fomentar la autonomía y la participación familiar como elementos esenciales para la sostenibilidad del autocuidado.

Categoría 2. Optimización del acceso a servicios de salud

Los testimonios de los trabajadores sociales muestran la importancia de su rol como mediadores entre los pacientes y el sistema de salud. Desde el modelo socioecológico de Bronfenbrenner (1979), se entiende que el autocuidado depende de la interacción entre diversos niveles del entorno: el individual, el familiar, el comunitario y el institucional. Los participantes enfatizaron su labor en garantizar que las personas adultas mayores con diabetes tipo 2 tengan acceso oportuno a los servicios de atención, educación y apoyo.

Entrevista 1:

“Una de mis prioridades es asegurarme de que el paciente no solo reciba la atención médica directa, sino que también esté conectado con otros recursos que puedan ayudarlo, como grupos de apoyo o servicios de nutrición. Muchas veces, el paciente no sabe qué más puede hacer para controlar su diabetes, y ahí entramos nosotros” (Entrevista 1, 2024).

Entrevista 2:

“Es vital que los pacientes sepan cómo y dónde recibir atención adicional, como el seguimiento en nutrición o los programas de ejercicio. A veces, el acceso a la atención es un problema si no saben a qué servicios pueden acudir, y mi trabajo es hacer de puente para ellos” (Entrevista 2, 2024).

Entrevista 3:

“En algunos casos, tenemos que buscar apoyo más allá de la consulta médica, como programas comunitarios para el control de la diabetes, y muchas veces se da esa orientación y conexión para que ellos puedan acceder a esos servicios, que de otra forma podrían no conocer” (Entrevista 3, 2024).

Los resultados permiten observar cómo el Trabajo Social actúa como un puente entre el individuo y el sistema institucional, garantizando un acceso equitativo y oportuno a la atención sanitaria. Esto se alinea con lo propuesto por Weng y Valenzuela (2022), quienes destacan el papel del trabajador social como articulador entre los servicios médicos y las redes comunitarias. Así, su función no se limita a la derivación, sino que implica acompañar, orientar y empoderar a las personas para que sean participantes activos en su propio proceso de salud.

Categoría 3. Apoyo psicosocial y manejo integral de la enfermedad

Las narrativas de los trabajadores sociales resaltan la importancia del acompañamiento emocional como parte del proceso de autocuidado. En este sentido, la teoría social cognitiva de Bandura (1986) plantea que la autoeficacia —la creencia en la propia capacidad para afrontar situaciones difíciles— es un factor determinante para mantener conductas saludables.

Entrevista 1:

“El apoyo emocional es muy importante, ya que muchos pacientes se sienten abrumados por el diagnóstico. A veces no se sienten capaces de seguir adelante. Mi trabajo es acompañarlos en su proceso y darles el respaldo necesario para que no se rindan” (Entrevista 1, 2024).

Entrevista 2:

“El estrés que generan los problemas de salud es algo que enfrentan muchos pacientes, y aquí entramos nosotros. A través de

acompañamientos emocionales, les ayudamos a lidiar con esas presiones y les damos herramientas para afrontar mejor los retos que surgen al vivir con diabetes tipo 2” (Entrevista 2, 2024).

Entrevista 3:

“A veces, el apoyo psicológico es tan importante como el tratamiento médico. Los pacientes necesitan sentir que no están solos, que tienen a alguien que les ofrece un espacio para expresar sus miedos y frustraciones. Eso hace una gran diferencia en su motivación para seguir adelante” (Entrevista 3, 2024).

Estos hallazgos coinciden con el modelo biopsicosocial de Engel (1977), que reconoce la influencia de los factores psicológicos y sociales en la salud física. El trabajador social, al ofrecer acompañamiento emocional, contribuye a la adherencia terapéutica y al fortalecimiento de la autoeficacia del paciente. La empatía, la escucha activa y la contención se convierten en herramientas de intervención esenciales para mejorar la calidad de vida y promover la resiliencia de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas.

Categoría 4. Desafíos y barreras en la atención

A pesar de los esfuerzos institucionales, los trabajadores sociales identificaron múltiples barreras que dificultan el autocuidado, como la falta de apoyo familiar, el aislamiento social, la desinformación y la escasez de recursos psicológicos y comunitarios. Estas condiciones están estrechamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud, tal como lo destacan Bustamante et al. (2018) y Cortés-Hernández et al. (2025).

Entrevista 1:

“Uno de los mayores obstáculos es la falta de apoyo familiar. Algunos pacientes no tienen el respaldo que necesitan en casa, lo que dificulta la implementación de los hábitos saludables que les indicamos” (Entrevista 1, 2024).

Entrevista 2:

“A veces, el mayor desafío es educar al paciente sobre qué debe hacer realmente para controlar su diabetes. Muchos de ellos no tienen un conocimiento claro de su enfermedad y eso genera una resistencia a seguir los tratamientos” (Entrevista 2, 2024).

Entrevista 3:

“Nos falta más apoyo psicológico para los pacientes. El trabajo social solo puede hacer tanto, pero es esencial que se amplíen los recursos en cuanto a la salud mental para que ellos puedan sentirse más acompañados en su proceso” (Entrevista 3, 2024).

La interpretación de estos testimonios sugiere que el autocuidado es un proceso socialmente condicionado y que las limitaciones estructurales, familiares y educativas afectan la continuidad del tratamiento. En consonancia con el enfoque integrador del autocuidado, estas barreras deben abordarse mediante estrategias intersectoriales que promuevan la participación comunitaria y la creación de entornos favorables para el bienestar integral.

Categoría 5. Grupos de Ayuda Mutua (GAM): estrategias educativas e interactivas

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) emergen como una estrategia de intervención esencial dentro del trabajo social en salud. Los testimonios reflejan cómo estos espacios fomentan el aprendizaje colectivo, el intercambio de experiencias y el fortalecimiento de las redes de apoyo.

Entrevista 1:

Describe de forma amplia y detallada la implementación directa de un Grupo de Ayuda Mutua (GAM). Se destaca la función activa del trabajador social en la organización, capacitación y acompañamiento de los pacientes. Algunos fragmentos clave son:

“Nosotros trabajábamos, por ejemplo, con un programa... se invitaba también a personas que ya tenían años, pero que tenían un buen control de diabetes, porque estas personas a través de su testimonio le ayudaban al resto de las personas que estaban en este grupo.”

“Yo creo que también era muy importante porque el ir a un lugar en el

que estás siendo escuchado, en el que eres aceptado... eso también contribuía a generar una interrelación mejor y creo yo, a mejorar su autoestima.”

“La coordinación era súper importante, verdad, el equipo multidisciplinario que se conformaba con los médicos, con las enfermeras, con el psicólogo o la psicóloga, verdad con nosotros como trabajadores sociales. Era fundamenta.” (Entrevista 1, 2024).

Entrevista 2:

“Es gratificante también ver los grupos de autoayuda que se forman, verdad, y que entre ellos mismos se inyectan de buenos deseos, de ánimos, de energía positiva y que eso les permite... mejorar mucho, verdad, y les da muchas fuerzas para afrontar lo que sigue.”

“Se capacitaban en temas relacionados con la familia, en temas relacionados con emociones, como ya lo comenté anteriormente... cómo mejorar la comunicación... cómo dar malas noticias” (Entrevista 2, 2024).

Entrevista 3:

“La estrategia ‘Yo Puedo’, se fomenta el cuidado personal de la salud... dirigida a personas con diabetes, sobrepeso y obesidad... se busca reforzar factores de protección, habilidades para la vida, cambio de hábitos saludables...”

“Diría que los pacientes necesitan tener más conciencia en el cuidado de su salud... muchas veces no toman en serio su salud” (Entrevista 3, 2024).

El análisis de estas experiencias evidencia que los GAM constituyen una herramienta efectiva para fortalecer la educación en salud y la cohesión social entre los pacientes. Según Santamaría y Cid de León (2013), estos grupos fomentan la corresponsabilidad y la participación activa, favoreciendo el empoderamiento colectivo y la adherencia terapéutica.

Además, los GAM reflejan los principios del modelo de intervención basado en las fortalezas de Saleebey (2002), que promueve la identificación de las capacidades personales y comunitarias como punto de partida para el cambio. En este sentido, el trabajo social contribuye a la construcción de espacios comunitarios donde las personas adultas

mayores no solo aprenden a gestionar su enfermedad, sino también a reconocerse como agentes activos en su propio bienestar.

Síntesis general de resultados

El análisis global de los hallazgos permite identificar que la intervención del trabajador social en la atención de personas adultas mayores con diabetes tipo 2 se articula en cinco ejes fundamentales:

1. Promoción del autocuidado mediante procesos educativos y familiares.
2. Mediación institucional para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud.
3. Acompañamiento psicosocial para fortalecer la autoeficacia y la adherencia terapéutica.
4. Identificación de barreras estructurales y promoción de estrategias intersectoriales.
5. Implementación de Grupos de Ayuda Mutua como espacios de aprendizaje, apoyo y empoderamiento.

En conjunto, estos resultados confirman que el autocuidado es una práctica social y culturalmente mediada, y que el Trabajo Social desempeña un papel estratégico en la construcción de intervenciones integradoras que favorecen una atención más humana, participativa y sostenible.

Discusión

El presente estudio ha proporcionado una comprensión más profunda del papel del Trabajo Social en la promoción del autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Este enfoque integral, que abarca apoyo emocional, educativo y práctico, ha demostrado ser esencial para el empoderamiento de los pacientes y la mejora de su calidad de vida. Los hallazgos obtenidos coinciden con investigaciones previas que subrayan la importancia del Trabajo Social en la gestión de enfermedades crónicas, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores (Wardian & Sun, 2015; Yous et al., 2023).

El Rol del Trabajador Social en la Promoción del Autocuidado

El Trabajo Social en salud juega un papel integral en la educación y el apoyo emocional de los adultos mayores con DM2. En este estudio, los participantes confirmaron que los trabajadores sociales brindan el acompañamiento necesario para que los pacientes tomen decisiones informadas sobre su salud. Este hallazgo refuerza la noción de que el autocuidado no es únicamente una práctica individual, sino que está influenciado por factores sociales y emocionales. Este hallazgo se alinea con lo que afirman Wardian y Sun (2015), quienes sugieren que la autoeficacia, influenciada por el apoyo emocional, es crucial para mejorar el autocuidado en enfermedades crónicas. Además, los trabajadores sociales facilitan el acceso a recursos comunitarios y médicos, lo que respalda las conclusiones de Chard et al. (2022) sobre las barreras sociales que enfrentan los adultos mayores para acceder a atención médica adecuada.

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como Estrategia de Apoyo

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) fueron una estrategia destacada en este estudio, promovida por los trabajadores sociales como una forma eficaz de mejorar el autocuidado de los adultos mayores con DM2. Santamaría y Cid de León (2013) destacan que estos grupos no solo educan a los pacientes sobre su enfermedad, sino que también fortalecen el sentido de pertenencia y el empoderamiento colectivo, lo que contribuye significativamente a la adherencia al tratamiento y a la mejora de las prácticas de autocuidado. En este estudio, los trabajadores sociales mencionaron cómo los GAM fortalecen las redes de apoyo social y fomentan la colaboración entre pacientes, familiares y profesionales de salud, lo que facilita un manejo integral de la diabetes. Este hallazgo es consistente con el trabajo de De León-Soto et al. (2024), quienes profundizan en la importancia del autocuidado en la gestión de la diabetes tipo 2 entre los adultos mayores, señalando que un enfoque integral que combine aspectos físicos, emocionales y sociales del autocuidado puede mejorar significativamente la calidad de vida de los adultos mayores con DM2.

Acceso a Servicios de Salud y Barreras Sociales

Un hallazgo clave fue el papel del trabajador social en facilitar el acceso a servicios de salud, lo cual está alineado con las conclusiones de Chard et al. (2022), quienes subrayan las barreras estructurales, como el acceso limitado a la atención médica, que afectan negativamente el autocuidado en adultos mayores con DM2. En este estudio, los trabajadores sociales actúan como mediadores, ayudando a los pacientes a superar obstáculos burocráticos y a navegar por el sistema de salud, lo cual es esencial para asegurar un manejo adecuado de la enfermedad. Esto respalda lo planteado por Santamaría-Ochoa y Cid de León-Bujanos (2013), quienes destacan la importancia de los GAM en facilitar el acceso a recursos médicos y comunitarios. Estos puntos coinciden con los hallazgos de Vázquez-González et al. (2014), quienes evidencian que el Trabajo Social en el sector salud, a través de su mediación, es fundamental para superar barreras estructurales que impiden el acceso adecuado a la atención médica.

El Apoyo Familiar y la Comunidad en el Autocuidado

La participación de la familia y la comunidad es crucial para el autocuidado de los adultos mayores con DM2. Los hallazgos de este estudio son consistentes con el modelo socioecológico de Bronfenbrenner (1979), quien establece que la salud es el resultado de la interacción de factores a nivel micro (familia), meso (comunidad) y macro (políticas públicas). Bustamante et al. (2018) también encontraron que el apoyo social es un predictor clave para el autocuidado eficaz en adultos mayores. Este estudio refuerza esos hallazgos, mostrando que el involucramiento de las familias mejora la adherencia al tratamiento y la gestión de la enfermedad, facilitando el autocuidado en adultos mayores con DM2. Este concepto también es respaldado por Pérez-Tovar et al. (2025), quienes sostienen que el apoyo emocional y social de la familia y la comunidad es fundamental para mejorar el bienestar de los adultos mayores con enfermedades crónicas como la DM2.

Desafíos y Barreras para el Autocuidado

A pesar de los avances, este estudio también identificó varias barreras significativas para el autocuidado, como el aislamiento social y la falta de educación en salud. En este sentido Figueiroa et al. (2020) mencionan que la falta de alfabetización en salud y el aislamiento son

obstáculos cruciales para el autocuidado. Estos hallazgos fueron corroborados en las entrevistas, donde los trabajadores sociales señalaron que la desinformación y el aislamiento social siguen siendo barreras críticas para un manejo adecuado de la enfermedad. En concordancia con los estudios de Arias-González et al. (2015), a pesar de que algunos pacientes logran un control glucémico adecuado, el autocuidado sigue siendo deficiente debido a estas barreras. Esto es particularmente relevante dado que, como destacan Vázquez-González et al. (2014), el Trabajo Social debe centrarse en superar las barreras de desinformación y aislamiento para mejorar los resultados en salud.

La Importancia de un Enfoque Multidisciplinario

Los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la gestión de la DM2 en adultos mayores, que incluya la participación del trabajador social, médicos y otros profesionales de la salud. Weng y Valenzuela (2022) afirman que los trabajadores sociales desempeñan un papel esencial en los equipos interdisciplinarios, colaborando estrechamente con otros profesionales para abordar las necesidades biopsicosociales de los pacientes. Este enfoque integral es clave para mejorar el autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores con DM2, como lo indican Yous et al. (2023) y Darcy et al. (2023). Vázquez-González et al. (2014) también destacan la importancia de un enfoque colaborativo, en el cual el trabajador social actúa como un puente entre los pacientes y otros profesionales de la salud, lo que mejora la efectividad de las intervenciones.

Conclusiones

El enfoque integrador del autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2 implica un abordaje amplio que no solo toma en cuenta los aspectos médicos de la enfermedad, sino también los factores sociales, emocionales y económicos que impactan la capacidad de los pacientes para gestionar su salud. Este enfoque destaca que el autocuidado no es un proceso aislado, sino un comportamiento condicionado por las interacciones entre los individuos y su entorno. En este sentido, el Trabajo Social desempeña un papel fundamental, facilitando el acceso a recursos comunitarios, promoviendo la educación en salud y fortaleciendo la autoeficacia de los pacientes.

A través de la intervención de los trabajadores sociales, los adultos mayores con diabetes tipo 2 pueden experimentar un mayor empoderamiento en su proceso de autocuidado. Los trabajadores sociales no solo proporcionan educación sobre hábitos saludables, sino que también brindan apoyo emocional, identifican barreras sociales y facilitan el acceso a los servicios de salud, lo que contribuye a un manejo más efectivo de la enfermedad. Esta intervención va más allá de la asistencia médica, promoviendo la integración de los pacientes en redes de apoyo social y comunitarias, lo que optimiza los resultados en términos de salud física y emocional.

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) se identifican como una estrategia clave dentro de este enfoque, ya que permiten a los pacientes compartir experiencias, recibir apoyo mutuo y aprender sobre el manejo de la enfermedad en un entorno de colaboración. A través de estos grupos, se promueve el autocuidado no solo a nivel individual, sino también desde una perspectiva colectiva, facilitando la adherencia al tratamiento y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

Sin embargo, el estudio también reveló importantes desafíos, como el aislamiento social y la desinformación sobre la enfermedad, que deben ser abordados mediante intervenciones más colaborativas e integradoras. A pesar de los avances en el trabajo social y los GAM, es necesario un enfoque más robusto que combine los esfuerzos del sector sanitario y el social, y que considere los determinantes sociales y culturales de la salud.

Los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial en la promoción del autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2. Su intervención, que va más allá de la educación en hábitos saludables, abarca el apoyo emocional, la integración de redes de apoyo y la facilitación del acceso a los servicios de salud. La implementación efectiva de estos enfoques integradores y colaborativos puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, optimizando el manejo de la diabetes y promoviendo su bienestar integral.

Referencias

- Arias-González, A., Valtier, M. C. G., de los Ángeles Paz-Morales, M., Valenzuela-Suazo, S., & Rivas-Acuña, V. (2015). Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México. *Revista Enfermería Herediana*, 8(1), 24-24.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social-Comparison Theory*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos de la naturaleza y diseño*. Harvard University Press.
- Buesaquillo-Quemag, C., & Panamá-Alba, H. G. (2024). Revisión sistemática: Autocuidado en adultos mayores diabéticos tipo 2 con obesidad. *Revista Conecta Libertad ISSN 2661-6904*, 8(3), 74–93. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/390>
- Bustamante, A. V., Vilar-Compte, M., & Lagunas, A. O. (2018). Social support and chronic disease management among older adults of Mexican heritage: A US-Mexico perspective. *Social Science & Medicine*, 216, 107-113.
- Chard, S., Henderson, L., Wallace, B. H., Roth, E. G., Girling, L., & Eckert, J. K. (2022). “How I can help me”: Self-care priorities and structural pressures among Black older adults with diabetes. *The Gerontologist*, 62(5), 751-761.
- Cortés-Hernández, M. E., Cano-Estrada, E. A., Castañeda-Márquez, A. C., Hurtado-Salgado, E. M., Aya-Roa, K. J., & Hernández-Mariano, J. Á. (2025). Self-care and health-related quality of life in Mexican older adults with type 2 diabetes. *Journal of Education and Health Promotion*, 14(1), 51.
- Cuevas-Muñiz., B. L., & Cabello-Garza, M. L. (2023). Diabetes mellitus y envejecimiento. Implicaciones del autocuidado para la salud en mujeres adultas mayores. *Itinerarios De Trabajo Social*, (3), 40–48. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40736>
- Darcy, M., Parkinson, J., Ball, L., Norton, L. y Hobby, J. (2023). Enfoques multicomponentes para promover hábitos saludables en

personas con diabetes tipo 2: una revisión integrativa. *Health Promotion International* , 38 (3), daac042.

De León-Soto., C. T., Cid de León- Bujanos., B. G., & Pérez-Tovar., F. E. (2024). Trabajo Social y Envejecimiento: el autocuidado en la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Políticas Sociales Sectoriales*, 2(3), 48 – 75. Recuperado a partir de <https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/108>

Engel, G. L. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Science* , 196 (4286), 129-136.

Figueiroa, VPM, Echevarría-Guanilo, M. E. y Fuculo-Junior, PRB (2020). Relación entre causas de hospitalización y autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus 2. *Texto & Contexto-Enfermagem* , 29 , e20190296.

Gallardo, E. (2017). Metodología de la Investigación. *Universidad Continental*, 1(1), 1-98.

García-García, R., Aguillón-León, I., & Pineda-Cortés, P. (2019). La asistencia social en México, avances y retrocesos. En J. Méndez Cano, M. E. Perea Velázquez, & R. García García (Eds.), *Redes temáticas y perspectivas de intervención de trabajo social en la nueva era* (pp. 245–258). Editorial ACANITS.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.

Izcara-Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Editorial Fontamara. https://www.researchgate.net/profile/Simon-Izcara-Palacios/publication/271504124_MANUAL_DE_INVESTIGACION_CUALITATIVA/links/58949ab192851c54574b9fe7/MANUAL-DE-INVESTIGACION-CUALITATIVA.pdf

Leininger, M. (2002). Teoría del cuidado cultural: Una contribución fundamental para el avance del conocimiento y las prácticas de enfermería transcultural. *Revista de enfermería transcultural* , 13 (3), 189-192.

- Mondéjar Barrios, M. D., Rosas Durand, L. O., Morgado Rodríguez, A., Hernández Martínez, N., & Junco Martínez, G. (2013). Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el autocuidado. *Mediciego*, 19(Supl. 2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47627>
- Monje, C. (2011). Guía didáctica metodología de la investigación. *Universidad Surcolombiana*.
- Obando, E., & Quilumba, M. (2025). El rol del trabajador social en la promoción del bienestar social para adultos mayores del Instituto Estupiñán – Cotopaxi – Ecuador. *Reincisol*, 4(7), 3467–3495. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(7\)3467-3495](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(7)3467-3495)
- Orem, D. E. (1993). Nursing: Concepts of practice 4th edition. *St. Louis: Mosbly*, 435.
- Peñarrieta de Córdoba, M. I., & León Hernández, R. C. (Coords.). (2019). *El automanejo en personas con enfermedades crónicas: El caso de México y Perú*. Colofón; Universidad Autónoma de Tamaulipas. <https://www.uat.edu.mx>
- Pérez-Tovar. F. E., Cid de León-Bujanos. B. G., & Galván, Á. S. (2025). La Asistencia Social, como clave para atención a la vulnerabilidad: una experiencia de intervención desde del Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social y Políticas Públicas*, 10(1), 45-58.
- Quintela, A., & Veiga, A. (2022). An Integrated Approach (Social and Health) in the Elderly With Diabetes: An Increase in Health Literacy. In *Handbook of Research on Assertiveness, Clarity, and Positivity in Health Literacy* (pp. 134-142). IGI Global.
- Saleebey, D. (Ed.). (2002). *The strengths perspective in social work practice*. Allyn & Bacon.
- Santamaría-Ochoa. C. D., & Cid de León-Bujanos. B. G. (2013). *La comunicación: instrumento auxiliar de capacitación en pacientes con diabetes mellitus*. En V Congreso Internacional Latina de Comunicación Social. Universidad de La Laguna. http://www.revistalatinacs.org/13SLCS/2013_actas.html

- Vázquez-González, S., Cid de León-Bujanos, B. G., & Pimentel-Martínez, J. (2014). La práctica del Trabajo Social en salud desde la perspectiva de los modelos de intervención = The practice of Social workers in health care from the perspective of intervention models. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (7), 51–67. <https://doi.org/10.5944/comunitania.7.3>
- Wardian, J., & Sun, F. (2015). Removing barriers to promote more positive thinking for people with diabetes: Implications for social work. *Social Work*, 60(2), 175–182. <https://doi.org/10.1093/sw/swv001>
- Weng, SS y Valenzuela, J. (2022). Trabajando con adultos mayores en la atención sanitaria integrada: Perspectiva de los trabajadores sociales. *Journal of Applied Gerontology*, 41 (10), 2235-2243.
- World Health Organization. (2013). *Self-care in the context of primary health care: Report of the regional consultation*. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>
- World Health Organization. (2021). *Pacto Mundial contra la Diabetes*. <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>
- World Health Organization. (2023). *Diabetes fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Yous, ML, Ganann, R., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Northwood, M., Fisher, K., ... y el equipo de investigación ACHRU-CPP. (2023). Experiencias de adultos mayores e impactos percibidos del Programa de Asociación Comunitaria de la Unidad de Investigación sobre Envejecimiento, Comunidad y Salud (ACHRU-CPP) para el autocontrol de la diabetes en Canadá: un estudio descriptivo cualitativo. *BMJ open*, 13 (4), e068694.

Línea temática:

Salud y Trabajo Social

Experiencias profesionales de Trabajo Social Tanatológico ante el Covid-19 en el Contexto Hospitalario.

Griselda Aldaz Rodríguez¹
Luz Mercedes Verdugo Araujo¹
Leonor Velarde Páez¹

Resumen

La pandemia por Covid-19 generó una “nueva normalidad” que reveló las necesidades socioemocionales de los pacientes y sus familiares en el ámbito Hospitalario ante un sistema de salud fragmentando. En este sentido Sánchez (2023) señala que en el campo hospitalario se experimentaron nuevas realidades ante el surgimiento de la pandemia de covid-19, modificando los procesos de atención a la salud tanto en instituciones públicas como privadas; y por ende la intervención de los profesionales de salud de la primera línea de atención. Uno de los aspectos más latentes fue la necesidad de integrar la Tanatología en el Trabajo Social hospitalario, ante el sufrimiento social experimentado por familiares y cuidadores de pacientes hospitalizados. El objetivo de la investigación fue describir las experiencias profesionales del Trabajo Social ante las nuevas necesidades de familiares considerando a los pacientes hospitalizados, y mostrar como éste profesional necesita incorporar la tanatología a su ejercicio. Se llevó a cabo un estudio descriptivo con enfoque cualitativo utilizando un método fenomenológico mediante entrevistas semi-estructuradas para recopilar las narrativas tanto de familiares de pacientes internados como de profesionales de Trabajo Social. Los resultados indicaron una clara necesidad de atención tanatológica, sugiriendo que las intervenciones sociales deben aplicarse en las diversas etapas del duelo que enfrentan

¹ Universidad Autónoma de Sinaloa.

las familias. Este nuevo rol del Trabajo Social se centra en brindar apoyo socio-emocional en momentos críticos, adaptándose a las realidades impuestas por la pandemia y reconociendo la importancia de la intervención social en el proceso de duelo.

Introducción

La pandemia Sars-Cov2, mejor conocida como COVID-19, afectó de forma fatídica prácticamente a todo el orbe, dada su rápida transmisión, contagio y letalidad del virus; requiriendo la participación del personal de salud de primera línea de atención médica para cubrir la emergencia sanitaria, y en ese escenario va incluido personal de Trabajo Social como parte fundamental del equipo de salud. Los profesionales de Trabajo Social tuvieron que modificar los protocolos de atención ya establecidos para la atención tanto a pacientes como a sus familiares y cuidadores, que por razones de seguridad tuvieron que incluir en los nuevos protocolos el aislamiento de los pacientes por lo que los familiares permanecieron fuera de la vista y alcance de los enfermos internados, ya que al momento del ingreso al área de hospitalización se desconocía si eran o no portadores del virus causante de la epidemia; revelando una clara necesidad socio-emocional en las familias ante un sistema de salud fragmentado, ya que tampoco los profesionales de la salud tenían suficiente conocimiento para tratar el virus contagioso al cual se enfrentaban.

Teniendo como marco de referencia de atención, se expone que en el Hospital General de Mazatlán, unidad catalogada como Hospital-COVID durante el periodo de la pandemia iniciando en Marzo de 2020 y concluyendo en Abril de 2022, en momentos de la pandemia, se observó que el incremento exponencial de pacientes contagiados por el virus letal de COVID-19, llevó a una saturación de las camas hospitalarias, especialmente en la unidad de cuidados intensivos así como el área de Medicina Interna, esto implicó que tanto el personal médico como el de enfermería tuvieron que atender y cuidar a un número mayor de paciente de los que en una jornada normal se recibían, ya que la mayoría presentaban necesidades tan complejas como cambiantes en su estado de salud. Cabe señalar que de las 120 censables más 82 camas no censables, designadas para los diversos servicios médicos como: Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología, fueron re-asignadas como Camas-COVID, dejando solamente 18 camas

para pacientes pediátricos y neonatológicos (catalogadas camas no-COVID), dejando entonces 184 camas COVID (Secretaría de Salud, 2020).

Las actividades y acciones implementadas por el equipo de Trabajadores Sociales del Hospital General de Mazatlán fueron cruciales durante la pandemia, aunque sus actividades y acciones desempeñadas no se visibilizaron y no se les otorgó la debida relevancia, ya que toda la atención se enfocó en el personal médico y de enfermería, que eran los que estaban en contacto directo con los enfermos; más sin embargo las y los trabajadores sociales de dicha Unidad Médica etiquetada como Hospital-COVID, enfrentaron una carga de trabajo significativamente incrementada, además de experimentar nuevos desafíos de cara a la pandemia del Siglo XXI (Sánchez, 2023).

Las y los trabajadores sociales tuvieron que improvisar apoyo emocional para contener a los familiares de los pacientes internados, quienes no podían y no debían tener acceso al área de hospitalización para poder visitarlos, esto derivado de los protocolos de seguridad que a nivel mundial se estaban promoviendo y aplicando en todas y cada una de las unidades médicas con este tipo de atención por COVID. El equipo de trabajadores sociales tuvo que re-inventarse en sus procedimientos, ya que por protocolo no había nada establecido o normatizado, adecuando los resultados a las necesidades socioafectivas que las familias reclamaban por sus pacientes internados, implementando diversas estrategias de comunicación entre éstos y sus familias; siendo a través de video-llamadas por celular, mensaje de voz, y cartas escritas como a la vieja usanza todavía en los inicios de los 90's. No había preparación protocolaria para una contingencia de esta magnitud.

Al igual que otros profesionales de la salud, las y los trabajadores sociales también experimentaron: estrés, ansiedad y agotamiento, hay que recalcar que la planta laboral y trabajadora en etapa de pandemia se redujo a un 40% aproximadamente en todos las áreas de servicio: médicos, enfermeras, trabajo social, químicos, intendencia, etc., ya que el 60% restante del personal adscrito, tuvo que resguardarse en su domicilio al ser considerados como “personal vulnerable”, ya que cumplían con las características de co-morbilidad, es decir, padecían de

ciertas enfermedades que hacían más susceptibles de contagio para COVID, como personal con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad y/o enfermedades de vías respiratorias crónicas como el asma. Por lo que la responsabilidad y carga de trabajo quedó limitada, y los trabajadores sociales debían hacer la labor prácticamente de dos o más elementos (Rodríguez, 2020).

De igual manera se tiene que sumar entre esta lista de complicaciones que vivieron las y los Trabajadores sociales en tiempo de pandemia, estuvo la imposibilidad de contención ante la crisis que presentaron los familiares al no poder despedirse de sus pacientes fallecidos, por lo tanto el equipo de trabajadores sociales tuvieron que desarrollar estrategias de acompañamiento a la distancia entre las familias y sus difuntos, ofreciendo un apoyo emocional muy ligero y difícil de efectuar ante la pérdida que presentaban, considerando que los familiares de pacientes internados y que fallecieron a causa del COVID-19, tuvieron que enfrentar la pérdida en un contexto de gran soledad y aislamiento total, sin el apoyo de su red familiar habitual; además de que por ordenamiento sanitario, todo paciente COVID fallecido forzosamente tendría que dirigirse directamente al crematorio en turno, es decir que se omitieron los tradicionales rituales de velación que se normalmente se realizan como parte del proceso de despedida de una persona fallecida (Gobierno de México, 2020).

En resumen, la pandemia por el Sar-Cov2, conocido para fines históricos como COVID-19, generó una sobrecarga masiva en las labores de trabajo de los Hospitales y unidades de atención médica, afectando de gran forma al personal médico, de enfermería y de Trabajo Social; todos ellos enfrentaron un desafío sin precedentes, trabajando bajo una presión extrema y con un alto costo físico y emocional. La experiencia vivida y sufrida en el 2020-2021, puso de manifiesto la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, mejorar las condiciones laborales del personal de salud y expresar el reconocimiento del papel crucial de todas las disciplinas en el ámbito hospitalario, y reconsiderar el papel esencial de todas las disciplinas paramédicas, en respuesta a la crisis sanitaria experimentada (Sanchez, 2023).

Experiencias profesionales de Trabajo Social Tanatológico

La pandemia causada por el COVID-19, que provocó un caos mundial significativo durante los años 2020 y 2021, exacerbó las presiones sobre los sistemas de salud a nivel global; en ese periodo fatídico para la humanidad, el profesional de Trabajo Social en el ámbito hospitalario se enfrentó a una carga de trabajo sin precedentes, obviamente marcada por la necesidad de brindar apoyo social, así como realizar intervenciones sociales ante las demandas por las necesidades de los usuarios, todo enmarcado en un contexto de crisis sanitaria, restricciones de convivencia, sumando la gran cantidad de fallecimientos provocó un aspecto particularmente crítico: la limitada aplicación de la tanatología para acompañar a los familiares de pacientes internados, que por causas del COVID-19 perdieron la lucha contra dicho virus, y con ellos se les fue la vida.

El 11 de marzo de 2020 el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró formalmente la enfermedad por Coronavirus como una pandemia. En su declaración, el director general expresó: “La OMS ha estado evaluando este brote durante todo el día y estamos profundamente preocupados tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción. Por lo tanto, hemos evaluado que COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia” (OMS, 2020).

En ese momento (Marzo/2020) a nivel mundial, se registraban alrededor de 118 mil casos de paciente infectados y 4,291 personas ya habían perdido la vida. El mes con la mayor cantidad de contagios fue julio de 2021, el cual concluyó con poco más de 3 millones de casos y 241 mil defunciones solo en ese periodo. Finalmente, la OMS estimó que las defunciones totales por el coronavirus a nivel global fueron de aproximadamente 15 millones de personas fallecidas entre el 1º. De enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

El impacto por COVID-19, se manifestó de manera desigual en el panorama global. De acuerdo con un informe de la OMS del 31 de agosto de 2022, la Región de las Américas concentró una carga

desproporcionada de la crisis por pandemia, registrando 3.23 millones de muertes en exceso. El dato es alarmante: el 83% de esta mortalidad regional se focalizó en solo cinco naciones: Brasil, Colombia, Estados Unidos de Norteamérica, México y Perú. Esta concentración demográfica y sanitaria es una evidencia de la vulnerabilidad estructural de los sistemas de salud en estos países, lo que elevó al Covid-19 a una de las principales causas de muerte durante 2020 y 2021. A nivel micro, la crisis impactó severamente al personal de primera línea de atención médica. En México, entre el surgimiento de la pandemia en 2020 y finales de 2021, se confirmaron 286,285 casos de Covid-19 en el personal de salud, de los cuales 4,572 fallecieron. Estos números, al margen de las estadísticas globales, reflejan el costo humano directo y el sacrificio asumido por médicos, enfermeras y trabajadores sociales. La alta morbilidad y mortalidad en este sector se traduce en una sobrecarga masiva de trabajo y una presión extrema sobre las unidades hospitalarias, impactando severamente la capacidad de atención especializada y generando un desgaste profesional sin precedentes (Volkers-Gaussmann, et al, 2020).

El profesional de Trabajo social, se ha re-transformado elaborando y desarrollando nuevas metodologías de intervención, en investigación, diagnósticos y prácticas para la implementación de mecanismos que le permitan realizar su labor en pro de las necesidades que día a día van presentando los usuarios que atienden, el resultado de la “nueva normalidad” que trajo consigo el final de la Pandemia por COVID-19, se encuentra el del acompañamiento emocional para las familias con pacientes internados en las Unidades Hospitalarias, con el claro objetivo de disminuir el impacto social que pudiera surgir, por algún diagnóstico negativo en donde la vida del usuario se encuentre comprometida. (Ssecretaria de Salud, 2021).

El rol fundamental del Trabajador Social en el contexto hospitalario es el de mejorar sustancialmente el bienestar de las personas con alto grado de vulnerabilidad, sea por recursos económicos, estatus social, nivel educativo, etc.; brindando apoyo emocional, recursos financieros y orientación a este grupo en específico, que acude diariamente a la Unidad Médica. Es bien conocido que el Hospital General de Mazatlán, se encuentra en funciones desde que se conocía como “Hospital Civil” en los años 60’s y principios de los 70’s; y dentro de todos estos años

el área de Trabajo Social ha evolucionado para adecuarse y adaptarse a las cambiantes necesidades de los usuarios, sumando a lo experimentado con la pasada Pandemia por COVID-19, la vinculación con la tanatología fue prácticamente inexistente; y dicha crisis sanitaria, evidenció la total falta de preparación para afrontar eventos fatídicos, poniendo de manifiesto la necesidad de integrar la tanatología a la práctica del Trabajo Social.

Para Elizabeth Kübler-Ross considerada la madre de la tanatología en la actualidad, define este concepto como: “*una instancia de atención a los moribundos*”, aunque etimológicamente se puede describir como: “*la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte*”, con la labor de Kübler-Ross se abre una ayuda muy importante tanto para los pacientes en fase terminal de cualquier enfermedad, así como a sus familiares o cuidadores; ya que hace sentir a los pacientes que son muy valiosos para su familia, haciéndoles ver la importancia que representa para sus seres queridos, de ahí que parte del concepto se describa el hecho de su partida como el “tener sentido” en el proceso de muerte que van experimentar. La autora describe 5 etapas para poder comprender el proceso de duelo entre las que personas que están enfrentando una pérdida significativa de un ser querido. Estas etapas son mencionadas como: Negación, ira, negación, depresión y aceptación; y no necesariamente se van a experimentar en ese orden, pueden variar o inclusive hasta repetir cada fase (Bravo, 2006).

El Trabajo social tanatológico ha incrementado su intervención en la última década, ya que se ha comprobado que su labor es acompañar tanto a los pacientes y sus familiares en situaciones de una enfermedad terminal o la pérdida de su ser querido, o la extirpación de un miembro físico que acarrea cambios drásticos en las dinámicas familiares, así como el apoyo socio-emocional que pueden brindar facilitando así el proceso de aceptación ante la pérdida y el duelo que enfrentan, promoviendo el bienestar emocional, social y hasta espiritual de pacientes y familiares. La finalidad principal del Profesional en Trabajo Social tanatológico es asistir a los deudos o personas afectadas, creándoles conciencia de la pérdida y trabajando con ellos a través de la intervención social, para apoyarlos a que superen la pérdida y se adapten a la nueva forma de vida que tendrán,

enfrentando y afrontando su dolor y re-organizarse en su vida diaria (Cid Carracedo, 2019).

Dentro de la literatura que enmarca el proceso del duelo, la Teoría del Apego de John Bowlby (1977), desarrollada a partir de la observación de las necesidades de niños sin familia al finalizar la Segunda Guerra Mundial, es fundamental. Bowlby concibe el apego como “una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar fuertes vínculos afectivos con los demás y extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión o enfado cuando son abandonados o viven en separación o pérdida” (Bowlby, 1988, p.159). La relevancia de esta definición reside en que el duelo es interpretado como la reacción natural y dolorosa a la ruptura de ese vínculo afectivo primario. Bowlby estructuró el proceso del duelo en cuatro etapas que no siempre son lineales, sino una progresión emocional hacia la aceptación: (1) entumecimiento emocional, que es una dificultad para procesar la noticia como un mecanismo de defensa inicial; (2) anhelo y búsqueda, siendo la etapa de la protesta, donde el deudo busca activamente señales del ser perdido, o bien busca su presencia; (3) desorganización y desesperación, el reconocimiento de la realidad de la pérdida, generando confusión y caos; y finalmente la reorganización donde el individuo acepta la ausencia y comienza a reestructurar su vida con nuevas formas de subsistencia.

Para Cores (2019) quien describe que las fases descritas por Kübler-Ross –tradicionalmente negación, ira, negociación, depresión y aceptación- analiza que éstas no ocurren necesariamente en orden continuo, sino que son mecanismos de afrontamiento que se activan como defensa ante el dolor. La negación surge como el primer shock protector, donde la persona se resiste a aceptar la realidad de la pérdida. La ira permite al doliente proyectar la frustración y la impotencia ante la pérdida inevitable; la negociación implica intentos, a menudo irracionales, de revertir o posponer el resultado. La depresión (o tristeza profunda, como se mencionaba) se considera una etapa común donde el deudo percibe la irrevocabilidad de la ausencia. Finalmente, la aceptación es considerada la fase más difícil, pues implica la re-adaptación funcional a una nueva realidad sin el

ser querido, lo que exige al deudo a realizar cambios significativos y lograr el cierre del proceso de duelo (Cores, 2019).

Proceso metodológico

El presente estudio adopta un enfoque cualitativo con un alcance descriptivo-interpretativo, buscando evidenciar la necesidad de incorporar la Tanatología para responder a las demandas de duelo y pérdidas que enfrenta la sociedad en el contexto hospitalario.

El método central de la investigación es el fenomenológico. Este método, se centra en la experiencia vivida por el sujeto, buscando comprender el fenómeno tal como se presenta a la conciencia y evitando prejuicios preestablecidos; utilizando entrevistas semi-estructuradas desde la recopilación de las narrativas de los familiares con pacientes internados, así como las experiencias del grupo de Trabajadores Sociales del Hospital General de Mazatlán. Ahora bien, la fenomenología es esencial en este trabajo de investigación, ya que su objetivo es identificar el significado fundamental de la experiencia del duelo y la pérdida, tanto en pacientes como en el personal sanitario, a través de la suspensión de juicios pre-conceptuales para acceder a la “conciencia pura” de los acontecimientos (Lambert, 2006).

Para acceder a esta experiencia, se utilizaron dos técnicas principales de recolección de datos cualitativos en el trabajo de campo: entrevista semi-estructurada y la guía de observación. En la primera técnica, se apoya en la comunicación verbal con un propósito específico, sirviendo para obtener información relevante y comprender la experiencia de los participantes. La elección de la entrevista semiestructurada fue estratégica, ya que permitió la recopilación de las narrativas detalladas de los familiares y las experiencias profesionales del personal de Trabajo Social. Esta flexibilidad garantiza que la voz del informante guíe la profundidad de la descripción fenomenológica del duelo hospitalario (Leví, 2023).

La segunda técnica de recolección de datos fue la guía de observación complementaria a la entrevista, la cual es una técnica que apoya el conocimiento de la interacción social de un modo sistemático y no intrusivo. La observación participante se aplicó en el contexto hospitalario para: (1) registrar la dinámica

social en áreas de hospitalización crítica, (2) documentar las interacciones (verbales y no verbales) entre el personal de salud, los pacientes y su red de cuidadores; (3) recoger de forma sistemática la información de las redes de apoyo sin provocar cambios en el entorno (Bustamante, 2005, p.12)

El escenario de investigación fue el Hospital General de Mazatlán, ubicado en la Ave. Oscar Pérez Escobos Número 6502 Col. El Venadillo C.P 82267 en la ciudad y puerto de Mazatlán, Sinaloa. Es relevante señalar que la Institución de Salud pertenece actualmente al sistema IMM-Bienestar, lo que añade un contexto administrativo específico a la intervención.

Los sujetos del estudio se dividieron en dos grupos focales, con el propósito de obtener una visión dual (demanda y respuesta profesional) del duelo hospitalario: (1) Diez Trabajadores Sociales adscritos a los diversos turnos laborales de la Institución de salud; (2) Diez familiares o cuidadores principales de pacientes internados en áreas de hospitalización en estado crítico. La selección de esta muestra intencional de profesionales y usuarios en un contexto de alta demanda (áreas críticas) fortalece la validez del estudio, asegurando que las experiencias y narrativas recopiladas sean las más representativas de la necesidad de atención tanatológica en el ámbito hospitalario.

Tabla 1

Caracterización de Trabajadores Sociales participantes.

Código	Sexo	Edad laboral	Antigüedad académica	Grado
TS1	Fem	32	3	Técnico TS
TS2	Mas	29	2	Suplente
TS3	Fem	55	18	Técnico TS
TS4	Mas	46	12	Licenciatura
TS5	Fem	32	20	Licenciatura
TS6	Mas	38	8	Licenciatura

TS7	Fem	46	19	Maestría
TS8	Masc	53	30	Técnico TS
TS9	Masc	55	25	Maestría
TS10	Fem	54	28	Licenciatura

Nota: Elaboración propia.

Como se puede observar la tabla muestra que parte del Equipo de Trabajo Social del Hospital General de Mazatlán, presentan un nivel de formación académica que va desde nivel Técnico hasta estudios de Posgrado como Maestría en Trabajo Social y/o Desarrollo Social, con edades que oscilan entre los 32 y los 55 años, con una antigüedad laboral registrada desde 3 hasta 30 años de servicios prestados en dicha unidad médica.

Análisis y discusión de resultados

a) Experiencias de Trabajo Social

Se caracteriza a continuación, parte de las entrevistas realizadas a las y los trabajadores sociales participantes. En estas experiencias vividas, se podrá apreciar que por parte de este equipo de trabajo no pudieron realizar un acompañamiento para una contención emocional. La intervención social quedó totalmente vacía, ya que no se tenía una “línea” de trabajo ante estas circunstancias de temor generalizado y crisis contenida incluido en ello el personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.

“La verdad es que no sabíamos cómo conducirnos ni qué hacer cuando sucedió la pandemia del Covid-19, mis compañeras del turno se empezaron a retirar a sus casas bajo el concepto de “vulnerables”, la verdad me dio coraje porque era cuando más nos necesitaba la sociedad, todos estábamos angustiados y hasta deprimidos, pero éramos la esperanza de muchas personas, y no podíamos dejarlos solos. El hospital se empezó a llenar de pacientes contagiados, y la carga de trabajo se nos incrementó tres o cuatro veces más, porque de ser cinco o seis elementos para el turno, nos quedamos solo tres y toda el área de hospitalización se empezó a llenar y lo peor vino cuando de 10 pacientes 4 fallecían. Me tocó estar cuando se juntaron 12

difuntos en el mortuorio, no supimos que hacer ni que decir a los deudos, la verdad me imagino que así ha de ser en tiempos de guerra. Creo que, de haber tenido algún conocimiento de tanatología, hubiéramos podido aportar algo por mínimo que fuera, hubiera sido ayuda, pero el hubiera no existe. Vivir la pandemia y no morir, fue de verdad un milagro, porque literal andábamos entre la muerte misma, caminando junto a ella. Que tristeza me da el recordar ese episodio negro de la humanidad” (TS2).

“Recuerdo que ya en casa, después de una jornada súper cansada física y emocionalmente, me puse a pensar cómo ayudar a las familias para que se pudieran comunicar con sus pacientes, ya que, por protocolo, era imposible la visita de familiares ante un contagio masivo. Y se me ocurrió llevarme unas bolsas “ziploc”, y con en esas bolsas colocábamos un celular con video llamada, y se lo llevaba al paciente encamado, eso es algo que nadie nos dijo que no podíamos hacer, pero ante la situación, ¿Qué más podíamos hacer?, empecé con un paciente, y después todos querían que hiciera lo mismo, pero estaba yo sola y no podía; el piso de hospitalización estaba totalmente lleno, prácticamente si se moría un paciente, inmediatamente se ingresaba otro, había como una lista de espera (literal). Así fue como nos adaptamos a las necesidades de las familias, ¿Qué tenía miedo de contagiarme? Por supuesto que sí, era un miedo atroz; pero era parte de mi trabajo, yo seguí trabajando hasta que la pandemia terminó. Tengo muchos recuerdos de ese capítulo de vida, donde estuvimos cara a cara con la muerte, que en ese tiempo se le dio el nombre de COVID” (TS4).

Se puede apreciar que las y los Trabajadores Sociales realizaron actos de resistencia ante la deshumanización de los protocolos sanitarios, que no tenían un apartado en específico para actuar en condiciones críticas y adversas, estas acciones visibilizaron la capacidad adaptativa de la disciplina, evidenciando al mismo tiempo que la falta de protocolos que obligaron a las y los Trabajadores Sociales a autogestionarse el riesgo de un contagio. En ese sentido en Poal (2009) haciendo referencia al legado de Lindemann con su

“Teoría de Crisis” refiriendo sobre la respuesta humana a eventos traumáticos, enfocándose particularmente al duelo que surge tras una pérdida; donde esta teoría postula que las crisis son estados de desequilibrio agudo que se superan si se procesan de forma adecuada, a través de la elaboración del duelo y la modificación de estrategias de afrontamiento.

“Me tocó ver y estar en la muerte de un niño como de 6 años, en cuanto ingresó los doctores hablaron seriamente con los padres y unos abuelos (padres de la mamá), y les explicaron la gravedad del niño. Pero parecía como si no entendieran, solo veían a los doctores como hablaban y les explicaban hasta con dibujos que les hacían sobre el daño pulmonar que ya traía el niño (Pulmón con efecto de vidrio despulido), el niño falleció como a las 6 horas de su ingreso. Los padres se aferraban al cuerpecito del niño, los abuelos se abrazaban entre sí, y pedían a gritos al cielo que mejor se los hubiera llevado a ellos. Los padres angustiados gritaban que estaba vivo aún, que aún respiraba que le hicieran maniobras, no querían comprender que estaban ante el cadáver de su hijo muerto por Covid-19, solo tenía 6 años, nadie supo cómo fue que se contagió, porque era el único hasta ese momento de su familia que era positivo al virus. No podía separar a los papás y abuelitos del cuerpecito del niño, hasta parecía que sonreía, la verdad es uno de los peores casos que me ha tocado vivir, y también lloré, me sentí impotente, triste, angustiada, también tengo hijos y me ponía en el lugar de los familiares. Me era imposible explicarles que tenían que retirarse y continuar con el trámite administrativo de la defunción. El personal de enfermería me solicitaba que retirara a los familiares, necesitaban la cama para otro ingreso, y aún había que desinfectar toda el área. Lo siento, pero no tuve el valor para retirar a los familiares del área, ni mis 28 años de experiencia me valieron para enfrentar a los padres y abuelos, de una criatura que la maldita muerte se llevaba a causa del COVID. Recuerdo ese episodio y lloro de nuevo, lo siento. (TS10)

La experiencia de no poder separar a los familiares del cuerpo de un niño fallecido es el clímax de la impotencia, la crisis experimentada

por ésta Trabajadora Social, que aún con casi tres décadas de experiencia en el ámbito hospitalario, se redujeron literalmente, desbordando los marcos teóricos y técnicos existentes; encontrándose atrapada ante una necesidad administrativa, que era la presión para desocupar la cama hospitalaria, y al mismo tiempo el derecho humano ante un ritual de despedida. Ante ese panorama se expone a la autora del Modelo de las 5 Etapas del Duelo, Elizabeth Kübler-Ross; en donde expresa que la primera etapa del duelo es la: negación, que viene en forma conjunta a un estado de shock o “embotamiento emocional”, situación que fue claramente identificada en este relato. Quienes experimentan la pérdida de un ser querido pasarán por las etapas del modelo mencionado: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; y como lo marca la autora el objetivo es transitar en el duelo, no estancarse con él; este modelo fue la aportación principal de Kübler-Ross a los que hoy se conoce como cuidados paliativos iniciado en su momento por la Trabajadora Social Cicely Saunders en la década de los 60’s (Melgar, 2018)

“Recuerdo que se me llegaron a juntar 4 pacientes fallecidos en mi turno, fue un día donde la muerte hizo lo que quiso con nuestros pacientes. Se llevó a 12 entre los turnos del matutino y vespertino. Como las funerarias no se daban abasto para atender tanta demanda de servicios funerarios, se llegaron a juntar 3 difuntos para entregar a sus deudos; al momento de entregar a la funeraria en turno, no supe ni que decir ni qué hacer con los dolientes, me bloqueé literalmente, me quedé sin poder articular palabras, se me hizo un nudo en la garganta y solo opté por mirar y callar” (TS8)

“Me tocó entregarle el cuerpo de su única hija a una ex-compañera de trabajo. Fue totalmente desgarrador verla sufrir y enfrentar tan grande pérdida, ¡era su única hija, carajo!, no había más familiares, ya que era huérfana, sabíamos que se había criado en un orfanatorio, así que Red familiar no tenía, solo amistades arraigadas que adoptó como familia. Pero esa vez, estaba sola junto a su hija recién fallecida. El cuadro era desgarrador, la madre de la joven fallecida, creo que tenía 24 años y era estudiante de la carrera de Trabajo Social, no siguió para nada los protocolos establecidos. Ella abrió la puerta que

delimitaba el área para poder reconocer a los difuntos, y se metió al mortuorio, lugar al cual no está permitida su entrada y menos en tiempos de pandemia, ella besaba, abrazaba y prácticamente sentaba en la camilla a su hija, rogándole que fuera una broma de las muchas que le hacía. Yo no podía con eso, fue demasiado fuerte para mí, me dolía su pena, me dolía su dolor; rogué al cielo porque jamás me sucediera algo así con alguno de mis hijos, porque no sabría qué hacer. Fue algo desgarrador y extremadamente triste haber vivido esa experiencia. Si he de platicarte el peor de los casos que viví, creo que ese en especial no se me ha quitado de la mente y de mi corazón. Ese día yo también lloré, la partida de la joven; ese día en mi jornada de trabajo me desplomé de la carga emocional que arrastraba, ese día tuve que salir casi huyendo a mi casa, quería abrazar a mis hijos, previo baño con agua casi hirviendo para no contagiarlos, ese día solo les dije a mis hijos y a mi esposo, déjenme llorar porque si no lo hago, mi alma se va a reventar. Mi compañera falleció a principios del 2024, fui a su velorio, y ahí me enteré que se dejó morir para estar con su hija, ya no le quedaba motivo alguno para seguir en este mundo. (TS3)

Se puede analizar que una de las observaciones emitidas por los propios Trabajadores y Trabajadoras Sociales, adscritos al Hospital General de Mazatlán, es la falta de la tanatología aplicada en el ámbito hospitalario, causando un impacto negativo en el bienestar socio-emocional de los pacientes y sus familias o cuidadores, sobre todo en situaciones de enfermedad terminal o cuando se enfrentan a la pérdida de un ser querido, o bien la extirpación de un miembro físico, donde las dinámicas de vida, por obvias razones cambiarían drásticamente. Se hace constar por las experiencias vividas que la tanatología además de brindar un apoyo socioemocional, ayuda en el proceso del duelo y puede ayudar a percibir mejor el mal que aqueja al paciente, promoviendo una ayuda de aceptación para enfrentar la enfermedad por muy agresiva que ésta sea (Anzar, 2016).

En Sánchez (2023) expresa que:

En la pasada pandemia por Covid-19 en los años 2020-2021, el equipo de Trabajo Social tuvo que reconfigurarse en su actuar, ya que ciertamente trabajaron en dicho evento sanitario, de manera exponencial, proporcionando apoyo asistencial, orientación psicológica y emocional, acompañamiento tanatológico, medición de conflictos, etc., entre otras acciones; pero lo realizaron de una forma hasta de cierta forma empírica, ya que no existían manuales de procedimientos que expresaran las formas para la intervención, porque no contaban con que sucediera este tipo de experiencias vividas a causa de una Pandemia como lo fue el Covid-19 (p.30)

La crisis por pandemia evidenció claramente una serie de vacíos en las funciones esenciales del Trabajo Social Hospitalario, centradas en la contención, la gestión la humanización. No se pudo brindar apoyo efectivo, ni el manejo de mociones o estrategias de contención de duelo inmediato; la falta de conocimiento tanatológico les impidió generar las narrativas necesarias para enfrentar a los deudos, quedando reducidos a ser solo “mensajeros” de la muerte. De igual forma se evidenció que los Trabajadores Sociales ante la saturación de defunciones, no pudieron implementar redes de apoyo o logísticas alternativas de emergencia para agilizar la entrega de cuerpos; el colapso logístico se tradujo directamente en un colapso emocional para los dolientes. Y aunque la iniciativa de las video llamadas se puede considerar como un acertado logro ético, éste se encontraba fuera de protocolo; no hubo una estructura metodológica que permitiera escalar esa práctica para todo el hospital, convirtiendo la necesidad en una sobrecarga individual.

b) Necesidades socioafectivas de familiares con pacientes en estado vulnerable.

Por otra parte, se identificaron las necesidades socio-afectivas más importantes para los familiares con experiencias en la pasada Pandemia por COVID, donde se pudo constatar que la falta de un apoyo socio-emocional nunca estuvo presente por parte de los profesionales de la salud, léase médicos, enfermeras o trabajadores sociales. Las experiencias sufridas y vividas por los pacientes son la evidencia de una necesidad para prepararse en tanatología, y poder brindar apoyo a los usuarios.

“Duele mucho no poder hacer nada, confías en Dios que guiará a los médicos para que la operación de mi hijo salga bien, reconozco que no puedo hacer nada más que oración, y pedir por él. Me han dicho las trabajadoras sociales del turno anterior, que los médicos son muy profesionales y eso me da esperanza, no sé qué haría sin mi hijo (llantos y sollozos)” somos solos él y yo, mi familia se encuentra en Sonora y yo perdí a mi esposo hace 5 años a causa del COVID, aquí mismo en este hospital se fue mi sostén” (Fam1).

“Traje a mi madre (69 años), ya contagiada por COVID no me dejaron pasar a despedirme, se fue directo en la carroza a incinerar, ya venía muy mal, no podía respirar.... Los doctores no me dieron esperanzas, creo que a nadie se la daban, todo el que tenía COVID, se moría. También se nos “fue” mi tía, hermana de ella, creí que todos nos íbamos a ir poco a poco, esos tiempos se me figuraron como si fuera el apocalipsis (recuerda con tristeza en su mirada)” (Fam3).

La interpretación desde el trabajo social ante esta situación fue de un duelo complicado ante un aislamiento social crítico; sumando la ausencia de redes de apoyo de los familiares, la intervención del Trabajador Social en este contexto de pandemia implicó un riesgo inherente para su propia salud, especialmente al realizar las gestiones y contenciones cara a cara incluso a través de barreras físicas. Prácticamente al ser el punto de conexión emocional entre la dinámica hospitalaria y el caos y crisis de las familias, el Trabajador Social absorbía la angustia de todos. Pero a pesar del riesgo, la visión del trabajo social fue el de no perder su ética de acompañamiento, no se limitó a lo administrativo, sino que transformó un protocolo carente de matrices y reglas, para dar paso a acciones sensibles y resilientes.

Como muestran los discursos la noticia sobre la enfermedad de sus familiares fue inesperada y se entrecruzan distintas emociones y sentimientos. El equipo médico que atendía a los usuarios tenía que notificar el diagnóstico de la enfermedad que padecían los pacientes, y hablarlo también con los familiares, ya que debían considerar la red de apoyo familiar con la que contaba el paciente, y poder brindarle el mejor tratamiento para evitar lo mayormente posible, que se presenten complicaciones que agravaran el diagnóstico establecido.

En Lillo (2014) se establece que:

El médico tiene la capacidad para comunicarse con los pacientes y sus cuidadores o familiares, pero de igual forma, en ciertas ocasiones estos grupos familiares pueden ocasionar algunos conflictos personales, sociales y psicológicos que puedan acarrear ciertas consecuencias que pueden resultar devastadoras (p.375).

“Mi hermana está joven aún, tiene 34 años y ya la diagnosticaron con problemas pulmonares, solo esperan confirmar que sea o no un Cáncer, hace 5 años (2020) tuvo a su nena, aquí mismo en este hospital, tuvo COVID estando embarazada, la metieron a la UCI y a la niña en la UCI para niños, (neonatología), estuvo muy grave mi hermana, pero la libró. ¿Dónde nos íbamos a imaginar que esa maldita enfermedad no la iba a dejar vivir bien?, desde hace 4 años tiene problemas con sus pulmones, nos dijeron que era una secuela que deja el COVID, y ahora los doctores nos dicen que es como si la mitad de sus pulmones estuvieran hechos piedra y no la dejan respirar. No es contagioso para nosotros y sus niños (tiene uno de 7 años y la que nació aquí en tiempos del COVID, va a cumplir 5 años en octubre). Esta grave mi hermana, el COVID no nos deja vivir en paz, tenemos miedo que ahora sí, se nos vaya (baja la mirada con suma tristeza). (Fam. 5).

“Recuerdo que cuando mi papá ya con 70 años en el 2020 se enfermó de Covid-19, y todos literalmente caían muertos, bendito Dios mi padre la libró, pero muchos de sus amigos no, del pueblo se fueron como 4 que yo recuerde, y también mis tíos, 2 hermanos de él, fallecieron si acaso con 1 mes de diferencia uno se fue en octubre y el otro a principios de diciembre del 2020. Es el único varón por parte de su familia que la libró. Fue una etapa fatal que parecía el mismo infierno, recuerdo que estábamos todos los familiares de los pacientes internados, acampando prácticamente allá afuera en el camellón, dormíamos en la intemperie, esperando una noticia fatal, no todos corrimos con la misma suerte, nuestros “vecinos” del camellón no les fue nada bien, prácticamente de 8 o 10 familias que había, solo mi padre la libró. Maldito COVID, se llevó a

media humanidad ¿verdad?” (Fam.7).

“Yo enterré a 3 familiares directos, me quería morir también yo recuerdo con tristeza. Primeramente, cayó mi tía que vivía en Culiacán, nunca tuvo hijos, nosotros éramos como sus hijos y la veíamos como nuestra madre también. A ella la contagió mi hermano en ese entonces tenía 26 años y trabajaba transportando tomate a E.U.A, vivía con mi tía, ella lo asistía en su casa. Mi tía se empezó a sentir mal, ya estaba contagiada pero no lo sabía, y mi hermano para no dejarla sola, se la trajo a Mazatlán, con mi madre y mi abuela (recuerda y llora con sollozos y suspiros). Mi hermano no tenía los síntomas, pero si el virus lo “cargaba” ya en su cuerpo. Al poco tiempo ni una semana mi madre y mi abuela empezaron a sentirse mal para respirar, ya sabíamos de ese virus, lo veíamos en las noticias. Llevamos a internar primeramente a mi tía, y a la semana a mi madre y como a los quince días a mi abuela, en ese orden se fueron, mi tía falleció un veintiséis de abril, mi madre un 18 de mayo y mi abuelita el 30 de ese mismo mes. Mi hermano no “cabía en sí”, tuvimos que lidiar con él porque en una borrachera se quiso pegar un tiro, tenía muchos sentimientos de culpa, se fueron sus 3 mujeres más importantes en su vida, y él fue el que las contagió, porque a todos nos hicieron las pruebas y el salió positivo pero sin los malestares clásicos del COVID, fue una desgracia para mi familia con esa maldita enfermedad, y ni adiós les pudimos decir como Dios manda, se fueron en una carroza directito a la “quemación”, nos destrozó la vida a todos en la familia. No salíamos de un luto cuando ya estábamos en el otro. Mi hermano aún carga con el complejo de culpa, que por más que le digamos que no, él sabe que si, cada que llega el “Día de las madres”, se emborracha y tenemos que cuidarlo, no vaya a hacer una tontera y también se nos vaya, del dolor que trae que no puede superarlo” (Fam. 9).

Desde la visión y experticia del Trabajo Social Hospitalario, nuestro rol se centra en la mediación socio-sanitaria, la gestión de recursos y la contención emocional en crisis; ante el Covid-19 la intervención social debería de oscilar hacia la tanatología emergente, tratando de

mitigar la deshumanización impuesta por los protocolos en esos entonces existentes.

Actualmente se han modificado las formas al dar un diagnóstico médico, se aprendió mucho a partir de la pasada Pandemia por COVID-19, ya que los médicos a cargo del paciente al menos en el Hospital General de Mazatlán, hoy se apoyan en otras áreas médicas como en Trabajo Social, Psiquiatría y Psicología, sobre todo cuando la patología tiene un resultado negativo o adverso para el paciente, que implicará un riesgo vital o resultará con un alto costo económico sobrellevar la vida de éste último. Lo anterior se deriva con la finalidad de logra un equilibrio socio-emocional al momento de explicar el resultado del padecimiento y el tratamiento a implementar, así como las redes de apoyo familiar que va a necesitar para mantener una calidad de vida aceptable para el paciente (Rojas, 2017, p.3)

En García-Díaz (2006), se expresa:

Lo difícil que es hablar con los pacientes y sus cuidadores y explicar o detallar un mal diagnóstico para su ser querido, ya que los pacientes y familiares jamás olvidarán cómo, dónde y cuándo se les dieron a conocer una diagnóstico con información fatal o que mermará considerablemente las dinámicas normal tanto del enfermo como sus cuidadores; muchos médicos presentan la disyuntiva sobre hablar abiertamente con el paciente dado las repercusiones socio-familiares y afectivas que generará dicho resultado en su salud (p.4).

c) Necesidades de los familiares respecto al apoyo de la tanatología en el ámbito hospitalario.

Todo ser humano experimentará en algún momento de su vida, la pérdida de algo o alguien muy querido, como puede ser el extravío de un objeto de valor sentimental más allá de su valor comercial, la extirpación de un miembro de su cuerpo por alguna enfermedad o accidente fortuito, la defunción de una mascota o un ser querido, por lo que tarde o temprano su vida tendrá un proceso de dolor que tendrá que afrontar y enfrentar, y aun así seguir viviendo. Para llevar estos procesos de duelo, existe una herramienta que en la última década y acelerada su aplicación debido a la pasada Pandemia por COVID, ha

tomado una mayor aceptación y sobre todo aplicación en la vida diaria del ser humano. La tanatología es esa herramienta que busca ayudar a las personas a enfrentar distintas situaciones, como la muerte de un ser querido, encarar una enfermedad terminal o incluso asuntos sin ese sentimiento afectivo, pero tan fundamentales como la pérdida de un empleo (Herrera et al, 2023)

Dentro de nuestro estudio y respecto a las necesidades de los familiares se encontró lo siguiente:

“Si se necesita mucha ayuda emocional, ahorita que me explicó que es y para qué sirve la tanatología, me queda más claro que realmente se necesita ese tipo de apoyo emocional, aquí en el hospital uno entra por enfermedad y en muchos casos no sabemos si saldremos vivos de ésta, así me pasó con mi madre (71 años), que afortunadamente vivió, pero de una simple consulta de rutina, la internaron por problemas cardiacos y estuvo internada por 14 días, ya se me figuraba que se me iba, se me vino el mundo encima como quien dice, y uno pues no sabe qué hacer o como enfrentar esa pena y angustia, que bueno que están buscando como ayudarnos ustedes que saben. Tanto bien que hubieran hecho cuando la pandemia del COVID, ahí si se me fueron una tía (72 años) y una sobrina jovencita, a dos meses del sepelio de una, se fue la más joven 21 años tenía”. (Fam. 2).

“Yo creo que por hecho de tener que amputarle unos dedos del pie a mi padre (77 años), ya deberían estar canalizándonos al servicio o área de tanatología (si ya existiera), ya es necesario empezar una terapia, porque prácticamente es una pérdida que tanto mi padre como el resto de la familia vamos a tener, la vida ya no será igual para nadie, tendremos que tener otro tipo de dinámicas para poder apoyar a mi papá, iniciando con la depresión que ya está expresando tanto mi padre como mi madre (75 años), es una parte de su cuerpo que le van a extirpar, y eso duele, vaya que duele.” (Fam.4).

Ante las nuevas necesidades sociales, es predominante comprender la integración de la tanatología como para del quehacer profesional del Trabajador Social, ya que esta necesidad no es una

propuesta de especialización, sino un imperativo ético y una respuesta obligatoria ante la evolución de la realidad social contemporánea. Se necesita subrayar que la profesión se enfrenta a retos para poder trascender su intervención tradicional y asumir un rol activo en el manejo integral de las pérdidas y el ciclo final de la vida, sobre todo en el contexto hospitalario (Acevedo et al, 2025).

“Necesitamos apoyo emocional, tanto para mi madre como para toda la familia y sus cuidadores, mi madre (72 años) tiene problemas renales y ya van a empezar a dializarla, de antemano sabemos que esto ya no tiene remedio, no es candidata a trasplante por la edad y los otros padecimientos que tiene: es diabética, es hipertensa y ahora con lo de la deficiencia renal, peor aún. La verdad es que no sabemos cómo manejar esta situación, a todo el círculo familiar nos afectó grandemente. Nos caería bien ese apoyo emocional, una guía, saber fortalecernos ante este diagnóstico tan severo” (Fam.4).

“Vaya que, si necesitamos ese apoyo de la tanatología, hay mucho coraje y frustración entre nosotros como familia; mi hermana (35 años) fue diagnosticada con un cáncer muy agresivo, ya nos dijeron los doctores que la atienden, que nos preparemos emocionalmente porque trae un cáncer ya expandido y las quimios solo la harían sufrir y sería muy poco el tiempo que le “ganaríamos”, estamos valorando que hacer. Tiene 2 hijos aún en primaria, y el padre no se hizo cargo de ellos desde un inicio, así que solo nos tienen a nosotros; se nos vino el mundo, el universo entero encima. No sé qué tanto podría hacer por ella la tanatología, ya no por nosotros, pero si le sirve para que tenga un proceso menos doloroso emocionalmente, bienvenida sea. Ahorita toda cuestión de ayuda emocional es buena, es lo único que podemos hacer ya tristemente (se tapa la cara con las manos para llorar). (Fam.6)

“Ya tenía conocimientos de lo que hace la tanatología, y la verdad aplicarla da buenos resultados emocionales. Nosotros tuvimos esa terapia afortunadamente cuando mi mamá (61 años) partió cuando la época del COVID ya concluía ahí por inicios del 2022, aún vivía yo en Guadalajara y tuvimos

acompañamiento tanatológico. También la tuvimos que cremar, pero si tuvimos afortunadamente sepelio y toda la ceremonia luctuosa, eso nos sirvió bastante para podernos despedir a nuestra forma tradicional. Pero después viene lo más fuerte, no estar con ella, entrar a su casa y oler a sus aromas, al entrar a su recámara y seguir oliéndola a ella, es algo que nos doblaba emocionalmente. Ojalá se tuviera un área tanatológica en todos los hospitales, sería de gran ayuda para los usuarios, y que mejor que la aplicaran las Trabajadoras Sociales, que, al fin de cuentas, es el grupo de personal que siempre nos acompañan y están como más al pendiente de nosotros tanto como pacientes o familiares, así lo veo yo. De verdad sería de gran ayuda, y que bueno que están por mejorar el servicio que prestan. Este hospital general tiene unas instalaciones muy modernas y bonitas, póngale ese plus con la tanatología, les quedaría mejor que un servicio Hospitalario en la medicina privada. (Fam. 8).

Considerando lo expresado por la Tanatóloga Verónica León Saucedo, en la pasada pandemia en donde las pérdidas humanas fueron totalmente inesperadas dio paso a la comprensión y compasión percatándose de la importancia de la aplicación de la disciplina de la tanatología. Esta situación llamó la atención, ya que las personas buscaron apoyo no por haber perdido un ser querido, sino por cuestiones de culpa, enojo, frustración y negación por haber contagiado a un familiar, quien lamentablemente falleció, además de que se omitieron por razones protocolarias de sanidad, los rituales fúnebres habituales, en donde antes se realizaban velaciones y rituales de cuerpo presente, cambiando totalmente la despedida de los seres queridos fallecidos por este letal virus, a una despedida a lo lejos dentro de una bolsa sellada, trasladándose directamente a los crematorios (Paredes, 2021).

Ante toda esta gama de historias y vivencias experimentadas en Pandemia Covid-19, así como las experiencias posteriores a ese episodio negro del Siglo XXI, se pudo constatar que la sociedad va requiriendo de nuevas necesidades por sufragar, en donde el profesional de Trabajo Social va capacitándose para adecuarse a esas necesidades que van apareciendo con un grado mayor de

especificidad; atrás quedó el papel del trabajador social filantrópico y de caridad, dando paso a un trabajo social basado en el método científico y la promoción de los derechos humanos, incorporando en sus labores las demandas de la sociedad. Por lo que en tiempos modernos y postpandemia se puede visibilizar la clara necesidad de incorporar la Tanatología en el contexto hospitalario para ayudar a la sociedad a enfrentar y afrontar las pérdidas que se van presentando, y que requieren de un apoyo socio-emocional para mitigar y reincorporarlas con apoyo y guía a su nueva realidad, con la ausencia del ser querido, o la aceptación ante una enfermedad que cambiará la estructura socio-familiar.

En este sentido, la Tanatología se erige como el área de conocimiento que garantiza la pertinencia y funcionalidad del Trabajador Social hospitalario en el Siglo XXI, al definirse como una disciplina inter y multidisciplinaria, la Tanatología va mucho más allá del cuidado médico paliativo; centrándose en el proceso holístico de humanización al final de la vida. Su objetivo principal es el de proveer calidad de vida al enfermo y fomentar el equilibrio emocional en la unidad familiar, facilitando la vivencia de duelos libres de culpas.

Mientras la medicina se enfoca en los cuidados paliativos, el Trabajo Social aporta la visión socio-familiar y la gestión de la funcionalidad, por lo que la intervención social tanatológica del Trabajador Social, se centra en: (1) un equilibrio familiar previniendo duelos patológicos y fortaleciendo las redes de apoyo; (2) articulación de recursos, proporcionando asesoría legal y social como: trámites, testamentos, pensiones, recursos, etc., permitiendo que el enfermo y su familia dejen resueltos los “asuntos pendientes”; (3) el dominio de referentes teóricos y metodológicos, responden a las demandas sociales de ésta nueva era, además de fortalecer y elevar el perfil profesional del Trabajador Social, asegurando que su intervención se encuentre científicamente respaldada y sea crucial para ofrecer un apoyo verdaderamente integral, que abarque lo emocional, lo social y lo administrativo en el momento de mayor vulnerabilidad de la sociedad.

Conclusiones

El estudio demostró como la Tanatología puede ser el eje de la intervención social para fortalecer el apoyo a las familias con pacientes internados, quienes enfrentan nuevas necesidades y además demandan ayuda para afrontar procesos de duelo ante las pérdidas como el fallecimiento de un ser querido, la amputación de un miembro físico o un diagnóstico fatídico a corto plazo de un familiar. Observando cómo el Trabajador Social hospitalario desempeñó un papel fundamental durante la pasada pandemia por COVID-19 en los años 2020-2021, donde éste último brindó contención emocional, aportaron información y apoyo a los pacientes aislados y a sus familiares que no podían visitarlos en las camas hospitalarias, aportando dichos profesionales de Trabajo Social diversos mecanismos para mantener esa comunicación familiar, haciendo loables esfuerzos en retener a las familias fuera del caos y angustia que pudieran provocar los aislamientos físicos por los protocolos sanitarios impuestos, labor que generó una sobrecarga de trabajo para estos integrantes del sistema hospitalario, así como nuevos desafíos de contención, y que dichas acciones quedaron menos visibles que las del personal médico y de enfermería.

La investigación también analizó la situación que prevalece en la mayoría de las Unidades Hospitalarias, donde la tanatología es una herramienta poco utilizada por el equipo de profesionales de Trabajo Social, buscando poder incorporarla como parte de las actividades de esta área de trabajo del ámbito hospitalario.

Se puede observar que en los sistemas de salud, se van incrementando nuevas necesidades de los usuarios de dichos sistemas, y con ello el Trabajador Social se va re-configurando para poderle proporcionar atención a toda la sociedad que solicita la intervención que el profesional de la salud puede dar, en esta investigación se observó la clara necesidad de atención tanatológica derivado de las diversas entrevistas que se realizaron a usuarios de los servicios de salud, en las cuales expresaron el requerimiento de aplicar la tanatología a manera de intervención para recibir apoyo socio-emocional en los momentos críticos del duelo que experimenten. Se pudo analizar también que los Trabajadores Sociales podrían ayudar a afrontar el duelo tanto a pacientes como a familiares, ya que tienen la facilidad de la comunicación, así como las herramientas necesarias para el apoyo

emocional y social, concluyendo que los trabajadores sociales son un recurso valioso para la tanatología, ya que apoyan a los familiares de pacientes internados en momentos de vulnerabilidad y dolor.

Como parte de un nuevo enfoque de dinámica laboral un trabajador social con especialización en tanatología puede emerger como una nueva forma de desarrollar dichas habilidades, pudiendo abrirse campo como lo hizo el Trabajador Social con el Peritaje Social, donde las y los especialistas en este sub-rama del Trabajo Social, están generando nuevas perspectivas laborales con excelentes resultados económicos, sociales y laborales.

Comentando así, la adopción formal de la Tanatología es la vía por la cual el Trabajo Social asegura su relevancia, cumpliendo con el acompañamiento y facilitando que los individuos y sus familias encuentren sentido, paz y orden en el proceso de la pérdida y la muerte.

Referencias

- Anzar, N. J. (28 de 10 de 2016). *Universidad de Guadalajara*. <https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivos-de-noticias/carece-la-gran-mayoria-de-los-hospitales-de-servicio-de-cuidados#:~:text=Aunque%20tanto%20en%20la%20Ley,asistencia%20se%20se%20B1al%20el%20jefe%20del>
- Bowlby, J. (1988). Aplicaciones clínicas de la teoría del Apego. En J. Bowlby, & D. P. S.A (Ed.), *Una base segura: Aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego* (E. Mateo, Trad., 1 ed., págs. 159-168). Buenos Aires, Argentina, Argentina, Argentina: Paidós SAICF. <https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf>
- Bravo, M. M. (10 de 08 de 2006). ¿Que es la tanatología? *Revista Digital Universitaria*, 7(8), 2-10. https://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. (H. S. Pamplona, Ed.) *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Cid Carracedo, L. (10 de 06 de 2019). *La importancia del Trabajador Social en Duelos por la pérdida familiar: pérdida de un hijo/a*.

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32325/TFG.%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cores, C. (25 de 11 de 2019). *Etapas del Duelo*.
<https://ceciliacorespsicologa.es/etapas-del-duelo/>

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (Sep de 2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009

García Diaz, F. (26 de mayo de 2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad una virtud. *Medicina Intensiva: Punto de vista*, 30(9), 452-459.
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13096531%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13096531%20(1).pdf)

Lambert, C. (12 de Abril de 2006). Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y Vida*, XLVII(8), 517-529.
<https://www.scielo.cl/pdf/tv/v47n4/art08.pdf>

Leví, C. (06 de Julio de 2023). *Plataforma académica de Trabajo Social*. <https://www.mitrabajoessocial.com/la-entrevista-en-trabajo-social/>

Lillo, S. (17 de Diciembre de 2014). El proceso de comunicar y acompañar a los padres y al paciente frente al diagnóstico de discapacidad. (C. L. Condes, Ed.) *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 372-379. doi:[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70049-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70049-5)

OMS. (2020 de 08 de 2020). *Organización Mundial de la Salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care#:~:text=Los%20cuidados%20paliativos%20constituyen%20una%20enfermedad%20potencialmente%20mortal.>

OPS. (2020). *Organización Panamericana de la Salud OPS*.
<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Secretaría de Salud (21 de 08 de 2021). *Gobierno de México: Blog de la Secretaría de Salud*.

<https://www.gob.mx/salud/es/articulos/favorece-el-trabajo-social-la-promocion-y-buenas-practicas-de-la-salud?idiom=es>

Sánchez, A. O. (2023). *Reconfiguración de la Intervención Profesional de Trabajo Social en la primera línea de Atención de Covid-19 con pacientes y cuidadores en el Hospital General de Mazatlán, Sinaloa*. [Tesis Maestría, Universidad Autónoma de Sinaloa, Mazatlán, Sinaloa]. http://repositorio.uas.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/DGB_UAS/371/Reconfiguraci%C3%B3n%20de%20la%20intervenci%C3%B3n%20profesional%20de%20trabajo%20social%20en%20la%20primera%20l%C3%adnea%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20covid-19%20con%20pacientes%20y%20cuidado

Volkers-Gaussmann, G., Trujillo, Z., García-Pastrana, C., & Ochoa, A. (06 de 08 de 2020). Participación del personal de trabajo social durante la pandemia de COVID-19, en un Instituto de tercer nivel de atención. *Archivos de Neurociencias*. [https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane202h.pdf#:~:text=La%20participaci%C3%B3n%20del%20Trabajo%20Social%20\(TS\)%2C%20se,que%20ha%20generado%20procesos%20metodol%C3%B3gicos%20que%20ayudan](https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane202h.pdf#:~:text=La%20participaci%C3%B3n%20del%20Trabajo%20Social%20(TS)%2C%20se,que%20ha%20generado%20procesos%20metodol%C3%B3gicos%20que%20ayudan)

Salud y bienestar social en jóvenes con trastorno del espectro autista. Revisión documental.

Leticia Marisol Medina Hernández¹
Cindy Margarita López Murillo²

Resumen

La salud y bienestar social son aspectos fundamentales para el desarrollo integral de una persona. En jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) puede verse la influencia en cómo experimentan y gestionan ese bienestar para manejar el estrés, los cambios y las dificultades socioemocionales. Objetivo. Realizar una revisión documental respecto a la salud y bienestar social en jóvenes con TEA. Método. Se realizó una revisión documental elaborada en tres etapas. La primera correspondiente a la delimitación de categorías específicas derivadas del tema general; la segunda etapa revisión de documentos académicos, científicos y gubernamentales en bases de datos y la tercera etapa análisis de los contenidos y selección de información. Resultados. La selección de categorías facilitó la elaboración y distribución de subtemas para la presentación de la información resultando los siguientes: conceptualización del TEA; contexto político, económico y social en México a favor de jóvenes con TEA; indicadores de calidad de vida como derecho fundamental de jóvenes con TEA; determinantes sociales de la salud; jóvenes con TEA en el contexto de la salud, la salud mental, emocional y social; el TEA en jóvenes como emergencia social y por último la ética y bioética del trabajo social vinculado a jóvenes con TEA. De esta forma, se logra identificar información relevante desde un marco general contemplando la visión política de atención, la fase social y la personal que implica en la salud integral y desarrollo de jóvenes dentro del espectro autista. Conclusiones: la inclusión, la salud

¹ Maestrante. Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

² Docente e Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

y bienestar de jóvenes autistas sigue siendo un desafío en México, existen algunos programas de apoyo, no obstante, es necesario reforzar estrategias integrales que aborden el bienestar físico, emocional, mental y social de esta población. Se reconocen los obstáculos en la interacción social que los acompañan, así como los factores estructurales, acceso a oportunidades, la educación inclusiva y la sensibilización social.

Introducción

Hablar de juventudes autistas tiene un amplio significado. Por un lado, es hablar de lo que representa ser joven en esta época. Lo que es la juventud hoy, no es lo que fue hace diez, quince o veinte años. Cada vez a edades más tempranas se enfrentan a desafíos que cuestionan su salud mental, emocional y social. Añadir el tener una condición como lo es el Trastorno del Espectro Autista (TEA) atribuye otra forma de enfrentarse con dificultad a la realidad social, en la que deben vivir experiencias distintas a la niñez, donde confrontan situaciones de la vida cotidiana que representan cambios, toma de decisiones, desarrollo de habilidades para la vida como buscar un trabajo, estudios, formas de interactuar con otras personas e incluso por otro lado, tener inseguridades, problemas de salud mental, salud emocional o aislamiento social.

Jóvenes autistas pueden llegar a ser más vulnerables al experimentar dificultades que representen desafíos en aspectos relacionados con la salud en general. En algunos casos, por ejemplo, en cuanto a salud física pueden verse acompañados de condiciones y diagnósticos médicos asociados con alteraciones sensoriales (hipersensibilidad o hiposensibilidad), padecimientos oculares o auditivos, por mencionar algunos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015). Por otro lado, en cuanto a salud mental y emocional, existe una mayor predisposición a experimentar estrés, ansiedad y depresión debido a las dificultades en la regulación emocional que se requiere al hacer esfuerzos por interactuar socialmente (Leis y Pego, 2025).

En relación con la salud social, el entorno importa, las oportunidades que se presentan también, revisar la realidad que está alrededor de los jóvenes dentro del espectro autista es sumamente esencial. Por ello es importante el bienestar social, que implica la necesidad de tener capacidad de adaptación y autogestión ante los cambios y desafíos del entorno, lo que puede ser complicado, ya que para los jóvenes con TEA

la inclusión social puede llegar a ser uno de los principales retos debido a las dificultades que se tienen en la comunicación e interacción.

Jóvenes con esta característica, independientemente de las complicaciones sociales que les rodeen, no están ajenos a interactuar en espacios sociales y culturales que si bien, puede verse limitada la interacción, no significa que no estén ahí otras formas de relacionarse con el mundo. Esta visión se expone desde una revisión documental. Para Gómez et al. (2017) la revisión documental es una herramienta que ayuda en la construcción del conocimiento, evidencia los primeros procesos investigativos visualiza la identificación, búsqueda, recopilación y selección de información escrita que refuerza la forma de contrastar conceptos que contribuyen a la interpretación de un tema.

La primera etapa de esta revisión consistió en la delimitación de categorías específicas del tema general. Por ello, los temas clave para el abordaje de salud y bienestar en jóvenes con TEA se basa en hablar sobre el contexto político, económico y social en México, indicadores de calidad de vida, determinantes sociales de la salud, una perspectiva de la salud integral y la relevancia que tiene trabajo social en esta población.

La segunda etapa radica en una investigación de revisión de documentos académicos, científicos y gubernamentales. Como fuentes de información se realizaron búsquedas a través de Google Académico por medio de bases de datos como SciELO, Dialnet y RedALyC, además de repositorios institucionales oficiales de circulación en internet. La búsqueda se realizó con palabras clave como salud, bienestar social, jóvenes, autismo, TEA. Los criterios de inclusión para información referente al autismo fueron retomados de investigaciones desarrolladas en los últimos cinco años, centrándose en la población juvenil y con una perspectiva de salud y bienestar social.

En la tercera etapa se llevó a cabo el análisis de los contenidos y selección de la información. Se revisaron 112 artículos entre libros, revistas científicas, tesis y sitios web oficiales procedentes de distintas disciplinas, con el fin de encontrar trabajos que correspondieran al objetivo de esta investigación. Luego de filtrar la información, el total de artículos seleccionados fue de 32 para su revisión y posterior análisis.

Conceptualización del TEA

El Trastorno del Espectro Autista puede tener definiciones un poco distintas dependiendo la disciplina, por ejemplo desde las ciencias de la salud con un enfoque médico biológico se indica que es un trastorno del desarrollo neurológico “condicionante de una neurovariabilidad caracterizada por interacción social disminuida con deficiencia en el desarrollo de la comunicación a través del lenguaje verbal y no verbal e inflexibilidad en el comportamiento al presentar conductas repetitivas e intereses restringidos” (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 9).

El término trastorno del neurodesarrollo agrupa un conjunto amplio de condiciones de origen multifactorial, que inician desde edad temprana, permanecen toda la vida y determinan funcionamiento personal, social, académico u ocupacional de la persona en aspectos personales, familiares y sociales entre ellos, de acuerdo a la clasificación de mayor uso que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (actualmente DSM-5 por sus siglas en inglés) en este grupo se compone el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en donde se clasifican los niveles de severidad siendo el grupo (1) leve, (2) moderado y (3) severo, basado en el apoyo requerido (López y Föster, 2022).

Desde las ciencias sociales y humanas, se encuentran posturas que señalan que “la persona en condición de autismo debe ser tratada como una forma especial de comunicación y no como una patología” (Restrepo, 2023, p.6) Desde el paradigma de la neurodiversidad, “el autismo no es un trastorno mental, sino una manifestación de las diferencias cognitivas naturales de los seres humanos” (Sánchez et al., 2024, p. 3468) más adelante los autores explican que el término de neurodiversidad no nació de la ciencia, sino en la lucha social surgiendo para expresar la importancia de diversidad de los cerebros. Este concepto se apoya en que:

Todos los individuos tenemos un sistema nervioso único que compartimos varias similitudes entre nosotros (estructura) pero con funcionalidad diversa, todos tenemos cerebros diversos, y por lo tanto reaccionamos o vemos la realidad de una manera distinta, no solo se apoya en la defensa o posición de sacar al

autismo de una enfermedad [ya que] hay varias condiciones de vida que cobija este paradigma (Sosa, 2020, p. 26).

Adicional a esto, desde una postura antropológica, Gutiérrez (2021) señala que “el autismo no puede ser reducido a lo biológico, el autismo es un hecho social y el reconocimiento de esa naturaleza multidimensional no puede sino contribuir a la comprensión particular y situada de esta condición de la persona” (p. 26). Esto significa que hay que ir más allá de la percepción que se tiene de un trastorno o discapacidad, reconociendo que, aunque hay personas (autistas) que operan de manera distinta a los neurotípicos, cada individuo en el mundo posee diferentes habilidades y distintas dificultades por naturaleza. Esta diversidad es precisamente lo que caracteriza la raza humana.

Hay quienes le llaman al autismo discapacidad invisible. Una explicación al respecto por Romero (2023) dice que:

Las discapacidades invisibles son limitaciones mentales o físicas permanentes o transitorias no observables que han sido investigadas por profesionales de la salud, éstas se configuran a partir de la presencia de síntomas físicos, cognitivos y emocionales que dificultan la realización de actividades cotidianas de aquellos que las presentan. Estas condiciones, así como su naturaleza subyacente, la mayoría de las veces solo pueden ser observadas a través de la interacción continua (p.286).

De manera que cuando no son identificadas, se relacionan con problemas de actitud e interacción, afectando las relaciones de la propia persona con otros por no ser percibidas, lo que genera un impacto en la salud mental y social. Este término “no se ha generalizado en el ámbito médico, sin embargo, su reconocimiento y uso, facilitarían la aceptación de las limitaciones que pueden presentar las personas” (Romero, 2023, p.286). Entre ellas se encuentra el TEA por tener efectos discapacitantes que dificultan la relación con el entorno, de acuerdo con la investigación de la autora.

Esto apunta a hablar sobre el concepto de discapacidad, Zuluaga y Guerra (2022) explican que “la discapacidad es un problema ya que

implica una deficiencia física o mental y puede ser consecuencia de un defecto corporal, una limitación intelectual o un trastorno que impide o limita a un individuo para realizar ciertas actividades” (p. 6) desde su postura indican que un trastorno puede ser considerado como una discapacidad, porque condiciona entornos y calidad de vida. Por ello, el TEA se posiciona dentro de la discapacidad en programas sociales que ayuda a visibilizar y hacer algo por estas condiciones.

Contexto político, económico y social en México a favor de jóvenes con TEA

Se considera necesario realizar una revisión breve en el contexto histórico, político, económico y social en donde se ubica este tema. Para ello, se recurre a los planes de desarrollo nacional, estatal y municipal en su mayoría vigentes para contextualizar las bases en las que está situado el tema en el contexto mexicano. Para ello, el enfoque primeramente fue centrarse en buscar información de juventudes, para después examinar sobre juventudes con discapacidad y finalmente explorar lineamientos sobre esta condición.

Para ello, se tiene el Plan Nacional de Desarrollo de México (PND) que comprende los años 2025-2030. Ahí, con relación a las problemáticas que pueden presentarse particularmente en el tema en cuestión, puede encontrarse el Eje General 2: Desarrollo con bienestar y humanismo. En el objetivo 2.1 dice que se busca “fortalecer la red de protección social para garantizar la inclusión social y económica de toda la población, con especial atención a los grupos en situación de vulnerabilidad” (PND, 2025, p. 100).

En este objetivo, se localizan algunas estrategias específicas, por ejemplo, en la estrategia 2.2.1 “garantizar el acceso pleno a los derechos sociales de niñas, niños, adolescentes y jóvenes...”, (PND, 2025, p. 100) en la estrategia 2.1.3 “fortalecer la inclusión social, económica y la atención integral de las personas con discapacidad permanente, eliminando barreras estructurales para garantizar su plena participación” (PND, 2025, p. 100). Continuando con lo anterior, en el objetivo 2.7 habla sobre:

Garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana mediante la consolidación, modernización del sistema de salud, con un enfoque de acceso universal que

cierre las brechas de calidad y oportunidad, protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población (PND, 2025, p. 104).

En este objetivo, la estrategia 2.7.3 indica que se busca “implementar políticas mediante el Sistema Nacional de Salud Pública que aseguren atención a los grupos en situación de vulnerabilidad, con énfasis en población indígena, afroamericana, migrante o con discapacidad” (PND, 2025, p.104).

Por otro lado, complementando este objetivo, puede encontrarse en la estrategia 2.7.5 que se tiene la intención de “implementar acciones de promoción y prevención en salud mental, brindando atención integral con ética, calidad y respeto a lo largo de la vida” (PND, 2025, 104).

Los programas sociales afines a este tema que derivan del PND provienen del Eje General 2. Desarrollo con bienestar y humanismo, puntos que anteriormente se retomaron. Esos programas son el Programa Nacional de Juventud y el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Adicional a esto en el eje 3. Economía moral y trabajo, puede hallarse el, Programa Nacional de Trabajo y Empleo para las personas con Discapacidad. Se busca que la población en México esté viviendo en un entorno de bienestar. Para ello, se tienen algunos programas que buscan reducir las desigualdades o falta de oportunidades.

Ahora bien, continuando con la revisión del contexto político, económico y social en México a favor de jóvenes con TEA, puede encontrarse en el Plan Estatal de Desarrollo (PED) de Sinaloa que comprende el periodo de 2022-2027 dividido en tres ejes estratégicos como lo son el bienestar social sostenible, desarrollo económico y gobierno democrático, promotor de paz, seguridad, ética y eficiencia. Puede puntualizarse en el primer eje que:

1. El bienestar social sostenible es en donde se incluyen políticas de inclusión social y apoyo a personas con discapacidad.
2. En el tema cultural y artístico se propone rehabilitar la infraestructura y equipamiento, rescatar y promover tradiciones culturales. Arte, deporte, inclusión. Ser ampliamente

fomentadas para producir el alejamiento de actividades menos edificantes.

3. La familia como núcleo principal de la sociedad contando con el apoyo y protección jurídica para el bienestar de la primera infancia y adolescencia. Así como la inclusión y restitución de los derechos de las personas en condición de discapacidad y desde luego, al resto de grupos vulnerables.

Se ha señalado también en lo que respecta ser de interés para esta revisión que en el PED (2022) expresa que:

Los nuevos retos nos presentan la necesidad de reafirmar el vínculo entre la cultura y el desarrollo para todos, contribuyendo a una protección y promoción más eficaces de la diversidad de las expresiones culturales... En este nuevo escenario postpandemia, debemos considerar la cultura y el arte como pilares para el establecimiento de estos avances, ya que representan la expresión más elevada de los pueblos y reflejan el nivel de desarrollo espiritual y material de una sociedad. (p.99)

Es de pensarse entonces, que se reconoce que es necesario fortalecer aspectos socioculturales que faciliten espacios adecuados para el buen desarrollo psicosocial de las juventudes en el estado, sin dejar de lado a ninguna persona, sobre todo aquellos quienes pueden tener dificultades particulares de interacción o convivencia con otros, como es el caso de personas autistas. Al respecto se señala que en Sinaloa:

Hay [ciudadanos]... con problemas o condición mental... que dificulta a la persona a participar en actividades de la vida social comunitaria e interactuar con otras personas de manera adecuada para el contexto y su entorno social. Además, el estado alterado de salud mental incluye padecimientos como autismo, Síndrome de Down, esquizofrenia, retraso mental (leve o grave), etcétera. Las cifras son perfectamente claras y muestran una realidad que ya nos alcanzó. (PED, 2022, p. 146).

Con esto, se quiere decir que hoy en día se conoce que son situaciones que se tienen que seguir de cerca y para ello se muestran en el PED (2022) algunas estrategias en el terreno de inclusión buscando

brindar opciones de autosuperación e independencia para las personas con discapacidad. Entre ellas, explica que se reconoce la finalidad del programa pensión para el bienestar del gobierno de la república en el sentido que se tiene en cuenta los derechos de las personas con discapacidad sin embargo se analiza que:

La sola transferencia económica no resuelve en su totalidad las múltiples barreras a las que se enfrenta esta población. Por lo anterior, resulta necesario el reforzamiento a las políticas de bienestar por medio de estrategias de asistencia social. Como en áreas de rehabilitación física, apoyos funcionales, atención emocional y la inclusión laboral para una vida digna y productiva. (PED, 2022, p. 146)

En lo anterior, se hace énfasis en que se espera realizar otras alternativas para que las personas con alguna discapacidad o limitación tengan oportunidades de acceso en distintas áreas importantes para la vida personal y comunitaria para cumplir con roles funcionales y productivos sin discriminación. Ello puede encontrarse en la política de inclusión y restitución de derechos para las personas en condición de discapacidad en donde dice tener prioridad en aumentar la inclusión e incorporación al mercado laboral a la población con discapacidad que así lo desee.

En el Plan Municipal de Desarrollo (PMD) de Culiacán que comprende el periodo 2021-2024 está estructurado por 7 ejes. Del cual para este análisis compete mencionar el eje 3 de bienestar social en el PMD (2021) en el que puede leerse unos puntos de interés que indican que:

1. El desarrollo social es prioridad para el gobierno de Culiacán. Este eje se plantea realizar hazañas que disminuyan la desigualdad y discriminación en todas sus formas. Se interesa en tener un enfoque de inclusión en todos los aspectos que se consideren básicos para tener calidad de vida permitiendo así superar las condiciones de rezago social.
2. La educación como parte de generar conocimiento y enriquecer la cultura y los valores como seres humanos. Formando redes de apoyo para atención social y familiar.

3. Entre los programas específicos existentes afines a este tema de investigación está el programa de “Desarrollo cultural municipal” y el “Diálogo para jóvenes”.

El primero busca propiciar que los ciudadanos hagan posible y sean partícipes de entornos culturales saludables. Y el segundo busca incorporar hablar de temas de valores, redes sociales, tecnología y adicciones a las juventudes. Proponiendo además la creación del instituto para la equidad y la inclusión en las políticas públicas del municipio para las personas con discapacidad.

Más específicamente brindar “inclusión adecuada para niños autistas en la vida social y adecuar espacios públicos y servicios para ellas y ellos” Además de “proponer políticas públicas que permitan la apertura laboral para personas con capacidades diferentes y condiciones para propiciar el autoempleo” (PMD, 2021, p. 118). Con estos argumentos es posible tener en cuenta que son situaciones identificadas y reconocidas socialmente, sin embargo, el trabajo para la implementación de las propuestas y estrategias es sumamente arduo.

Al realizar esta revisión de los planes de desarrollo e intentar aterrizar la salud y bienestar en jóvenes con esta condición en el contexto mexicano actual, puede hacerse notar que se reconoce que hay problemáticas y existen estrategias para contrarrestarlo, sin embargo, no todo se trata de dádivas y programas sociales asistencialistas. Son importantes, pero no lo es todo, se requiere trabajo familiar, institucional y comunitario constante. El problema de interacción social que existe en la población autista requiere esmero, será algo que irá en ascenso debido a que cada vez hay más personas con este diagnóstico y requieren la atención integral que permitirá que puedan estar presentes en el mundo social que les rodea. Por lo que, en el siguiente apartado se exploran algunos indicadores de vida que deben ser considerados como un derecho en jóvenes autistas.

Indicadores de Calidad de vida como derecho fundamental de jóvenes con TEA

Es significativo dar continuidad a un análisis que se interese por identificar la importancia al posicionamiento de la calidad de vida en los jóvenes con un diagnóstico del espectro autista, especialmente desde trabajo social. Una definición indica que es:

Un estado de bienestar, en el sentido (...) de sostener, enriquecer, fomentar y promover el bienestar general de la vida humana en las condiciones bajo las cuales pueda existir en armonía entre el hombre y la naturaleza y lograr el requerimiento social, económico y otros de las generaciones presentes y futuras (Van, 1990 como se cita en Barranco, 2009, p. 245).

Se trata de integrar todos los elementos que propicien un bienestar al ser humano para un óptimo desarrollo en vida. Claramente, en algunos casos difícilmente pueden verse cubiertas cada una de las esferas con sus respectivas necesidades, pero el hecho de identificarlas permitirá entender de dónde surgen y saber si está dentro de las posibilidades buscar estrategias para mejorarlas. Otro concepto por Galán (2012) expresa que:

La calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Entre los elementos objetivos están: bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad. Elementos subjetivos: Intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida.

Desde esta perspectiva, es importante tener en cuenta la percepción del individuo, por lo tanto, sería esencial entonces, dar importancia a elementos tanto físicos como psicológicos pertenecientes a la persona. Continuando con Galán (2012) señala que la calidad de vida “debe tener una concepción del ser humano integral, en el que confluye lo biológico, psicológico, social, ético, político, cultural, histórico, económico, espiritual y estético, sin que ningún aspecto sea más relevante que otro...” (p.134) afirmando que para algunos la clave está en lo económico, sin embargo, comparte que sería importante unificar todos estos elementos como oportunidades reales para aprender y progresar tanto de lo positivo como de lo negativo, lo que desarrollará capacidades éticas ante la vida para afrontarla.

Adicional a esto, está lo declarado por Stanca y Veenhoven (2015, como se cita en Marcial et al., 2016) en donde comparten que:

La calidad de una vida vista desde el espectador se le denomina satisfacción con la vida. Esta satisfacción representa los resultados internos de la vida; a medida que nos ocupamos con seres humanos conscientes, esta calidad se reduce a la satisfacción subjetiva con la vida, bienestar subjetivo o conocida también como felicidad (p. 283).

Se considera esta afirmación relevante, puesto que la percepción de la persona en su contexto y la valoración que le dé a su propia vida puede marcar un rumbo que defina decisiones y aspiraciones que logren gestionar el estrés, los cambios y las dificultades que por naturaleza tienen que enfrentar los seres humanos, buscando en ello belleza en la vida en general y satisfacción en la vida personal.

Ahora bien, retomando las dimensiones y definiciones compartidas por Verdugo et al. (2007) de calidad de vida, considerándose apropiadas para a este tema. Precisamente por ello, las dimensiones a retomar son centradas en el contexto. En las dimensiones se puede encontrar primero el bienestar físico como la salud en general, alimentación, atención sanitaria. Segundo el bienestar emocional y todo lo que deriva de sentimientos positivos, negativos, autoconcepto, etc. Tercero bienestar material y lo que deriva de tener posesiones, empleo y vivienda.

Cuarto, las relaciones interpersonales, como las interacciones, relaciones y apoyos. Quinto, la Inclusión social que conforma aspectos como la integración y participación en comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales. Sexto el desarrollo personal que recupera datos sobre las capacidades/limitaciones, oportunidades de aprendizaje y habilidades como conducta adaptativa y comunicación. Séptimo la dimensión de autodeterminación rescatando aspectos de autonomía, metas/valores personales, decisiones y elecciones. Octavo y último, la dimensión de los derechos humanos y legales, que se tenga el conocimiento, respeto y espacio hacia ello.

Estas dimensiones de calidad de vida pueden abrir un panorama que enriquezca el reconocimiento de las distintas áreas de oportunidad y desarrollo en las que están posicionados los jóvenes autistas en sus contextos. Por otro lado, permite explorar aquellas dimensiones que pueden mostrar las afectaciones por las que se ven rodeados. La

vinculación que existe entre los indicadores de calidad de vida con la salud y bienestar incluyen el reconocimiento y el derecho básico que debe existir en el acceso a servicios de salud, educación y seguridad, entre otros. Estos factores influyen en la salud de las personas, porque determinan su condición de vida y el acceso a recursos esenciales para el bienestar.

Aunque el bienestar puede tener un significado distinto para cada persona, el propósito en común es sentir satisfacción con la vida y la felicidad. Estos elementos se relacionan con la salud emocional y mental. “Factores como el estrés, ansiedad y depresión, pueden afectar la percepción de calidad de vida, mientras que el acceso a apoyo psicológico y redes sociales saludables contribuyen a mejorarla” (Universidad Veracruzana, 2025 p. 1).

Desde el trabajo social se puede desempeñar un papel fundamental en la calidad de vida, salud y bienestar de los jóvenes dentro del espectro autista al integrar los indicadores de calidad de vida en estrategias de investigación e intervención que aborden sus necesidades específicas, por ejemplo, promoviendo la inclusión social en comunidades y programas de participación social, lo que puede mejorar el bienestar emocional y social, reduciendo el aislamiento. Por otro lado, brindar apoyo para el acceso a servicios de salud integral, siendo mediadores entre los jóvenes con TEA y los sistemas de salud, asegurando que reciban atención médica adecuada como terapias especializadas, apoyo psicológico, etc.

A través de programas de intervención, colaborar en el fomento del desarrollo de habilidades para la autonomía, ayudándolos a desarrollar habilidades para la vida cotidiana, educación y empleo. También, mediante la sensibilización y educación comunitaria, generando conciencia sobre el autismo en la sociedad, promoviendo la eliminación de barreras y estigmas, buscando crear entornos más inclusivos y sobre todo en la incidencia en políticas públicas, asegurándose que exista correcta difusión, asegurando que los programas gubernamentales sean efectivos y accesibles para que se garanticen los derechos y oportunidades sobre estas juventudes.

Determinantes sociales de la salud

Hablar de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) es clave. Todo influye en el bienestar de una persona. A menudo se piensa que solo se trata de una cuestión individual en donde tiene que ver la genética y hábitos. Sin embargo, existen muchas circunstancias que pueden demostrar que es precisamente lo contrario. Mejía (2013) dice al respecto:

En la perspectiva de la OMS, el concepto de los DSS se ha definido como aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. En tanto dichas condiciones pueden ser positivas o negativas, se les reconoce como factores protectores y/o factores de riesgo respectivamente (p. 33).

Se trata de un sinfín de elementos que precisamente estipulan una variedad de circunstancias que determinan la salud. Principalmente lo conforman componentes sociales, es decir, el lugar en donde se nace, vivienda, nivel de escolaridad, ingreso económico, acceso a bienes y servicios, oportunidades de trabajo, crecimiento y desarrollo personal, acceso a atención médica, por mencionar algunos. Para Cárdenas et al. (2017) los DSS “reflejan el estado de la salud como consecuencia de comportamientos individuales y contextos sociales, además del impacto de los servicios de salud y de las características genético-biológicas” (p. 97). Es decir, dicho por ellos mismos “son las condiciones en las que las personas se desarrollan y esas condiciones impactan en sus vidas tanto en la condición de salud y nivel de inclusión social” (Cárdenas et al., p.97).

Desde la postura de Puyol (2012) plantea que los DSS indican que es importante introducir elementos éticos y no únicamente descriptivos, para poder entender que de las causas sociales pueden surgir causas biológicas asociadas a enfermedades o padecimientos, señalando que evidentemente aunque en apariencia el acceso al sistema sanitario sea justo, los DSS demuestran que los individuos pueden llegar a padecer complicaciones de salud por razones socialmente injustas al enfrentarse a estructuras sociales desiguales en el día a día.

En una persona joven con condición del espectro autista, los DSS desempeñan un papel muy importante porque es lo que permite contemplar los factores de riesgo y factores protectores en los que se ven inmersos en su trayectoria de vida. En un aspecto familiar de un joven pueden mostrarse elementos económicos, emocionales, salud familiar y vivienda. Pueden verse aspectos institucionales como lo es tener acceso y el derecho a espacios educativos y centros de atención integral. En cuestiones sociales el tener relaciones armónicas con el entorno y colaboración con la comunidad. Todo ello determina el paso a oportunidades en las que tristemente no a todos favorece ya que algunas cuestiones permanecen fuera del control del sujeto.

Aunque estos determinantes sociales de la salud promueven la dignidad humana, no alcanzan a garantizar bienestar en todas las realidades que deben ser cumplidas referente a la salud. El alcance se ve limitado por factores estructurales y contextuales que afectan su implementación. Las desigualdades económicas, sociales, el acceso desigual a servicios de salud y la exclusión social, pueden obstaculizar el cumplimiento total de estos principios, dejando a ciertos grupos en vulnerabilidad. En ese sentido, el trabajo social juega un papel clave, en donde puede identificar barreras específicas y promover estrategias comunitarias para fortalecer la capacidad de los DSS.

Esto, con la intención de generar un impacto positivo y amplio. A pesar de las dificultades, el reconocimiento de estas limitaciones puede ser el primer paso para buscar estrategias y soluciones que aborden no sólo el problema, sino también causas estructurales. El generar políticas inclusivas, tener un enfoque de derechos humanos y realizar trabajo interdisciplinar, puede mejorar la forma en que los DSS contribuyen al bienestar real de las personas.

Jóvenes con TEA en el contexto de la salud, la salud mental, emocional y social

La dificultad para la convivencia e interacción social que pueden presentar los jóvenes con TEA en su entorno social es diverso. Para ello es necesario contemplar de forma constitutiva aspectos específicos de salud integral, que permitan asimilar como infieren estos elementos en los jóvenes. Es importante entonces, entender qué es la salud. “En el preámbulo de la Constitución de la OMS se define el concepto de salud:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 1946 como se cita en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2015, p.8). De esta manera, puede darse a conocer la notabilidad que tiene la salud en los seres humanos. Es vital para un desarrollo saludable, cada aspecto tiene su función y valía.

Hablar de salud emocional tal y como lo dice Navas (2010) indica que “las emociones son una parte innegable e integral de nuestro ser que condicionan nuestra salud y desempeñan un papel esencial en nuestro comportamiento, aprendizaje, creatividad e interacción social, etc.” (p.463). Cuando se valora esta parte en un joven autista debe tomarse en cuenta muchas cosas, entre ellas las diversas emociones que pueden estar presentes: primero, por ser seres humanos, segundo, por estar en la etapa de la juventud, que implica verse acompañado por la toma de decisiones importantes que dirige su trayecto de vida pasado, presente y futuro y tercero por ser personas con un diagnóstico con TEA, lo que precisamente puede complicar entender neurológicamente las emociones en uno mismo y en los demás.

Al respecto y continuando con lo anterior, “las emociones facilitan la adaptación del individuo al entorno social. Las pulsiones emocionales expresan cómo nos sentimos en cada momento y regulan o tratan de controlar la manera en que los demás reaccionan ante nosotros” (Reeve, 1995 como se cita en Navas, 2010). Sería verdaderamente difícil tratar de comunicarse con un entorno social en el que sea complicado regularse emocionalmente y más aún si no se tiene salud emocional. Cuestión que podría estar presente involuntariamente en la mayoría de los jóvenes con esta condición.

De forma similar, se encuentra la salud mental. En el portal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s/f) define que:

Es el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno sociocultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés. La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y su comunidad.

Aunado a esto, se explica que hay factores que pueden afectar la salud mental como lo es la inseguridad, desesperanza, el rápido cambio social, riesgos de violencia, problemas que afecten la salud física además de experiencias personales, interacciones sociales, valores culturales, experiencias familiares, escolares y laborales. Afirmando lo anterior de acuerdo con la UNICEF (2023) reconoce que si bien, la salud mental “es importante en todas las etapas de la vida, se vuelve sumamente relevante en la adolescencia.” (p. 1).

Con respecto a lo anterior, después de la adolescencia continua la etapa de la juventud, siendo ésta última la de interés para este trabajo. Son etapas muy similares y cercanas, por ello permiten tomar en cuenta características aplicables en cuestión de salud mental. Más adelante se indica:

En la adolescencia y juventud la propia exploración de su identidad, las presiones que pueden venir de otros jóvenes o la exposición a adversidades pueden generar factores de estrés que deriven en problemas de salud mental. Puede existir un mayor riesgo a padecer trastornos de salud mental cuando existen situaciones que llevan al estigma, la violencia, la discriminación, la exclusión o el no apoyo del entorno o servicios de salud. (UNICEF, 2023, p. 1).

En las juventudes con TEA se habla de personas que pueden verse vulneradas por cuestiones de salud mental y entre los aspectos principales “las personas con autismo tienen cuatro veces más posibilidades de desarrollar depresión que en la población general, considerándose la afección de salud mental más común entre ellas” (Hudson y Harkness, 2019 como se cita en Ruggieri, 2020, p. 13) Además se indica que es importante tener en cuenta que la depresión no se manifiesta de la misma manera que las personas con desarrollo típico y que es importante erradicar la idea que se tiene de que las personas con autismo no pueden sentir emociones fuertes como angustia, tristeza o depresión. Ruggieri (2020) lo explica de la siguiente forma:

El solo pensar en las dificultades sociales, el padecimiento de hostigamiento, la necesidad de camuflar sus problemas, la insatisfacción respecto de encajar socialmente, el no ser convocado por pares, no poder lograr una vida afectiva o de

pareja, dan una idea del sufrimiento que pueden padecer las personas con TEA, su posible depresión y los consiguientes pensamientos que pueden llevarlo a ideas, intentos o incluso al suicidio (p. 14).

Lo que puede provocar una tendencia a complicaciones en salud mental si se añaden las situaciones antes mencionadas. Estos antecedentes, inducen a hablar sobre la salud social. Precisamente la definición que comparte la Universidad Internacional de Valencia (2018) indica que “la salud social es la habilidad para la adaptación y la autogestión ante los cambios y desafíos del entorno, así como la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas.” (p.1). La salud social recae principalmente en los entornos sociales, sistemas públicos, gobiernos y familias. Involucra a todos, por lo tanto, la responsabilidad es de todos, precisamente ello puede ser la razón por la que se considera algo complicado de mantener.

Si bien es un término poco conocido, tiene mucha relevancia, puesto que busca dar explicación y enfatizar en la importancia que tiene el entorno. Una persona podría considerarse con buena salud mental, pero si los factores de alrededor muestran lo contrario, la persona puede verse afectada incluso en su salud mental. Relacionando tal definición, es de tener en cuenta que se habla de hombres y mujeres jóvenes diagnosticados dentro del espectro autista desde una edad temprana. Si se analiza que ya se tiene un diagnóstico de TEA en combinación con circunstancias ambientales, estructurales y sociales por lo general poco favorables, sumando la presencia de factores limitantes que impidan una adecuada salud mental en esta población, las probabilidades de alcanzar una adecuada salud integral pueden ser mínimas.

Ahora bien, si se recupera la información de sus entornos, como el lugar donde se vive, las personas con las que se relaciona, los ambientes en los que se desenvuelve y el acceso o falta de oportunidades que se tiene, es decir las condicionantes que involucran a la sociedad, familia y conocidos, surgen otros elementos que pueden indicar si existe salud social o no en personas con esta condición. Puede tenerse una idea en la que difícilmente se tiene salud social, debido a las dificultades de interacción social a las que se ven enfrentados que imposibilitan un desarrollo social pleno en algunas áreas de la vida, sin embargo, no significa que es totalmente determinante para cada aspecto.

Por lo tanto, se considera que, en jóvenes dentro del espectro autista en su mayoría, probablemente carecen de salud social ya que no solo existen afectaciones de forma individual, sino también en el entorno social que les rodea y la forma en la que se permanece en él. Posiblemente en algunos casos, las necesidades básicas personales puedan ser cubiertas, pero sin salud social, difícilmente puede existir una salud integral completa.

El TEA en jóvenes como emergencia social

Al hablar de escenarios emergentes, se tiene la intención de comprender que las realidades sociales por las que la sociedad vive son cambiantes. En algún momento sin imaginarlo pueden llegar a ser parte del pasado o bien, acrecentarse en el futuro. Es ahí donde entran escenarios emergentes que evalúan la situación, busca comprenderla y en algunos casos, hacer algo por las circunstancias en busca de mejoras.

Para Trabajo Social como lo explican Álvarez y Cervantes (2016) lo emergente es un área de oportunidad para innovar espacios de atención en torno a la profesión rompiendo con lo tradicional. Al dar paso a lo emergente, se permite el reconocimiento y validación de situaciones que escapan del control de las personas sobrepasando la capacidad de su fuerza física, emocional, intelectual rebasando en algunos casos el entendimiento y raciocinio de las personas provocando distintas alteraciones en quien lo está viviendo. Las alteraciones deben ser identificadas, por ejemplo:

Algunas [son] asociadas a ajustes emocionales resultado de circunstancias que viven y que suelen ser consecuencia de la precariedad, el abandono, la pérdida de libertad o de la salud, de desastres naturales, de pobreza, ausencia de oportunidades, entre otros. Cada una asociada a la “falta de algo”, a la privación de expectativas incumplidas; todo ello, con el consecuente duelo, que requiere orientación, atención y acompañamiento, para que los individuos se adapten a situaciones distintas que forman parte de su realidad presente (Álvarez y Cervantes, 2016, p. 4)

Al realizar una revisión sobre jóvenes autistas en su entorno social en relación con futuras emergencias debido a las problemáticas sociales de interacción social, comunicación y conducta que acompañan tal diagnóstico, está lo revelado por Mayo Clinic (2021) al explicar que

surgen problemas en la escuela y aprendizaje, problemas laborales, incapacidad para vivir de forma independiente, aislamiento social, estrés en la familia, victimización y ser objeto de intimidaciones. Añadiendo a esto, está lo descrito por Ruggieri (2020) al decir que los pensamientos suicidas son comunes en personas con TEA que vienen con un alto riesgo de suicidio.

Sin duda son componentes que difícilmente disminuirán con el paso de los años, por el contrario irá en aumento, puesto que existen mayor prevalencia en diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista hoy en día, siendo principalmente diagnosticados niños y niñas desde edades más tempranas. Por lo tanto, se considera que se trata de una emergencia social, (no el tener un diagnóstico de TEA) sino el sensibilizarse socialmente en la inclusión social, facilitando entornos amigables, amables, adaptativos, útiles y reales desde una persona, hasta familias, comunidades y sociedad para la integración social, en niños, adolescentes, jóvenes y adultos dentro del espectro autista.

Ética y bioética del trabajo social vinculado a jóvenes con TEA

Para hablar de ética es importante comprender de qué se trata, para Fernández et al. (2012) indican que “cuando hablamos de ética nos referimos al estudio de la moral, aquello que deviene correcto o incorrecto” (p. 46). Para algunos puede ser confuso comprender el significado. Una definición más que ayuda a aclarar el punto sobre principios éticos es el de Biestek (1996, como se citó como se cita en Fernández et al., 2012) en relación con trabajo social, dice que es “la individualización, expresión de sentimientos sin censura, implicación emocional controlada, aceptación del usurario o cliente, no emitir juicios, derecho a la autodeterminación... y finalmente, derecho a la confidencialidad” (p.47). Permitiendo así destacar principios apropiados de convivencia entre la persona y el trabajador social.

Al hablar de fundamentos de bioética relacionados con los conceptos de autodeterminación y autonomía establecidos en el informe Belmont (1979, como se cita en Fernández et al., 2012) dice que:

Los principios básicos que se establecen en dicho informe son los siguientes:

1. El respeto a las personas, que acoge dos principios básicos: autonomía de los individuos y necesidad de protección de esta autonomía a personas que puedan tenerla menguada.
2. El principio de beneficencia. La actuación médica busca siempre el beneficio del paciente.
3. El principio de justicia. Referido a la correcta asignación de recursos (p. 48).

Esto quiere decir que es importante mantener un equilibrio entre lo que es importante para la persona y lo que considera el profesional, siendo un portavoz a favor de los derechos y justicia social, aun cuando se presenten situaciones éticas que ponen en tela de juicio la dignidad de una persona. La bioética puede ser muy cuestionable, pero existe para mediar en situaciones difíciles.

Continuando con lo anterior, en Fernández et al. (2012) indican que se presenta principalmente en escenarios médicos en donde es importante cuidar la autodeterminación de los “pacientes” para conocer hasta qué punto pueden o quieren tomar decisiones. En escenarios sociales no se está ajeno a estas eventualidades, por lo tanto, se considera un término importante que tiene relación con trabajo social.

En la declaración de principios éticos de trabajo social de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS, 2018) describe que se tiene el compromiso desde el trabajo social de valorar a las personas con las que se interactúa, manteniendo principios y valores que dignifiquen a las personas. Estos señalamientos son importantes, puesto que la relación que un profesional de trabajo social tiene con las personas, grupos y comunidades es amplia y muy diversa. En él pueden encontrarse los siguientes lineamientos:

1. Reconocer la dignidad inherente a la humanidad. Los trabajadores sociales propician relaciones de empatía y respeto en actitud, palabra y hechos.
2. Promover los derechos humanos. Es importante evitar toda forma de discriminación. Promueven los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales. Son mediadores culturales.
3. Promover la justicia social. Desafían la discriminación y la opresión institucional en todas sus formas. Se espera que exista

respeto por la diversidad sin expandir un relativismo moral construyendo redes de solidaridad y sociedades inclusivas. Deben elegir cuidadosamente las circunstancias, no están obligados a actuar cuando están en riesgo.

4. Promover el derecho a la autodeterminación. Reconocen las realidades de las personas y la capacidad que tienen de tomar sus propias decisiones, siempre y cuando no se dañe los derechos e intereses de los demás.
5. Promover el derecho a la participación. Busca dotar de recursos y capacidades para que las personas participen en decisiones y acciones que afectan sus vidas. Contribuyen con la creación de espacios y en la formulación de políticas.
6. Respetar la confidencialidad y privacidad. Informan a las personas con quienes se relacionan sobre los límites referidos a la privacidad y confidencialidad. Respetan esos derechos, sin embargo, ese derecho está restringido a ciertos parámetros legales, así como también pueden ser vulnerados cuando hay riesgo de daño a sí mismo o a terceros.
7. Tratar a la gente como personas en su totalidad. Reconocen las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y espirituales de la vida de las personas, entienden y tratan a todas de manera integral. Ello facilita la colaboración con grupos interdisciplinarios.
8. El uso ético de la tecnología y las redes sociales. Significa brindar pruebas éticas sin importar el modo de práctica. Es importante el consentimiento informado y dejar en claro los posibles límites de confidencialidad y privacidad. Los trabajadores sociales reconocen que el uso de tecnología y las redes sociales pueden significar amenazas, deben tomarse las precauciones necesarias.
9. Integridad profesional. Estar al tanto de las actualizaciones de los códigos de ética. Se deben mantener las habilidades y competencias necesarias para realizar el trabajo. Deben actuar con integridad y ocuparse de sí mismos profesional y personalmente para evitar el desgaste y mejorar las relaciones laborales y resultados. Reconocen que son responsables de sus acciones ante las personas con quienes se relacionan. Las

decisiones deben estar basadas en evidencia empírica, consideraciones éticas, legales y culturales (AIETS, 2018).

Estos criterios son fundamentales no solo para la vida práctica de un trabajador social, sino para el proceso vinculado a la investigación. Ello permite mantener una relación sujeto e investigador de respeto, honestidad, integridad y ética. Estos componentes protegen ambas partes, obteniendo lo mejor de ambos. Naturalmente no se es perfecto en la forma de relacionarse con otros, pero se busca que el profesional busque tener un progreso humano apto en donde reconozca debilidades, vulnerabilidades, celebre logros y crecimiento personal para llegar a ser mejor y dar lo mejor de sí a otros.

La ética y la bioética en la atención en jóvenes con esta condición es sumamente esencial porque al tener el conocimiento de esos parámetros se puede aplicar un trabajo integral desde la disciplina de trabajo social. La ética profesional obliga a promover, defender y luchar por los derechos de las juventudes autistas en la sociedad, en especial aquellos derechos de salud y bienestar ligados a los determinantes sociales de la salud e indicadores de calidad de vida, porque desde este enfoque se buscará brindar un trato digno y concienzudo que integrará elementos básicos que promuevan la dignidad humana y oportunidades de un desarrollo físico, social, mental y emocional propio.

Conclusiones

Se concluye que la inclusión, la salud y el bienestar de jóvenes autistas sigue siendo un desafío en México, pues, aunque existen algunos programas de apoyo, es necesario reforzar estrategias que aborden el bienestar físico, emocional, mental y social de esta población. Es importante enfatizar la importancia de la ética y la bioética en el trabajo social para garantizar una intervención respetuosa, ya que desempeña un papel crucial en la inclusión y el bienestar de jóvenes con esta condición, porque, aunque se reconoce que la dificultad de interacción social que los acompaña no es el único desafío, sino que también se ve influenciado por factores estructurales como el acceso a oportunidades, la educación inclusiva y la sensibilización social, esta realidad va en aumento.

La prevalencia del autismo cada vez es mayor, por lo tanto, se considera que se trata de una emergencia social, en la que es importante

visibilizar las dificultades por las que los jóvenes con este diagnóstico se enfrentan día con día socialmente. En este sentido trabajo social debe actuar como mediador entre los jóvenes con TEA y su entorno, promoviendo espacios de integración y participación comunitaria, destacando principios como el respeto, valor, integridad, autoestima, la promoción de justicia social y el derecho a la participación, lo cual guía la investigación y práctica profesional.

Referencias

- AIETS, I. (2018). *Declaración de principios éticos del trabajo social*.
<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2018/04/Spanish-Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles.pdf>
- Alcalá, G. C., & Ochoa, M. G. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7-20.
- Álvarez, F. y Cervantes, S. (2016). *La intervención social en los escenarios emergentes; una visión integradora*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/6987/la_intervencion_social_en_los_escenarios_emergentes_una_vision_integrador_a.pdf
- Barranco, C. (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, 9(2), 133-145.
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. ESAN Ediciones.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015) *Definiciones de Salud*. UNAM.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4842/3.pdf>
- Fernández, J., Vicente, I., Palacín, C., Alegre, R., Boixadós, A., Chagas, E., & Tabueña, M. (2012). Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derecho*, (24), 44-60.
- Galán, M. G. N. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137.
- Gómez, D., Carranza, Y., & Ramos, C. (2017). Revisión documental, una herramienta para el mejoramiento de las competencias de lectura y escritura en estudiantes universitarios. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, (1), 46-56.

- Gutiérrez, A. (2021). *El autismo y sus metáforas: una aproximación antropológica* (Doctoral dissertation, Universidad Pablo de Olavide).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2015) *Trastornos del Espectro Autista* (TEA). <https://imss.gob.mx/salud-en-linea/tea>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (S/f). *Salud Mental*. <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>
- Leis, A., & Pego, E. R. (2025). Emotividad y comunicación social en el Trastorno del Espectro Autista sin déficit intelectual. Una revisión. *Revista Enfermeir@s*, (44).
- López, I., & Förster, J. (2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 367-378.
- Marcial, N., Peña, B. V., Escobedo, J. S., & Macías, A. (2016). Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 26(48), 277-303.
- Mayo Clinic (2020). *Trastorno del espectro autista: síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/symptomscauses/syc20352928#:~:text=establecer%20este%20v%C3%ADnculo,-,Complicaciones,y%20ser%20objeto%20de%20intimidaciones>
- Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 28-36.
- Navas, M. D. C. O. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de orientación y psicopedagogía*, 21(2), 462-470.
- Plan Estatal de Desarrollo [PED] 2022-2027, México, Gobierno Estatal. <https://ped.sinaloa.gob.mx/>
- Plan Municipal de Desarrollo [PMD] 2021-2024, México, Gobierno Municipal. https://implanculiacan.mx/descargas/planes/PMDC_2021-2024.pdf
- Plan Nacional de Desarrollo [PND] 2025-2030, México, Gobierno Federal. <https://www.gob.mx/presidencia/documentos/plan-nacional-de-desarrollo-2025-2030-391771>

- Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta sanitaria*, 26, 178-181.
- Restrepo, D. D. (2023). *Autismo: una mirada en el horizonte de la diversidad*. (Doctoral dissertation, Universidad de Manizales).
- Romero, L. F. (2023). Discapacidades invisibles en el primer nivel de atención. *Atención Familiar*, 24(4), 285-288.
- Ruggieri, V. (2020). Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *Medicina (Buenos Aires)*, 80, 12-16.
- Sánchez, V. A. A., Gómez, M. Y. B., Carmona, V., & Restrepo, L. M. P. (2024). Modelo médico-clínico y paradigma de la neurodiversidad: la importancia de una mirada integradora para comprender el autismo. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(2), 3468-3484.
- Sosa, S. A. S. (2020). Paradigma de la neurodiversidad: una nueva forma de comprender el trastorno del espectro autista. *Revista de estudiantes de Terapia Ocupacional*, 7(1), 19-35.
- UNICEF (2023). *Salud mental en la adolescencia y la juventud: qué saber*. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/salud-mental-en-la-adolescencia-y-la-juventud-qu%C3%A9-saber>
- Universidad Internacional de Valencia (2018). *Salud social: definición, determinantes y recomendaciones*. <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/salud-social-definicion-determinantes-y-recomendaciones>
- Universidad Veracruzana (2025) *Observatorio de calidad de vida y salud social (OCVS) Datos e Indicadores*. <https://www.uv.mx/ocvs/datos-e-indicadores/>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Gómez, L. E., & Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*, 38(4), 57-72.
- Zuluaga, D. F., & Guerra, D. (2022). *Calidad de vida de niños con Trastorno Espectro Autista y Asperger* (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).

La articulación institucional en la atención a la drogodependencia: un análisis desde la política pública de salud

Luis Gabriel Valle Castillo¹

Luz Mercedes Verdugo Araujo²

Teresita del Niño de Jesús Carrillo Montoya²

Resumen

El objetivo de la presente es analizar la articulación institucional de la política pública en salud para la atención de la drogodependencia en México. Se parte del supuesto de que, aunque existen normativas, programas y modelos de atención, la efectividad de estas estrategias podría verse afectada por la manera en que se coordinan las instituciones y los niveles de gobierno, lo que sugiere posibles vacíos en la implementación. Conceptualmente, se retoma la categoría de articulación institucional entendida como el proceso de coordinación entre actores, recursos y normativas para el cumplimiento de objetivos comunes. Se abordan las dimensiones de la articulación: normativa, institucional, operativa, interdisciplinaria e impacto, las cuales permiten comprender cómo se estructuran y gestionan las políticas públicas en este ámbito. Desde un enfoque sistémico se considera la política pública como un sistema abierto en constante interacción con su entorno y otros actores estructurales que determinan sus elementos teóricos-metodológicos. El estudio parte de un enfoque cualitativo basado en el análisis documental, lo que permite identificar, los principales desafíos en la implementación de la política pública de salud para la atención de la drogodependencia. Como resultado de la búsqueda documental, se sugiere que la fragmentación institucional y la dispersión de responsabilidades entre distintos niveles de gobierno y organismos

¹ Maestrante en Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

² Docente e Investigadora de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

podrían influir en las dificultades de implementación de dichas políticas. Esta situación repercute en la ejecución de programas de prevención y tratamiento de la drogodependencia, generando posibles vacíos en la cobertura, duplicidad de esfuerzos y limitaciones en el acceso a servicios de atención integral.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas constituye uno de los principales problemas de salud pública en México y en el mundo, tanto por su impacto en la morbilidad y mortalidad como por las implicaciones sociales, económicas y familiares que genera. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define este problema como un estado de dependencia física y psicológica de una sustancia, caracterizado por una necesidad compulsiva de consumirla a pesar de sus efectos nocivos. De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2023), en 2021 alrededor de 296 millones de personas consumieron alguna droga ilícita, lo que equivale al 5.8 % de la población mundial de 15 a 64 años. Asimismo, se estima que 39.5 millones de personas presentan trastornos asociados al consumo de drogas, lo que representa un incremento del 45 % respecto a 2011.

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017) señala que el 10.3 % de la población entre 12 y 65 años ha consumido alguna droga al menos una vez en su vida, incluyendo tabaco y alcohol. Estos datos muestran una tendencia creciente, ya que la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) indicaba que la prevalencia del consumo de cualquier droga alguna vez en la vida pasó de 5.0 % en 2002 a 7.8 % en 2011. En cuanto a sustancias ilícitas, el consumo incrementó de 4.1 % a 7.2 % en el mismo periodo, con la marihuana (6.5 %) y la cocaína (3.6 %) como las drogas de mayor preferencia. Estas cifras no solo reflejan la expansión del consumo problemático, sino que también ponen en evidencia los retos que enfrenta la política pública para atender de manera efectiva esta problemática.

Si bien, en años recientes se han producido transformaciones significativas en los modelos de atención, así como en las políticas y las instituciones encargadas de abordar el fenómeno, persisten importantes desafíos en la manera en que se concibe y gestiona la problemática.

Durante décadas, los enfoques predominantes se sustentaron en una visión médico-clínica centrada en la patología y el tratamiento individual, lo que condujo a comprender la drogodependencia principalmente como una enfermedad a nivel personal, estigmatizando al usuario y dejando en un segundo plano los determinantes sociales e institucionales que la acompañan.

En la actualidad, los marcos conceptuales y las agendas internacionales han tendido a incorporar miradas más amplias que reconocen la complejidad del fenómeno, situándolo también en el ámbito de la salud mental. Desde esta perspectiva, se asume que el consumo problemático de sustancias no puede entenderse de manera aislada, sino como parte de un entramado de factores psicológicos, sociales, económicos y culturales que inciden en la salud integral de las personas. No obstante, pese a estos avances, el consumo de sustancias sigue prevaleciendo, lo que evidencia que las estrategias implementadas no siempre han alcanzado el impacto esperado. En este contexto, resulta pertinente reflexionar sobre la manera en que la articulación institucional influye en la eficacia de la política pública en salud, destacar su relevancia teórica y analítica como un elemento clave para comprender el funcionamiento del sistema de atención.

Dado que la limitada coordinación entre niveles de gobierno o la duplicidad de funciones se plantean sólo como indicios de los desafíos que enfrenta la gestión pública para lograr coherencia y continuidad en la atención de las adicciones, la multiplicidad de actores involucrados, instituciones nacionales, estatales y municipales, así como organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, conforma una red amplia y compleja que exige mecanismos efectivos de vinculación. En este sentido, la articulación institucional se vuelve un eje central de análisis, ya que, como plantea Aguilar-Villanueva (1996), implica el proceso mediante el cual se coordinan actores, recursos, marcos normativos y estrategias en torno a objetivos comunes. De esta manera, la articulación no sólo constituye un mecanismo operativo, sino también una categoría analítica que permite comprender la estructura, los vínculos y las dinámicas de cooperación que sostienen a las políticas públicas.

Desde esta perspectiva, el presente artículo tiene como objetivo ofrecer un acercamiento conceptual al análisis de la articulación

institucional de la política pública en salud frente al consumo de sustancias en México, considerando las dimensiones normativa, institucional, operativa e interdisciplinaria como ejes para comprender los alcances y limitaciones de la implementación de programas y estrategias. El análisis se desarrolla desde partiendo en que la política pública es concebida como un sistema abierto en interacción constante con su entorno y con múltiples actores y niveles de gobierno. El estudio es de carácter teórico-documental, sustentado en el análisis de fuentes académicas, normativas y de política pública. Más que presentar resultados empíricos, este trabajo busca poner en relieve la relevancia de la articulación institucional como categoría de análisis y evidenciar cómo su estudio resulta fundamental para fortalecer la coherencia, efectividad y sostenibilidad de las políticas públicas en salud orientadas a la atención de las adicciones.

Por ello, pensar la atención a la drogodependencia desde la política pública implica mirar más allá de los programas o de los marcos legales que la sustentan. Supone preguntarse cómo las instituciones realmente interactúan entre sí y si los canales de comunicación, coordinación y cooperación que existen son suficientes para responder a la magnitud del problema. Muchas veces, las políticas se diseñan con buenas intenciones, pero al llegar a los niveles operativos se topan con barreras burocráticas o con la falta de claridad sobre quién debe hacer qué. Estas situaciones generan vacíos que se traducen en esfuerzos fragmentados y, en ocasiones, en la pérdida de continuidad de las acciones.

En este sentido, resulta necesario analizar la articulación institucional no sólo como una cuestión administrativa, sino como un componente que refleja el grado de integración y coherencia del sistema de salud en su conjunto. Entender cómo se articulan las distintas dependencias, programas y niveles de gobierno permite identificar los puntos donde el flujo de información o la toma de decisiones se interrumpe. De esta forma, el estudio de la articulación se convierte también en una herramienta para detectar áreas de oportunidad, proponer mecanismos de mejora y fortalecer la capacidad de respuesta del Estado frente a los problemas asociados al consumo de sustancias.

En suma, el desarrollo del presente artículo se estructura a partir de un recorrido analítico que inicia con la exposición del marco teórico, el cual ofrece los fundamentos conceptuales necesarios para comprender

la política pública en salud orientada a la atención de la drogodependencia. En este apartado se presentan las categorías clave de política pública, articulación institucional y enfoque de sistemas, que sirven como base para el análisis posterior. Estas nociones no se desarrollan en este punto, sino que se introducen con el propósito de enmarcar los ejes centrales que orientan la reflexión y permiten comprender la complejidad del entramado institucional que interviene en este campo.

Posteriormente, el texto aborda el marco normativo e institucional, donde se examinan las principales leyes, programas y estructuras de coordinación que dan sustento a la acción del Estado frente al consumo de sustancias. Esta revisión permite situar el análisis en el contexto jurídico y administrativo que regula la atención a las adicciones en México. Finalmente, el artículo culmina con una discusión analítica y reflexiones finales, en las cuales se presentan los principales hallazgos derivados del estudio teórico-documental, destacando la relevancia de la articulación institucional como un componente esencial para fortalecer la coherencia, efectividad y sostenibilidad de las políticas públicas en materia de salud.

Marco Teórico

El análisis de la articulación institucional en la política pública de salud frente al consumo de sustancias parte de un marco conceptual que permite comprender tanto la lógica de las políticas como las dinámicas entre los actores e instituciones encargadas de implementarlas. Las políticas públicas no se reducen a la emisión de normas o programas, sino que constituyen un entramado complejo de decisiones, recursos y relaciones interinstitucionales que determinan su eficacia y capacidad de respuesta ante problemáticas sociales como la drogodependencia. Comprender esta red de interacciones implica ir más allá del diseño formal y atender los procesos reales que configuran su funcionamiento.

Desde esta perspectiva, la teoría de la política pública brinda los fundamentos necesarios para entender cómo surgen, se estructuran y transforman las acciones del Estado frente a los problemas sociales. Este enfoque permite analizar el ciclo de la política formulación, implementación y evaluación, así como la influencia de los distintos actores involucrados. Así, no sólo se observan los objetivos declarados

por el Estado, sino también las condiciones estructurales y contextuales que inciden en su ejecución y resultados.

La categoría de articulación institucional representa un segundo eje de análisis esencial, ya que enfoca la atención en las relaciones de coordinación y cooperación entre los distintos niveles de gobierno y sectores implicados, como salud, educación y desarrollo social. Este concepto permite identificar los mecanismos que facilitan o dificultan la colaboración y la coherencia de las acciones públicas, convirtiéndose en un indicador clave de la capacidad del Estado para gestionar respuestas integrales frente al consumo de sustancias.

Finalmente, el enfoque de sistemas ofrece una visión relacional y dinámica del funcionamiento institucional, al concebir la política pública en salud como un sistema abierto donde interactúan elementos normativos, técnicos y sociales. Desde esta óptica, la articulación se entiende como un proceso de adaptación y aprendizaje constante, en el que las fallas o rigideces de un componente pueden impactar al conjunto. En suma, estos tres enfoques conforman un marco teórico integral que permite analizar la política pública en salud no sólo desde su estructura normativa, sino desde la forma en que las instituciones logran o no articularse para ofrecer respuestas coherentes, sostenidas y efectivas frente a la problemática de las adicciones.

Teoría de la política pública

La teoría de la política pública constituye un punto de partida esencial para comprender el proceso mediante el cual los gobiernos identifican, definen y atienden problemas sociales. Lejos de entenderse únicamente como la producción de normas o programas, la política pública se concibe como un proceso dinámico y complejo en el que intervienen múltiples actores, recursos e intereses en torno a cuestiones que son reconocidas colectivamente como relevantes. Desde esta perspectiva, Roth (2014) destaca que la política pública implica un ciclo que incluye la definición del problema, la formulación de alternativas, la toma de decisiones, la implementación y la evaluación. Este ciclo, aunque en la práctica no siempre se desarrolla de manera lineal, permite visualizar que la efectividad de una política no depende únicamente de su diseño, sino también de la interacción de los distintos actores que participan en su ejecución.

En el contexto del consumo de sustancias, este enfoque resulta clave para comprender que el problema no se limita a una dimensión médica o clínica, sino que involucra aspectos sociales, culturales, económicos y normativos. De ahí que la política pública en salud deba incorporar una mirada integral que trascienda la mera atención asistencial, integrando también acciones de prevención, reducción de daños y reinserción social. Asimismo, la teoría de la política pública resalta la importancia de la articulación interinstitucional como un factor determinante en la implementación. La existencia de múltiples organismos exige mecanismos de coordinación que eviten duplicidades, fragmentación o vacíos en la atención.

Desde esta óptica, analizar la política pública frente al consumo de sustancias implica reconocer tanto sus logros como sus limitaciones. Por un lado, la consolidación de un marco normativo y la creación de instituciones especializadas reflejan avances importantes en el reconocimiento del problema. Sin embargo, por otro lado, la persistencia de altas tasas de consumo y la insuficiente cobertura de programas muestran que la sola existencia de políticas no garantiza resultados efectivos, especialmente cuando la articulación entre actores es débil o se encuentra condicionada por dinámicas políticas y presupuestales.

En este sentido, Aguilar-Villanueva (1996) señala que la política pública debe analizarse como un proceso dinámico que involucra no solo a las instituciones gubernamentales, sino también a los actores sociales que inciden en su diseño, implementación y evaluación. Por ello, no puede limitarse a los programas oficiales o a los marcos normativos que los sustentan; debe incluir también las interacciones, tensiones y negociaciones entre los diferentes niveles de gobierno, las organizaciones de la sociedad civil, los organismos internacionales y las comunidades locales.

Como apunta Lahera (2006), las políticas públicas son el resultado de un entramado de intereses y capacidades que se ponen en juego en contextos específicos. Esto implica reconocer la complejidad del campo en el que se desarrollan; por ello, la teoría de la política pública permite sentar las bases para evaluar de qué manera la fragmentación institucional o la falta de coordinación intergubernamental pueden obstaculizar la implementación de estrategias eficaces. Al mismo

tiempo, abre la posibilidad de explorar cómo el fortalecimiento de la articulación puede convertirse en un mecanismo para superar dichas limitaciones y avanzar hacia un modelo de atención más integral y coherente.

En esta línea, la teoría de la política pública también ofrece un marco útil para comprender que las decisiones gubernamentales no se desarrollan en un vacío, sino dentro de estructuras institucionales condicionadas por factores políticos, administrativos y sociales. Las políticas, en este sentido, reflejan tanto las capacidades como las limitaciones del Estado para responder a las demandas colectivas. De ahí que su estudio permita identificar no sólo los resultados visibles de la acción pública, sino también los procesos internos que los hacen posibles o los debilitan. Aplicado al campo de la salud y las adicciones, este enfoque ayuda a entender cómo las prioridades políticas, la disponibilidad de recursos y la coordinación entre niveles de gobierno terminan influyendo directamente en la efectividad de las estrategias implementadas.

La categoría de articulación institucional

Un concepto central en este análisis es el de articulación institucional, la cual constituye una categoría clave dentro de los estudios de política pública, pues permite analizar cómo las instituciones interactúan entre sí para enfrentar problemas complejos que trascienden las capacidades de un solo actor. En términos generales, se entiende como el proceso de coordinación y cooperación entre diferentes instituciones, sectores y niveles de gobierno, con el fin de alcanzar objetivos compartidos de manera eficiente y coherente. Como se mencionó en un principio, para Aguilar-Villanueva (1996) es el proceso mediante el cual se integran actores, recursos, marcos normativos y estrategias en torno a fines comunes, destacando que la capacidad de articulación es lo que otorga efectividad a la política pública más allá de su diseño formal.

Además, establece que la articulación institucional puede observarse en varias dimensiones:

- **Normativa**, relacionada con la existencia de leyes, reglamentos y acuerdos que definen competencias y responsabilidades.

- **Institucional**, vinculada con la manera en que interactúan y se coordinan las distintas dependencias y organismos.
- **Operativa**, que considera la gestión concreta de recursos, programas, acciones en territorio y dinámicas sociales.
- **Interdisciplinaria**, enfocada en la participación de distintos campos profesionales en la atención integral.
- **De impacto**, relacionada con los resultados que logran las políticas en términos de cobertura, eficacia y accesibilidad.

A este respecto, la articulación no debe entenderse únicamente como un mecanismo de cooperación administrativa, sino como un proceso complejo en el que intervienen intereses diversos, capacidades diferenciadas y dinámicas sociales que condicionan el alcance real de las políticas. Es decir, no basta con diseñar programas o establecer normas, la efectividad depende en gran medida de la manera en que los actores logran interactuar, coordinar recursos y generar sinergias que permitan responder de manera integral a los problemas públicos.

Diversos autores han señalado que esto constituye uno de los principales retos de las políticas públicas contemporáneas. Por ejemplo, Deubel (2014), sostiene que la política pública no puede entenderse únicamente como un conjunto de acciones estatales, sino como un entramado de relaciones en el que intervienen actores múltiples, cuyas capacidades y recursos deben coordinarse para alcanzar objetivos comunes. En la misma línea, la falta de coordinación genera efectos adversos, como la duplicidad de funciones, el uso ineficiente de los recursos y la incapacidad de dar respuestas integrales a problemas complejos. Para este autor, la política pública se enfrenta constantemente a la tensión entre el diseño normativo, que plantea soluciones ideales, y la implementación real, que depende de la interacción efectiva entre las instituciones y los actores sociales. La articulación, en este marco, opera como un puente entre la norma y la práctica.

Por su parte, O'Donnell (2008) advertía que, en contextos latinoamericanos, la debilidad de las instituciones y la ausencia de mecanismos claros de coordinación conducen a lo que denomina “ciudadanía de baja intensidad”, donde los derechos formales no

siempre se traducen en acceso efectivo a bienes y servicios públicos. Este planteamiento resulta clave para comprender que la articulación institucional no es solo un asunto de eficiencia administrativa, sino un factor que impacta directamente en la garantía de derechos sociales, como lo es la atención a la salud.

Asimismo, Subirats (2010) resalta que los problemas públicos actuales son cada vez más interdependientes y transversales, lo que exige modelos de gobernanza capaces de promover la cooperación y la corresponsabilidad entre instituciones. Bajo esta mirada, la articulación institucional se convierte en un criterio de calidad de la política pública, pues sólo a través de la cooperación entre actores es posible responder de manera adecuada a fenómenos sociales complejos. Desde esta perspectiva, la articulación no sólo se convierte en un elemento esencial para superar la fragmentación de esfuerzos, sino también para garantizar que la política pública logre un verdadero impacto social.

De ahí que su análisis cobra especial relevancia en fenómenos que, como el consumo de sustancias, atraviesan distintas esferas de la vida social y demandan respuestas amplias, sostenidas y flexibles. La articulación institucional se convierte entonces en un indicador del grado de madurez y coherencia de una política pública, ya que refleja no sólo la existencia de marcos legales y programas, sino la capacidad de hacerlos operar de manera conjunta. Además, permite identificar los puntos de tensión, los vacíos de coordinación y los límites de las estructuras gubernamentales, elementos que explican por qué, en muchos casos, las políticas no alcanzan los resultados esperados a pesar de contar con planes o modelos aparentemente sólidos.

Enfoque de sistemas

El análisis de la política pública desde el enfoque de sistemas ofrece una perspectiva integral para comprender la complejidad de los procesos sociales y gubernamentales. Para Easton (1965), como se cita en Arnoletto (2007), esta perspectiva parte de la idea de que la política pública no puede entenderse como un proceso lineal o aislado, sino como un sistema abierto en constante interacción con su entorno. Según este enfoque, los sistemas políticos reciben demandas y apoyos del medio social, los procesan a través de las instituciones y devuelven

respuestas en forma de decisiones o políticas; estas, a su vez, generan retroalimentación que reconfigura el propio sistema.

En la misma línea, Luhmann (1984) plantea que los sistemas sociales, entre ellos las políticas públicas, funcionan mediante procesos de comunicación que generan estructuras propias y se relacionan con otros sistemas (económico, jurídico, educativo y de salud). Por ello, el enfoque sistémico resulta particularmente útil para identificar los puntos de ruptura en la articulación institucional, ya que, al concebir la política pública como un sistema, es posible observar cómo la falta de coordinación entre sus componentes repercute en la efectividad global del conjunto. Por ejemplo, cuando los marcos normativos no se corresponden con las capacidades operativas de las instituciones locales, se genera un desajuste que limita la implementación de los programas.

Para Mayntz (2001), los sistemas de políticas públicas operan bajo la lógica de la interdependencia, es decir, que ningún actor puede resolver por sí solo los problemas sociales, pues estos requieren de cooperación y coordinación constante. En este sentido, la articulación institucional puede entenderse como el mecanismo que asegura la coherencia del sistema y evita que se convierta en un conjunto disperso de decisiones inconexas. Bajo esta lógica de interdependencia, Wasserman y Faust (2013) mencionan que los distintos actores e instituciones pueden pensarse como nodos, es decir, puntos dentro de una red que concentran capacidades, recursos o funciones específicas. Entre ellos se establecen enlaces que representan las conexiones de cooperación y comunicación necesarias para que la información y los recursos circulen de manera efectiva. Cuando los nodos mantienen enlaces sólidos y estables, el sistema logra mayor coherencia y eficacia; en cambio, cuando estos vínculos son débiles o se interrumpen, el sistema tiende a fragmentarse y a reducir su capacidad de respuesta.

De hecho, algunos estudios han mostrado que el uso de esta perspectiva de redes permite explicar cómo las políticas públicas se sostienen en relaciones interinstitucionales más que en estructuras jerárquicas formales. Por ejemplo, autores como Zurbriggen (2011) retoman la idea de *policy networks*, es decir, redes de la política, para dar cuenta de que las decisiones públicas dependen de la interacción entre múltiples actores autónomos, pero interconectados. Desde este

enfoque, la articulación institucional puede interpretarse como la capacidad del sistema para mantener y fortalecer dichos enlaces, evitando que las políticas se conviertan en un conjunto disperso de esfuerzos aislados.

Asimismo, enfoques como el de Sabatier (1993), citado por Gómez (2012), retoman esta lógica al señalar que las políticas son producto de la interacción entre múltiples actores que comparten o disputan creencias y recursos en un entorno común. Desde esta perspectiva, la política pública en torno al consumo de sustancias se configura como un campo de tensiones entre distintos sectores como el de salud, seguridad, educación y sociedad civil, donde la articulación institucional representa el punto de encuentro que puede transformar esas tensiones en estrategias conjuntas de acción. Aplicado al mismo ámbito, este enfoque también permite observar cómo los distintos elementos instituciones, normativas, recursos, actores sociales y contextos se encuentran interrelacionados.

Por tanto, la fragmentación institucional, en este marco, no es simplemente un problema de gestión administrativa, sino una falla en las conexiones entre los componentes del sistema, lo que debilita su capacidad de respuesta y adaptación frente a nuevas demandas sociales. De este modo, la perspectiva sistémica aplicada al análisis de las políticas en salud frente al consumo de sustancias permite reconocer que la eficacia del sistema no depende únicamente de la existencia de normas o programas, sino de la manera en que los diferentes componentes logran interactuar de forma coherente, y cuándo esas conexiones son débiles, se generan vacíos de coordinación que dificultan la continuidad de las acciones y fragmentan la atención hacia la población. Por el contrario, cuando las interacciones se fortalecen, el sistema adquiere mayor capacidad de adaptación, de prevención y de respuesta integral frente a problemas complejos.

Desde este ángulo, la articulación institucional no debe entenderse como un estado acabado, sino como un proceso dinámico en el que los elementos del sistema están en constante ajuste, ya que la forma en que circula la información, se asignan recursos o se distribuyen responsabilidades constituye la base que permite que el sistema funcione como un todo. Si esos flujos se interrumpen o se dispersan, el resultado es un sistema debilitado, incapaz de ofrecer soluciones

integrales. Así, el análisis desde la teoría de sistemas permite visualizar todo un entramado de relaciones donde lo fundamental no es la existencia individual de los actores, sino la calidad de las conexiones que los vinculan.

En este contexto, comprender la articulación institucional desde una perspectiva sistémica implica reconocer que las políticas públicas no operan en el vacío, sino dentro de un entramado normativo y organizativo que condiciona su funcionamiento. Las leyes, reglamentos, programas y estructuras administrativas representan los mecanismos formales mediante los cuales el sistema intenta ordenar y coordinar sus componentes. Por ello, resulta necesario examinar el marco normativo e institucional que sustenta la política pública en salud frente al consumo de sustancias en México, no con el propósito de evaluar su desempeño, sino de visibilizar las estructuras, relaciones y disposiciones que configuran el modo en que se articula la acción pública. Este análisis permite identificar los puntos donde pueden surgir tensiones o vacíos y al mismo tiempo ofrece herramientas conceptuales para comprender los desafíos de coordinación que enfrenta el sistema.

Marco Normativo e Institucional

El abordaje del consumo de sustancias en México se encuentra sustentado en un entramado normativo y organizativo que refleja la evolución de las políticas públicas de salud y los esfuerzos del Estado por articular respuestas integrales ante un problema de carácter multifactorial. A lo largo de las últimas décadas, este marco ha transitado de modelos centrados en la atención clínica y el control sanitario frecuentemente asociados con enfoques estigmatizadores que concebían el consumo como una desviación moral o una patología individual hacia esquemas que buscan incorporar dimensiones preventivas, comunitarias e interinstitucionales. Estos cambios se desarrollan en consonancia con los lineamientos internacionales en materia de salud pública, salud mental y derechos humanos, que promueven una comprensión más amplia del fenómeno, reconociendo sus raíces sociales, económicas y culturales, y la necesidad de respuestas integrales y coordinadas.

Desde una perspectiva estructural, el marco normativo establece las bases formales que orientan la acción gubernamental, determinando

competencias, responsabilidades y mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de gobierno. Sin embargo, su eficacia depende no solo de la existencia de leyes y programas, sino de la capacidad del sistema para generar sinergias entre las instituciones involucradas. En este sentido, el análisis del marco normativo e institucional permite identificar cómo se estructura la red de políticas en salud frente al consumo de sustancias, los niveles de articulación entre los actores y las condiciones jurídicas y administrativas que favorecen o limitan esa articulación.

En el ámbito nacional, la política pública en salud frente al consumo de sustancias se encuentra principalmente regulada por la Ley General de Salud, particularmente en su Título Décimo Primero, que establece las disposiciones relacionadas con la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Este marco legal sienta las bases para la organización del sistema nacional de salud y define las competencias de las instituciones encargadas de implementar las estrategias en materia de adicciones. Dentro de este marco, se especifican las responsabilidades de la Secretaría de Salud, así como la obligación de los gobiernos estatales y municipales de coordinarse para garantizar la cobertura y efectividad de los servicios.

Figura 1.

Contenido del Artículo 190 de la Ley General de Salud sobre la prevención, tratamiento y control de las adicciones

Artículo	Declara que:	Establece que:
190	La prevención, tratamiento y control de las adicciones son de interés general y parte del Sistema Nacional de Salud.	El Estado, a través de las instituciones de salud, debe desarrollar acciones de prevención, orientación, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con adicciones.

Nota: Elaboración propia con información obtenida del sitio web de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024.

Este marco se complementa con normas oficiales mexicanas, como la NOM-028-SSA2-2009, que regula la organización y funcionamiento de los servicios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, definiendo criterios técnicos y operativos para su implementación. Esta norma establece los lineamientos para la prestación de servicios en sus diferentes niveles prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, buscando garantizar la calidad, continuidad y equidad en la atención. Además, plantea la importancia de la participación interinstitucional y la corresponsabilidad de los sectores público, social y privado, reconociendo que el abordaje de las adicciones requiere un trabajo conjunto que trascienda los límites del sistema de salud.

Figura 2

Resumen de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 sobre la prevención, tratamiento y control de las adicciones

Norma	Regula que:	Establece que:
NOM-028-SSA2-2009	La organización y funcionamiento de los servicios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones en instituciones públicas, sociales y privadas.	Define criterios técnicos y operativos para garantizar la calidad y seguridad de los servicios, promoviendo acciones integrales de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; exige personal capacitado, licencias sanitarias y supervisión de la autoridad sanitaria.

Nota: Elaboración propia con información obtenida del *Diario Oficial de la Federación*, Secretaría de Salud, 2009.

Asimismo, la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) en 2023, representó un hito en la reestructuración del sistema nacional, al integrar en un solo organismo las funciones que antes correspondían al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y la Comisión Nacional contra las

Adicciones (CONADIC). Esta unificación buscó consolidar un modelo de atención más integral y comunitario, reconociendo la estrecha relación entre la salud mental y el consumo de sustancias, y estableciendo las bases para una coordinación más sólida entre los distintos niveles de gobierno y sectores involucrados (CONASAMA, 2023).

El despliegue de la política pública en salud frente al consumo de sustancias opera bajo una estructura multinivel que busca articular la acción entre los ámbitos nacional, estatal y municipal, garantizando coherencia en la implementación de los programas y estrategias. En el nivel nacional, la Secretaría de Salud funge como la principal instancia rectora, estableciendo lineamientos, normas y criterios técnicos para la prevención y atención de las adicciones. Bajo su coordinación se encuentra la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONASAMA), responsable de diseñar políticas, coordinar acciones interinstitucionales y vincular los esfuerzos de los distintos sectores relacionados con el tema, como educación, seguridad y desarrollo social.

A nivel estatal, los gobiernos cuentan con estructuras que le permiten la implementación territorial de esta política, entre las que destacan las Comisiones Estatales en Adicciones, responsables de adaptar y ejecutar los lineamientos federales conforme a las particularidades locales. En el caso de Sinaloa, por ejemplo, la Comisión Estatal de Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (CEPTCA), desempeña un papel central como instancia estatal encargada de articular las acciones de prevención, atención y coordinación con los servicios de salud y los programas de la entidad.

En el nivel municipal, la política pública se materializa en acciones concretas de prevención, detección y canalización, a menudo en colaboración con centros de salud, comunitarios, escuelas y organizaciones civiles. Estos espacios representan el punto más cercano entre la política pública y la ciudadanía, y su eficacia depende de la capacidad del sistema para generar canales de comunicación y coordinación que eviten la duplicidad de esfuerzos y permitan la continuidad de los servicios.

Esta estructura de articulación jerárquica (federación–estado–municipio) se complementa con mecanismos horizontales, que

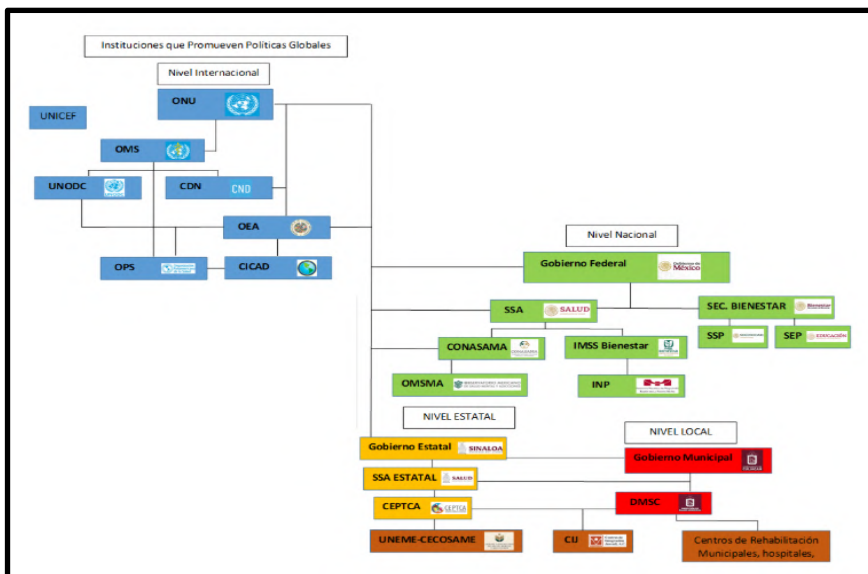
promueven la cooperación entre sectores como educación, seguridad pública y desarrollo social. De este modo, la política de atención a las adicciones no se limita al ámbito médico, sino que se configura como una estrategia integral que requiere del intercambio constante de información, recursos y capacidades institucionales. En este marco, resulta indispensable considerar que la política pública mexicana en materia de adicciones no se desarrolla de manera aislada, sino en constante diálogo con las tendencias y compromisos internacionales que orientan las acciones de los Estados en el campo de la salud pública y los derechos humanos.

En el ámbito internacional, la política pública mexicana en materia de salud frente al consumo de sustancias se encuentra alineada con los compromisos y directrices emanadas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Un ejemplo de ello es la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual establece un marco global que promueve un enfoque integral donde la salud, el bienestar y los derechos humanos se articulan con la reducción de las desigualdades y la construcción de entornos sociales más seguros y equitativos. En consonancia con estos principios, las políticas nacionales han transitado en los últimos años de perspectivas punitivas o centradas exclusivamente en la criminalización del consumo hacia un enfoque basado en la salud pública, la prevención y la reducción de daños, coherente con las tendencias internacionales en la materia.

En este contexto, resulta pertinente representar gráficamente la estructura institucional que sostiene la política pública en salud frente al consumo de sustancias en México. A continuación, se presenta un esquema que permite visualizar los distintos niveles de articulación internacional, nacional, estatal y local, así como las relaciones que se establecen entre las instituciones que intervienen en la formulación, coordinación y ejecución de las estrategias en materia de prevención y atención de las adicciones.

Figura 3

Articulación institucional de la política pública en salud para la



Nota: Elaboración propia (2025).

Este esquema permite visualizar la red institucional que conforma la estructura de articulación de la política pública en salud frente al consumo de sustancias. A través de una organización jerárquica, se observa cómo las orientaciones internacionales se traducen en estrategias nacionales, estatales y locales, conformando un entramado interinstitucional que busca dar respuesta a una problemática de carácter complejo y multidimensional.

Nivel internacional

En la parte superior del esquema se encuentran los organismos internacionales que marcan las directrices globales en materia de salud y control de drogas. Estas instituciones establecen acuerdos, metas y programas de cooperación que guían las acciones nacionales hacia un enfoque de salud pública, prevención, derechos humanos y desarrollo sostenible. Su papel es fundamental para garantizar que las políticas de los Estados miembros, incluido México, se alineen con los compromisos internacionales en la materia.

Instituciones:

- Organización de las Naciones Unidas (ONU)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)
- Comisión de Estupefacientes (CDN/CND)
- Organización de los Estados Americanos (OEA)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)

Nivel nacional

En el ámbito nacional, la coordinación recae en el Gobierno Federal, encargado de diseñar, dirigir y evaluar las políticas públicas de salud en materia de adicciones. Este nivel integra instituciones que desarrollan programas de prevención, tratamiento y reinserción, así como dependencias de carácter intersectorial que contribuyen desde el bienestar social, la seguridad y la educación. La articulación entre estas instancias busca garantizar la coherencia entre los diferentes programas y la continuidad en la atención a la población.

Instituciones:

- Secretaría de Salud (SSA)
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA)
- Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)
- Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar)
- Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC)
- Secretaría de Bienestar

- Secretaría de Educación Pública (SEP)

Nivel estatal

En el nivel estatal, los gobiernos locales adaptan e implementan las políticas nacionales conforme a sus contextos sociales, económicos y territoriales. Las Secretarías de Salud estatales son las encargadas de coordinar las acciones y programas, apoyadas por comisiones y organismos especializados. Estas instancias promueven la prevención, el tratamiento y la reinserción social de las personas con problemas de consumo, además de coordinar la colaboración con instituciones federales y municipales.

Instituciones:

- Secretarías de Salud estatales
- Comisiones Estatales de Prevención y Tratamiento de las Adicciones (como el CEPTCA en Sinaloa)
- Organismos estatales de salud mental

Nivel local / municipal

En el nivel local, la política pública se concreta a través de las acciones comunitarias, donde las instituciones trabajan directamente con la población. Los gobiernos municipales, junto con centros especializados, son responsables de ejecutar programas de prevención, brindar servicios de atención y fortalecer el vínculo entre comunidad e instituciones de salud. Este nivel constituye el punto más cercano al ciudadano y refleja el grado de efectividad real del sistema de articulación institucional.

Instituciones:

- Gobiernos municipales
- Centros de Integración Juvenil (CIJ)
- Centros de Rehabilitación registrados ante el municipio
- Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA)

No obstante, esta coexistencia de marcos normativos, instancias y niveles de operación puede generar superposición de funciones, dispersión de recursos y vacíos de coordinación. En este contexto, la reciente integración institucional de la CONASAMA ofrece una oportunidad para fortalecer la coherencia del sistema, siempre que se logre traducir esa reorganización formal en una colaboración efectiva entre las estructuras nacionales y estatales. Analizar este proceso, por tanto, permite comprender las condiciones estructurales del sistema, su lógica de funcionamiento y los puntos críticos donde pueden surgir desajustes en la coordinación, aspectos que resultan clave para evaluar la capacidad del Estado de ofrecer respuestas integrales frente al consumo de sustancias.

La efectividad de este modelo depende de la solidez de los enlaces interinstitucionales y de la claridad en las competencias de cada nivel. Cuando los flujos de comunicación se debilitan o las responsabilidades se traslapan, surgen vacíos que obstaculizan la implementación de las acciones y fragmentan la continuidad de la atención. Por ello, más que entender el marco normativo e institucional como un conjunto estático de leyes y estructuras, conviene analizarlo como un sistema dinámico que requiere ajustes constantes para responder a las transformaciones sociales y epidemiológicas asociadas al consumo de sustancias.

De esta manera, el marco normativo e institucional no solo ofrece el contexto jurídico y administrativo de la política pública, sino que también revela las dinámicas sistémicas que determinan su funcionamiento. Comprender estas relaciones es esencial para analizar la forma en que la política pública en adicciones se implementa, y cómo la articulación (o desarticulación) entre las instituciones puede influir directamente en la eficacia de las acciones emprendidas para abordar un problema que hoy se reconoce como un fenómeno social y como un problema de salud mental y pública.

Discusión y Hallazgos

El análisis realizado permite reconocer que la política pública en salud frente al consumo de sustancias en México se configura como un entramado institucional complejo, en el que convergen diversos niveles de acción, marcos normativos y estructuras organizativas. Desde la perspectiva de la teoría de sistemas, este entramado no puede

entenderse de forma lineal ni fragmentada, sino como un conjunto interdependiente de elementos cuya coherencia depende de los mecanismos de articulación que los vinculan.

En este sentido, la articulación institucional emerge como una categoría analítica clave para comprender el funcionamiento del sistema de salud y su capacidad de respuesta ante fenómenos sociales multifactoriales, como el consumo de sustancias. Más que un atributo operativo, la articulación constituye el principio que permite que los diferentes subsistemas normativos, institucionales, técnicos y comunitarios interactúen de manera coherente y sostenida. Analizar la articulación, por tanto, implica observar cómo circula la información, cómo se coordinan los recursos, y de qué manera las instituciones logran construir acciones conjuntas a partir de marcos regulatorios comunes.

Los hallazgos teóricos y normativos revisados evidencian que la consolidación de estructuras como la CONASAMA, dan cuenta de un esfuerzo por fortalecer esta lógica sistémica de interdependencia. Estas transformaciones institucionales no sólo reflejan un cambio administrativo, sino también un intento de avanzar hacia modelos de atención más integrales y coordinados, que reconozcan la relación entre salud mental, prevención y atención comunitaria, siempre y cuando se consoliden canales horizontales de participación que permitan integrar el conocimiento local, las iniciativas comunitarias y la evidencia científica en el diseño y evaluación de las políticas públicas. En este marco, la articulación institucional puede interpretarse como un proceso dinámico de ajuste continuo entre niveles y actores, más que como un estado logrado o una estructura fija.

Desde esta perspectiva, el análisis de la articulación institucional aporta herramientas conceptuales relevantes para evaluar la efectividad de la política pública en salud sin reducirla únicamente a indicadores de desempeño o resultados programáticos. Más bien, permite comprender cómo la coherencia entre leyes, instituciones y prácticas condiciona tanto la implementación como la sostenibilidad de las estrategias públicas. En este sentido, más que centrarse en la existencia o ausencia de articulación, este trabajo busca destacar la necesidad de incorporar su estudio como una dimensión fundamental para comprender el funcionamiento de las políticas públicas, pues es precisamente a través

de ella que el sistema mantiene su capacidad de adaptación, coordinación y respuesta ante problemáticas complejas.

El análisis general coincide con lo planteado por autores como Aguilar-Villanueva (1996) y Deubel (2014), quienes sostienen que la política pública no debe entenderse sólo como un conjunto de acciones gubernamentales, sino como un proceso dinámico de interacción entre múltiples actores, normas y contextos cuyo grado de articulación determina su efectividad real. De ahí que la articulación institucional no deba concebirse únicamente como un requisito operativo, sino como el elemento que posibilita la integración funcional del sistema de salud, garantizando que las políticas respondan de manera coherente a la complejidad del fenómeno del consumo de sustancias. Este reconocimiento sienta las bases para reflexionar sobre los desafíos que enfrenta la consolidación de un modelo verdaderamente articulado y sistémico en la atención a las adicciones en México.

Asimismo, resulta pertinente subrayar que la articulación institucional no depende únicamente del diseño formal de los programas o de los marcos normativos, sino también de los procesos de coordinación, comunicación y aprendizaje interinstitucional. Deubel (2014) enfatiza que las políticas públicas efectivas requieren redes de actores con objetivos compartidos y canales estables de cooperación, algo que difícilmente se alcanza cuando prevalece la fragmentación administrativa o la superposición de competencias. En el contexto mexicano, estas dificultades se agravan por la coexistencia de estructuras centralizadas propias del ámbito federal con dinámicas descentralizadas en los estados, donde la implementación depende en gran medida de la capacidad técnica, administrativa y política de los organismos locales.

Por su parte, Subirats (2010) advierte que la articulación institucional no puede entenderse únicamente como un ejercicio técnico de coordinación, sino como un proceso político atravesado por intereses, visiones y niveles de poder diferenciados. Desde esta óptica, la articulación supone reconocer las tensiones inherentes entre actores gubernamentales y no gubernamentales, así como las limitaciones que imponen los marcos presupuestales y los cambios en la administración pública, los cuales con frecuencia interrumpen la continuidad de las estrategias. Incorporar esta mirada crítica permite comprender que los

desafíos en la atención de las adicciones no derivan exclusivamente de carencias normativas, sino también de la dificultad para construir y sostener relaciones interinstitucionales coherentes, duraderas y eficaces en el tiempo.

Aun con los avances normativos y estructurales recientes, pueden persistir brechas significativas en la articulación entre los niveles de gobierno y las instancias operativas encargadas de la ejecución territorial. La falta de mecanismos estables de coordinación y retroalimentación provoca que los programas de prevención y atención al consumo de sustancias se apliquen de manera desigual en las entidades federativas, dependiendo de los recursos disponibles, la voluntad política y la capacidad técnica de cada administración. Esta desigualdad estructural no solo impacta en la eficiencia de la política, sino que también puede reproducir inequidades en el acceso a la atención, especialmente en zonas con menor infraestructura institucional.

En definitiva, la discusión permite advertir que la articulación institucional no puede reducirse a un objetivo administrativo, sino que constituye una condición estructural para la sostenibilidad de las políticas de salud. La articulación efectiva posibilita que las instituciones aprendan unas de otras, generen innovación organizacional y respondan de manera flexible a contextos cambiantes, como los que caracterizan a los fenómenos asociados al consumo de drogas. Por ello, fortalecer la articulación no solo implica mejorar la coordinación interinstitucional, sino también promover una cultura organizacional orientada a la colaboración, la transparencia y la rendición de cuentas.

En síntesis, el análisis permite reconocer que la efectividad de la política pública de salud en la atención de las adicciones depende, en gran medida, del nivel de articulación que logren sus instituciones. Más allá de los marcos legales o las estrategias programáticas, la articulación institucional constituye el eje que otorga coherencia al sistema y posibilita su capacidad de respuesta ante fenómenos sociales de alta complejidad. Fortalecer estos mecanismos de interacción entre los distintos niveles de gobierno y sectores involucrados representa, por tanto, un desafío prioritario y, al mismo tiempo, una oportunidad para avanzar hacia un modelo de atención verdaderamente integrado,

sostenible y sensible a las realidades sociales que configuran el fenómeno de las adicciones.

Reflexiones finales

El análisis de la articulación institucional en la política pública en salud para la atención de la drogodependencia permite comprender que la efectividad de las acciones gubernamentales no depende únicamente de la existencia de programas, leyes o estructuras administrativas, sino de la manera en que estas instancias logran interactuar y coordinarse entre sí. A lo largo de este trabajo se ha destacado que el fenómeno del consumo de sustancias no puede ser abordado desde una lógica aislada ni bajo esquemas lineales de atención, pues se trata de un problema complejo, multifactorial y en constante transformación. En este sentido, la articulación institucional se presenta como una categoría analítica fundamental para observar cómo los distintos niveles de gobierno, los marcos normativos, los recursos y los actores involucrados se integran o no dentro de un mismo sistema orientado al bienestar social.

De esta manera, más que evaluar el desempeño particular de las instituciones o emitir juicios concluyentes sobre su eficacia, el análisis propuesto busca visibilizar la importancia de la articulación como condición estructural para que las políticas públicas en materia de salud operen de manera coherente y sostenida. Esto implica reconocer que los problemas públicos, especialmente los relacionados con el consumo de sustancias, desbordan las fronteras institucionales y requieren de mecanismos estables de cooperación, comunicación y corresponsabilidad. En otras palabras, el éxito de las políticas no radica tanto en la cantidad de programas implementados, sino en la capacidad del sistema institucional para generar sinergias, evitar duplicidades y garantizar continuidad entre las acciones de prevención, tratamiento y reinserción social.

Desde un punto de vista teórico, la articulación institucional puede entenderse como un espacio de convergencia entre la teoría de la política pública y el enfoque de sistemas. Mientras la primera permite analizar la toma de decisiones, el diseño y la implementación de estrategias, el segundo aporta una visión relacional que explica cómo los subsistemas interactúan y se adaptan dentro de un entorno cambiante. En conjunto, ambas perspectivas posibilitan un análisis más

profundo de los factores que favorecen o limitan la coordinación, lo que resulta esencial para comprender por qué ciertas políticas logran consolidarse como estructuras sostenibles mientras otras se diluyen ante la fragmentación y la discontinuidad institucional.

Por lo que, los hallazgos derivados de este trabajo permiten plantear que la articulación institucional no debe concebirse como un estado alcanzado, sino como un proceso continuo de ajuste y aprendizaje. En la medida en que las instituciones reconozcan su interdependencia y fortalezcan sus canales de comunicación, será posible avanzar hacia políticas más coherentes, inclusivas y efectivas. Comprender la articulación institucional como una dimensión analítica ofrece, por tanto, una herramienta valiosa para el estudio y diseño de políticas públicas, no solo en el campo de la salud, sino también en otros ámbitos donde la complejidad social exige respuestas colectivas y coordinadas.

Asimismo, la articulación institucional adquiere relevancia en el marco de los compromisos internacionales asumidos por México, particularmente en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Este instrumento global promueve un enfoque centrado en la salud, el bienestar y la reducción de desigualdades, objetivos que sólo pueden alcanzarse mediante la cooperación entre sectores y la coordinación efectiva entre niveles de gobierno. En este sentido, fortalecer la articulación institucional no solo contribuye a mejorar la efectividad interna de las políticas, sino que también posiciona al Estado mexicano en sintonía con los estándares globales de gobernanza y derechos humanos, que priorizan la integralidad, la equidad y la participación social.

También el reflexionar sobre la articulación institucional en el contexto de la política pública en salud para la atención de la drogodependencia permite reconocer que la eficacia de las políticas no reside exclusivamente en su diseño normativo o programático, sino en su capacidad para operar como un sistema articulado, dinámico y sensible a las transformaciones sociales. Este enfoque, en línea con lo planteado por Subirats (2010), invita a comprender la política pública como un proceso de interacción constante entre actores y contextos, donde la coordinación interinstitucional constituye el principal desafío y, al mismo tiempo, la oportunidad para avanzar hacia políticas más integrales y sostenibles.

En este contexto, a partir de este enfoque, se evidencia que la articulación institucional no sólo implica coordinación funcional, sino también la construcción de confianza, legitimidad y objetivos compartidos entre los actores que intervienen en la gestión de la política pública. Estos factores, aunque intangibles, resultan determinantes para garantizar la continuidad y coherencia de las estrategias más allá de los cambios administrativos o coyunturales. En este sentido, la capacidad de las instituciones para sostener acuerdos, generar consensos y mantener la coherencia en sus acciones se convierte en un indicador de madurez institucional y de gobernanza efectiva, especialmente en ámbitos tan sensibles como la salud mental y las adicciones.

Finalmente, uno de los desafíos más relevantes consiste en institucionalizar los aprendizajes derivados de la práctica interinstitucional, es decir, transformar la experiencia acumulada en mecanismos formales de coordinación, evaluación y rendición de cuentas. La creación de espacios permanentes de diálogo y retroalimentación entre los distintos actores permitiría no solo mejorar la efectividad de las políticas, sino también generar innovación organizacional y fortalecer la capacidad adaptativa del sistema ante nuevas realidades sociales y sanitarias.

El fortalecer la articulación institucional requiere asumir una visión sistémica que trascienda la fragmentación de competencias y fomente la creación de redes intersectoriales capaces de integrar la prevención, la atención y la reinserción desde un enfoque de salud pública. Ello demanda no sólo rediseñar los mecanismos de coordinación, sino también promover procesos de evaluación conjunta, intercambio de aprendizajes y retroalimentación constante entre los diferentes niveles de gobierno. Desde esta perspectiva, la articulación deja de concebirse como un ideal administrativo para consolidarse como una estrategia de gobernanza que posibilita respuestas más humanas, adaptativas y sostenibles frente a los desafíos sociales contemporáneos.

En conclusión, el análisis realizado permite reconocer, además, que la articulación institucional no constituye un asunto meramente técnico o administrativo, sino un desafío profundamente humano, en el que convergen voluntades, resistencias y posibilidades. Más allá de los diagnósticos o los marcos normativos, la eficacia de una política pública depende de la capacidad de las instituciones para construir confianza

mutua, generar cooperación sostenida y mantener un compromiso genuino con la población a la que se dirigen sus acciones. En esa medida, las políticas en materia de salud mental y adicciones sólo alcanzarán un verdadero impacto cuando logren reflejar, de manera coherente y coordinada, la complejidad de las realidades sociales que buscan transformar.

Referencias

- Aguiar-Villanueva, L. F. (1996). Estudio introductorio. En *Problemas públicos y agenda de gobierno* (Colección Antologías de Política Pública). Miguel Ángel Porrúa.
https://negociacionytomadedecisiones.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/04/10001_problemas-publicos-y-agenda-de-gobierno.pdf
- Arnoletto, E. J. (2007). *Curso de teoría política* [Edición electrónica].
<https://www.eumed.net/libros-gratis/2007b/300/>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). *Ley General de Salud* [Última reforma publicada el 7 de junio de 2024]. Diario Oficial de la Federación.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). (2023). *Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/conasama>
- Gómez, M. (2012). *El marco de las coaliciones de causa. Observatorio de Políticas, Ejecución y Resultados de la Administración Pública (OPERA)*, (12), 11+.
<https://link.gale.com/apps/doc/A363189696/IFME?u=anon~ffdb737a&sid=googleScholar&xid=9bf91381>
- Lahera, E. (2006). Del dicho al hecho: ¿Cómo implementar las políticas? *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (35), 1–10.
<https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533667002.pdf>
- Luhmann, N. (1984). *Sistemas sociales: Lineamientos para una teoría general* (S. Pappe & B. Erker, Trads.; J. T. Nafarrete, Coord.). Anthropos.

<https://padron.entretemas.com.ve/cursos/Epistem/Libros/Luhman-SistemasSociales.pdf>

Mayntz, R. (2001). El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (21), 1–8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35752109>

O'Donnell, G. (2008). Hacia un Estado de y para la democracia. En K. Dervis (Ed.), *Democracia/Estado/Ciudadanía: Hacia un Estado de y para la democracia en América Latina* (pp. 25–64). Mirza Editores e Impresores S.A.C. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28698.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2023). *Informe mundial sobre las drogas 2023*. <https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#219731531>

Roth, A. (2014). *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación* (10.^a ed.). Ediciones Aurora. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=5169817>

Secretaría de Salud. (2009). *NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. *Diario Oficial de la Federación*, 9 de septiembre de 2009. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3980/salud/salud.htm>

Secretaría de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011*. <https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENA2011>

Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016–2017)*. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE). https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/doc/informes/porte_encodat_tabaco_2016_2017.pdf

- Subirats, J. (2010). ¿Tenemos las políticas públicas que necesitamos? Gobernanza y factores de cambio en la política y en las políticas. En *El Estado y las políticas públicas en América Latina* (pp. 165–189). Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2010/195392/estpolpub_2010p163iSPA.pdf
- Wasserman, S., y Faust, K. (2013). *Análisis de redes sociales: Métodos y aplicaciones* (C. Berenger, Trad.; J. L. Molina, Present.). Centro de Investigaciones Sociológicas. https://books.google.es/books?id=Da_TAGAAQBAJ
- Zurbriggen, C. (2011). La utilidad del análisis de redes de políticas públicas. *Argumentos* 24(66), 181–209. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952011000200008

Intervención del Trabajo Social organizacional en la salud postural

Nallely Jacqueline Villanueva Hernández¹

Adrian de la Cruz Avila¹

Yasmin Elizabeth Alvarez Joch¹

Resumen

En los contextos contemporáneos, la intervención profesional del Trabajo Social en el campo organizacional, en particular la salud postural la cual forma parte del ramo de la salud ocupacional se ha orientado desde sus inicios hacia el bienestar sociolaboral, mediante la oferta de planes, programas, proyectos y políticas sociales dirigidas al desarrollo del recurso o talento humano y sus familias, incluyendo, además, la proyección organizacional a través de programas de responsabilidad social con el entorno social, comunitario y ambiental. Debido a este preámbulo, y en aras de estructurar el objeto de estudio, entender los desórdenes musculoesqueléticos han emergido como uno de los principales problemas de salud laboral a nivel global, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, según la Organización Internacional del Trabajo. Estos trastornos no solo representan una importante causa de ausentismo laboral, sino que también conllevan altos costos económicos y repercusiones negativas en la calidad de vida de los trabajadores. Así entonces, la ergonomía juega un papel fundamental, ya que se ocupa de estudiar las interacciones entre las personas y su entorno laboral, con el objetivo de diseñar espacios de trabajo que favorezcan el bienestar físico y mental de los empleados. De esta manera la intervención del Trabajo Social en el bienestar social en organizaciones se ha orientado hacia la promoción del crecimiento personal y profesional de los trabajadores y sus familias, al tiempo que incide en el fortalecimiento de un clima laboral adecuado y en el desarrollo social y ambiental del entorno inmediato a la organización. En consecuencia, el presente texto busca analizar el

¹ Universidad Autónoma de Tamaulipas

impacto de la falta de ergonomía en las actividades laborales y la salud de los empleados, buscando identificar los factores contextuales que contribuyen a la adquisición de lesiones musculoesqueléticas, así como los efectos de estas lesiones en la vida diaria de los trabajadores. A través de este estudio cualitativo de orden documental, se pretende proporcionar evidencia que respalde la implementación de prácticas ergonómicas adecuadas, con el fin de mejorar la calidad de vida de los empleados, reducir los costos asociados a los problemas de salud laboral y aumentar la productividad en las organizaciones.

Introducción

En los contextos organizacionales contemporáneos, la intervención profesional del Trabajo Social ha experimentado una expansión significativa, especialmente en el ámbito de la salud ocupacional, donde la higiene postural se presenta como un componente fundamental para el bienestar sociolaboral. Desde sus inicios, el Trabajo Social organizacional ha orientado sus esfuerzos hacia la creación y aplicación de planes, programas, proyectos y políticas sociales que promueven el desarrollo integral del recurso humano y sus familias, extendiendo su impacto hacia la responsabilidad social de la organización con su entorno comunitario y ambiental.

En este sentido, es necesario comprender que los trastornos musculoesqueléticos [TME] constituyen una de las principales problemáticas de salud laboral a nivel global, afectando tanto a países desarrollados como a aquellos en vías de desarrollo, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). Estos trastornos no solo generan altos índices de ausentismo laboral, sino que también implican costos económicos significativos para las organizaciones y deterioran la calidad de vida de los trabajadores.

La ergonomía, disciplina que estudia las interacciones entre los trabajadores y su entorno laboral, se convierte en un elemento esencial para diseñar espacios y condiciones de trabajo que promuevan la salud física y mental. Así, la intervención del Trabajo Social se vuelve imprescindible para articular estas dimensiones, ya que no solo busca prevenir lesiones mediante la promoción de la higiene postural, sino que también trabaja en la construcción de un clima laboral positivo que

favorezca el crecimiento personal y profesional de los empleados y sus familias.

El Trabajo Social en las organizaciones se define como la integración de los principios del Trabajo Social en el ámbito empresarial, actuando como un puente entre las necesidades de los trabajadores y los objetivos institucionales, fomentando un entorno laboral eficiente, saludable y centrado en la dignidad y el bienestar de las personas.

En este contexto, Contreras-Santos (2018) hace mención que el surgimiento del Trabajo Social Organizacional es el resultado del devenir histórico de la profesión, que ha expandido sus horizontes en medio de transformaciones sociales, incertidumbres y limitaciones propias del escenario latinoamericano. Se presenta, por tanto, como una propuesta de renovación del Trabajo Social Laboral, complementando el perfil gerencial del profesional en contextos organizacionales, y respondiendo a las nuevas dinámicas y desafíos del mundo del trabajo.

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social en las organizaciones se consolida como un actor clave en la identificación y análisis de los factores contextuales que contribuyen a la aparición de TME, así como en la evaluación de su impacto físico, emocional y social en la vida cotidiana de las personas trabajadoras. A través de la implementación de estrategias ergonómicas y sociales adecuadas, el Trabajo Social no solo incide en la mejora de la calidad de vida del personal, sino que también contribuye a la sostenibilidad organizacional mediante la reducción de costos asociados a la salud laboral y la promoción de entornos más productivos y humanos.

Los objetivos se orientan a fortalecer el bienestar integral de los trabajadores y promover una cultura organizacional positiva, con el propósito de lograr una homeostasis sostenible entre la productividad laboral y la salud física y mental del personal. La integración del Trabajo Social organizacional, en conjunto con la ergonomía y la salud postural, representan un enfoque integral y multidisciplinario que busca no solo preservar la salud física de los trabajadores, sino también fortalecer el bienestar social, ambiental y profesional, consolidando así un modelo de intervención que responda a las necesidades actuales de las organizaciones y sus colaboradores.

Metodología

El presente capítulo se construyó desde un enfoque cualitativo, mediante la aplicación de una estrategia de investigación documental, entendida como un proceso sistemático orientado a la recopilación, análisis e interpretación de fuentes secundarias. Esta modalidad investigativa permite explorar, inventariar y sistematizar la producción teórica y empírica existente en un campo determinado del conocimiento, con el propósito no solo de describir el estado del arte, sino de promover una reflexión crítica en torno a las tendencias, vacíos y posibilidades de desarrollo en el área temática seleccionada.

Como lo plantea Guevara (2016), la investigación documental implica adentrarse en un entramado complejo de discursos, perspectivas epistemológicas, posturas ideológicas, y supuestos tanto explícitos como implícitos. En este sentido, abordar la intervención del Trabajo Social organizacional en relación con la salud postural conlleva a la revisión crítica de una pluralidad de narrativas —descriptivas, analíticas, prescriptivas e incluso contradictorias— que ofrecen distintas miradas sobre el objeto de estudio abordado en el presente texto.

A través de este enfoque documental, el estudio se propuso analizar el impacto de la deficiente ergonomía en los espacios de trabajo y su repercusión en la salud de las personas trabajadoras. Particularmente, se buscó identificar los factores contextuales que inciden en la aparición de lesiones musculoesqueléticas, así como los efectos físicos, emocionales y sociales que dichas afecciones generan en la vida cotidiana de quienes las padecen. Asimismo, se examinó el papel estratégico del Trabajo Social en la promoción de entornos laborales saludables y en el diseño de intervenciones orientadas al bienestar postural, desde una perspectiva integral.

El proceso metodológico seguido en esta investigación documental se estructuró en tres fases interrelacionadas:

A) Diseño metodológico: Consistió en la delimitación del objeto de estudio, la formulación de los objetivos de análisis, y la definición de las estrategias de búsqueda, recuperación y selección de la información documental relevante.

B) Gestión e implementación: Esta etapa comprendió el rastreo, recopilación, inventario y muestreo de textos académicos, informes institucionales, normativas nacionales e internacionales y literatura especializada en ergonomía, salud ocupacional y Trabajo Social organizacional. Posteriormente, se procedió a la clasificación y categorización de los contenidos según criterios temáticos y analíticos previamente establecidos.

C) Comunicación de resultados: Finalmente, se desarrolló la redacción del presente informe, en el cual se articulan los hallazgos teóricos y documentales con un análisis crítico y reflexivo que busca aportar a la comprensión del fenómeno estudiado desde una perspectiva transdisciplinar.

En suma, este capítulo da cuenta de un ejercicio riguroso de investigación documental que permite visibilizar el potencial del Trabajo Social organizacional en el abordaje de la salud postural, y que apuesta por trascender el análisis fragmentado de los factores de riesgo laborales para avanzar hacia una comprensión más amplia e integradora del bienestar en los entornos de trabajo.

El Trabajo Social Organizacional ante el reto de humanizar los entornos laborales

Numerosas empresas o instituciones disponen de una unidad específica de Trabajo Social, mientras que otras únicamente cuentan con un Departamento de Recursos Humanos. Aunque la presencia del profesional en Trabajo Social en el ámbito laboral no es ampliamente reconocida, su intervención está siendo cada vez más demandada en diversas áreas, debido a la amplitud de sus competencias. Además, su rol adquiere una relevancia particular, ya que implica la responsabilidad de promover el bienestar integral de todos los miembros que conforman la organización (Vélez-Santana et al., 2020).

Durante la historia, el Trabajador Social ha desempeñado una labor muy importante en empresas y prestación de servicios. El talento humano es la mayor ventaja que poseen las organizaciones, donde los profesionales de esta disciplina han actuado para mantener y proporcionar las condiciones de calidad de vida personal y laboral. Un personal satisfecho y motivado significa una mayor productividad y rentabilidad para la empresa. Por ello las empresas producen riqueza y

con ello desarrollo social y crecimiento económico. Vemos cómo el trabajo del profesional afecta no sólo a la organización de donde se desempeña sino también cómo contribuye indirectamente, al progreso y crecimiento del pueblo y al bienestar general (Sierra-Arango, 2005).

En este sentido para Carrasco (2009), el Trabajo Social Organizacional puede entenderse actualmente como una práctica estructurada que busca facilitar la adaptación mutua entre los trabajadores y la organización. Este propósito se logra mediante la aplicación de técnicas y metodologías, orientadas a que tanto individuos como grupos dentro del entorno laboral puedan enfrentar sus necesidades, resolver los desafíos que implica su integración en una sociedad industrial en constante transformación y, a través de un trabajo colaborativo, contribuir a la mejora de sus condiciones sociales y económicas.

Para lograr esto, se sirve de técnicas basadas en la observación, instrumentos como el cuestionario Nórdico Estandarizado de Percepción de Síntomas Músculo Esqueléticos y métodos, entre ellos el método OWAS, RULA y REBA; para detectar, analizar y resolver los problemas que puedan surgir en la adaptación del día a día del trabajador en una organización. La disciplina va más allá de intervenciones comunitarias, integrándose cada vez más en una diversidad de sectores y contextos.

Así mismo, Aspeé (2015), refiere que es cada vez más común encontrar profesionales del Trabajo Social desempeñándose en empresas u organizaciones de distintos sectores, principalmente en áreas vinculadas a recursos humanos o gestión del talento. Su labor se orienta a la implementación de acciones relacionadas con el bienestar del personal, así como con su formación, esparcimiento y desarrollo integral dentro del ámbito laboral, abordando aspectos que trascienden lo meramente salarial.

La formación académica en Trabajo Social ha ido incluyendo conocimientos relacionados con el ámbito laboral en el sector público, privado y solidario, en conocimientos de procesos administrativos y de selección, como la inclusión, evaluación y autoevaluación, crecimiento en la organización, seguridad social, salud ocupacional, riesgos laborales y responsabilidad social empresarial,

esta inclusión se ha dado básicamente para que el Trabajador Social tenga noción de qué roles puede desempeñar e intervenir en la organización (Santos, 2016).

En aquellas organizaciones donde se cuenta con la presencia del Trabajador Social, su rol se enfoca tanto en la atención directa al personal como en el acompañamiento y asesoramiento al área de recursos humanos. Su labor busca contribuir a la eficiencia del trabajador, promoviendo condiciones de bienestar que garanticen seguridad, así como oportunidades que favorezcan su estabilidad, desarrollo personal y crecimiento profesional (Basantes, 2017).

Su evolución en el campo laboral, inicialmente se originó en el nacimiento del capitalismo y la industrialización, ya que crearon nuevos tipos de relaciones sociales: aparece la separación entre empleador y trabajador. Los dueños del capital y los obreros al servicio de ellos. En un inicio, dichas relaciones no fueron precisamente mediadas por el respeto, la amabilidad y la reciprocidad. Se presentó una explotación hacia los trabajadores, entre ellas condiciones indignas en el lugar de trabajo, salarios bajos, largas jornadas laborales, así como la ausencia de seguridad social. En Inglaterra, Alemania y Francia, se crean los Servicios Sociales de Industria encargados de ocuparse únicamente de los intereses y del bienestar de los trabajadores (Sierra-Arango, 2005).

Para Vélez-Santana, et al. (2020), el Trabajo Social organizacional surge como una evolución natural de la disciplina, al expandir sus ámbitos de acción en un contexto marcado por la incertidumbre, los cambios y las restricciones propias de América Latina. Desde esta perspectiva, representa una iniciativa de renovación del Trabajo Social en el ámbito laboral, aportando al fortalecimiento del perfil gerencial del profesional.

De manera particular, la intervención del Trabajo Social en el bienestar social en organizaciones privadas o públicas se centra en promover el desarrollo y la promoción del crecimiento personal y profesional de los trabajadores y sus familias, al tiempo que influye en el fortalecimiento de un clima laboral apropiado y en el desarrollo social y ambiental del entorno inmediato a la empresa (Pérez-Mendoza y Díaz-Florez, 2014).

Aportes del Trabajo Social en la salud ocupacional y ergonomía

El Trabajador Social en las organizaciones actúa como un vínculo entre las necesidades de los empleados y los objetivos institucionales. Su labor promueve un ambiente laboral saludable y productivo, clave para mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano en todas sus dimensiones, a la vez que impulsa una cultura organizacional positiva.

Según Basantes (2017), aunque la excelencia constituye una premisa fundamental para el crecimiento y sostenibilidad de las empresas, este enfoque puede conducir a la desatención de los problemas personales de las y los trabajadores. Estas situaciones no sólo repercuten en la productividad, sino que comprometen directamente la salud ocupacional.

En este sentido, el Trabajo Social organizacional tiene un papel estratégico, especialmente en la promoción de la salud postural al intervenir de forma preventiva en la identificación de factores de riesgo físico, promover condiciones ergonómicas adecuadas y fomentar una cultura organizacional centrada en el bienestar integral del personal.

No obstante, los desafíos relacionados con la salud laboral no se limitan únicamente al entorno organizacional. En el contexto latinoamericano, estas problemáticas también se abordan desde la atención primaria en salud, en la que diversos sectores de la sociedad desempeñan un papel importante.

Tal como señala Ander-Egg (1985, como se citó en Rodríguez et al., 2017), en América Latina, la atención primaria en salud se caracteriza por la participación de múltiples actores, cuyo trabajo se enfoca principalmente en la reintegración de los pacientes, la atención a problemáticas sociales detectadas en los servicios de salud y la promoción de la salud mediante la educación sanitaria, cumpliendo así una función preventiva esencial.

En este sentido, Ocaña (1989, como se citó en Rodríguez et al., 2017) señala que la medicina centró su atención en lo social al analizar racionalmente la relación entre la enfermedad y la distribución desigual

de la riqueza y el bienestar. Esta evidencia científica dio lugar al surgimiento de la salud pública y la medicina social en el siglo XX.

La participación de los trabajadores sociales en el ámbito organizacional y de la salud laboral ha estado enfocada desde sus comienzos en la mejora del bienestar social en el entorno laboral, a través de la implementación de planes, programas, proyectos y, más adelante, políticas sociales que buscan promover el desarrollo del capital humano y sus familias. También abarca la proyección organizacional mediante iniciativas de responsabilidad social que consideran el contexto social, comunitario y ambiental (Pérez-Mendoza y Díaz-Flórez, 2014).

De esta forma, el Trabajo Social organizacional, en relación con la salud postural, se enfoca en promover la salud y el bienestar de los trabajadores, considerando la relevancia de una postura adecuada para prevenir lesiones y mejorar la calidad de vida laboral. Esto implica implementar programas de capacitación, asesoramiento y apoyo para que los empleados adopten y mantengan posturas correctas en sus puestos de trabajo.

De acuerdo con el Convenio N° 161 de la Organización Internacional del Trabajo [OIT], la misión de los servicios de salud en el trabajo consiste en proporcionar a los trabajadores los recursos y condiciones necesarias para crear, mantener y mejorar un entorno que favorezca una relación saludable entre la persona y su entorno laboral. Esta labor busca garantizar un estado de bienestar físico, mental y social en el contexto donde se desarrolla la actividad productiva. En este marco, los servicios de salud ocupacional deben estar integrados por equipos interdisciplinarios, que incluyan profesionales de áreas como medicina del trabajo, seguridad e higiene industrial, ergonomía, psicología y trabajo social, entre otros, según el tamaño y complejidad de la organización (Pérez-Mendoza y Díaz-Flórez, 2014). La inclusión del Trabajo Social dentro de estos equipos refuerza su papel estratégico, especialmente en el diseño e implementación de estrategias preventivas, promoción del bienestar y adaptación del entorno laboral a las necesidades humanas, con especial énfasis en el abordaje de factores ergonómicos y la prevención de trastornos musculoesqueléticos.

Por esta razón, el enfoque comunitario de la salud también influye en el campo laboral, donde disciplinas como la ergonomía cobran relevancia para proteger a los trabajadores desde una mirada integral, bajo esta perspectiva, Pérez (2023), menciona que la ergonomía aplicada al mundo laboral tal como su etimología indica (ergo- trabajo, nomos- leyes), nació en un principio para adecuar los esfuerzos y movimientos que implica la realización de una tarea y las dimensiones del puesto de trabajo a la persona. El objetivo de la ergonomía era conseguir que la persona realizara el trabajo con el menor esfuerzo, haciendo el menor número de movimientos, para disminuir la fatiga y conseguir una mayor eficiencia, esto quiere decir, lograr los objetivos en el menor tiempo.

Más tarde, este enfoque se hizo insuficiente y se amplió el campo de estudio, incluyendo las condiciones ambientales (temperatura, ruido, iluminación, etc.) y los aspectos organizativos (carga de trabajo, horario, procedimiento) de tipo temporal, así como, los que dependen de la tarea.

Ante esta problemática de salud que representan las enfermedades ocupacionales, podemos definir que un posible diseño en la búsqueda de estrategias es la Ergonomía. En este sentido, la OMS reconoce a la ergonomía como una de las estrategias y disciplinas claves, en su propuesta de estrategia global 2021-2030 para mejorar la seguridad del trabajador (Torres y Rodríguez, 2021).

Para Melo (2005), la ergonomía es la disciplina que se encarga del estudio sistemático de las personas en su entorno de trabajo, con el propósito de mejorar sus condiciones laborales, su situación de trabajo y las tareas que desempeñan. Su objetivo es adaptar el trabajo al ser humano, y no al revés.

Así mismo, Jastrzebowski (1857, como se citó en Saravia-Pinilla, 2006) refiere una distinción entre el trabajo útil, como aquel que brinda mejoramiento y valoración a la persona, y llamó trabajo dañino a aquel que causa deterioro y subvaloración.

La ergonomía durante su evolución se ha nutrido de varias disciplinas científicas y ha contribuido a otras, como por ejemplo la salud pública. La aplicación de los principios de ergonomía en el diseño

de los sistemas de trabajo ha contribuido a aminorar la fatiga, cargas de trabajo, lesiones y trastornos crónicos que puede padecer la población trabajadora (Torres y Rodríguez, 2021).

Por lo anterior, la ergonomía es la disciplina que investiga cómo ajustar la relación entre las personas y su entorno, de acuerdo con la definición oficial que fue aprobada por el Consejo de la Asociación Internacional de Ergonomía en agosto del año 2000. La ergonomía física se centra en analizar las posiciones más adecuadas para realizar tareas domésticas y laborales, así como en el manejo de cargas y materiales, y también los movimientos que se repiten, entre otros elementos (Guillén, 2006).

De acuerdo con la International Ergonomics Association [IEA] (s/f), la ergonomía organizacional: se centra en mejorar los sistemas sociotécnicos incluyendo sus estructuras organizacionales, las políticas y los procesos. Aspectos importantes abarcan comunicaciones, gestión del recurso humano, diseño del trabajo, diseño de tiempos de trabajo, pausas, tiempo de reposo, duración de la jornada, turnos, horarios de trabajo, trabajo en equipo, diseño participativo, trabajo comunitario, nuevos paradigmas del trabajo, organizaciones virtuales, teletrabajo, y gestión de la calidad.

Por su parte, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [INSST] (2024) menciona una lista de algunos de los objetivos fundamentales de la ergonomía y la psicología aplicada de la Asociación Española de Ergonomía, los cuales se describen a continuación:

- Detectar, estudiar y minimizar los peligros laborales (ergonómicos y psicosociales).
- Ajustar el espacio de trabajo y las condiciones laborales a las características de los empleados.
- Facilitar la mejora de las circunstancias laborales, no solo desde el punto de vista de las condiciones físicas, sino también en sus dimensiones socio-organizativas, para que el trabajo se realice protegiendo la salud y seguridad, así como maximizando el confort, la satisfacción y la eficacia.

- Supervisar la incorporación de nuevas tecnologías en las empresas y su adecuación a las capacidades y habilidades de la población laboral existente.
- Definir prescripciones ergonómicas para la compra de instrumentos, herramientas y materiales variados.
- Incrementar la motivación y la satisfacción en el ámbito laboral.

Como resultado de lo anterior, se generarán diversos beneficios: se incrementa la seguridad y salud de los trabajadores; se mejora el ambiente laboral; se eleva la eficiencia y el rendimiento; hay un aumento en la productividad; se observan avances en la calidad del trabajo y de los productos; y se reduce el ausentismo laboral, entre otros aspectos.

La intervención ergonómica es clave ya que no solo analiza la actividad laboral en su contexto real, sino que implica a varios factores dentro del sistema de trabajo. La sostenibilidad de las intervenciones y la sensibilización de los actores involucrados son aspectos fundamentales, y se han propuesto pautas para evaluar intervenciones centradas en la prevención de trastornos musculoesqueléticos, especialmente en lo que respecta a la transformación organizacional (Mejias-Herrera, 2018).

En este contexto, la incorporación del Trabajo Social en los equipos de salud laboral no solo representa una acción pertinente, sino una exigencia ética y estructural frente a los desafíos contemporáneos del mundo del trabajo. Su intervención no se limita a atender las consecuencias de un entorno laboral disfuncional, sino que actúa sobre las causas estructurales que afectan a las personas trabajadoras. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social aporta una mirada que articula lo técnico con lo humano, lo organizacional con lo comunitario, visibilizando realidades muchas veces ignoradas por enfoques puramente biomédicos o productivistas y supone un acto de reconocimiento de la persona como sujeto de derechos, no como mero recurso productivo. Esto propicia la adopción de enfoques transdisciplinarios que articulan diversas dimensiones del quehacer laboral como fundamentos esenciales de una propuesta colectiva centrada en la dignidad humana y la sostenibilidad social del trabajo.

Trastornos musculoesqueléticos en el entorno organizacional

La deficiente gestión ergonómica en los entornos laborales ha desencadenado consecuencias significativas para la salud de los trabajadores, siendo los TME una de las más preocupantes. De acuerdo con la OMS (2021), estas afecciones afectan a aproximadamente 1.710 millones de personas en el mundo y representan la causa más común de discapacidad, siendo el dolor lumbar el más prevalente, con 568 millones de casos reportados en 160 países.

Según el Diario Oficial de la Federación [DOF] (2025), las lesiones musculoesqueléticas constituyen un factor crítico que impacta negativamente en la salud de la población trabajadora. Esta situación se ve agravada por condiciones laborales prolongadas y exigentes. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], el 27% de los trabajadores en México labora más de 50 horas a la semana, una cifra alarmante que incide directamente en su salud física y mental, particularmente en aquellos sectores con jornadas extensas y bajos ingresos.

Datos presentados por Fandiño-Contrera y Saza-Baraceta (2021), basados en estadísticas de la OIT 2005, estiman que alrededor del 4% del Producto Interno Bruto (PIB) mundial se pierde anualmente debido a los costos asociados a enfermedades laborales, accidentes, ausencias por incapacidad, tratamientos médicos y prestaciones derivadas de invalidez o fallecimiento.

Para López y Cuevas (2008, como se citó en Márquez-Gómez, 2015), los TME se caracterizan por alteraciones en estructuras como músculos, tendones, huesos, nervios, articulaciones o ligamentos, lo cual afecta negativamente la capacidad motora y/o sensitiva. Estas afecciones surgen cuando se somete a una sobrecarga constante a una estructura corporal específica, superando el tiempo necesario para la recuperación de los tejidos afectados.

En su mayoría, son trastornos de origen acumulativo, consecuencia de la exposición prolongada y repetitiva a factores biomecánicos y organizacionales. Afectando principalmente manos, antebrazo, brazos, hombros, espalda y cuello (Fernández et al., 2014).

De acuerdo con la OMS (2004, como se citó en Balderas-López et al, 2019), los trastornos musculoesqueléticos se originan cuando la carga mecánica aplicada supera la capacidad del sistema locomotor para soportarla. Estas lesiones se dividen en dos categorías: las agudas, que se producen de manera súbita debido a esfuerzos intensos, como desgarros musculares provocados al levantar objetos pesados o fracturas resultantes de caídas; y las crónicas, que se desarrollan paulatinamente por la realización repetitiva y prolongada de actividades físicas, lo que conlleva a un dolor progresivo y a la pérdida de funcionalidad. Entre las afecciones crónicas más comunes se encuentran la tenosinovitis, la rigidez muscular y el desgarro de ligamentos por sobreuso.

Por otra parte, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2007), menciona que existen diversos factores biomecánicos, organizacionales y psicosociales que pueden afectar la salud laboral, entre ellos: la realización de esfuerzos intensos, la repetición constante de movimientos, el mantenimiento de posturas incómodas o poco ergonómicas, la exposición a vibraciones, temperaturas extremas (ya sean frías o calurosas), la escasa autonomía en la ejecución de las tareas, las altas demandas laborales impuestas por los superiores, la carencia de apoyo en el entorno de trabajo y la exposición a niveles elevados de ruido que pueden generar tensión física.

Así mismo, existen otros factores de riesgo que pueden contribuir a la adquisición de los TME. Entre ellos se encuentran: edad, sexo, alimentación, hábitos, estilo de vida, horas de sueño, consumo de tabaco y alcohol, obesidad, capacidad física, enfermedades hereditarias y comorbilidades, así como los factores psicosociales que también pueden contribuir con la adquisición de estos trastornos (Bugarín et al., 2005).

Los síntomas relacionados con los TME incluyen sensación de hormigueo, disminución de sensibilidad, pérdida de fuerza, y dolor o fatiga durante el trabajo, el cual en ocasiones puede persistir durante la noche provocando alteraciones en el sueño, así como la disminución de la capacidad de trabajo y dificultando la ejecución de tareas fuera de este (Secretaría de Salud Laboral, 2010).

Por ello, los TME representan una preocupación creciente para la población trabajadora, ya que comprenden un amplio conjunto de lesiones y enfermedades vinculadas a condiciones laborales específicas y factores de riesgo asociados al entorno de trabajo. Actualmente, constituyen un problema relevante de salud ocupacional. No obstante, su diagnóstico y clasificación como una entidad patológica definida ha resultado complejo, lo que ha dificultado tanto su monitoreo a nivel epidemiológico como su abordaje en la investigación científica. Entre estos trastornos, el dolor lumbar destaca como una de las principales causas de ausentismo y una de las problemáticas más relevantes en los entornos laborales actualmente (Santos et al., 2020).

Las estadísticas revelan una problemática significativa en la sociedad, especialmente en el ámbito laboral, donde los TME constituyen la principal causa de consultas médicas y de la reducción temporal o permanente de la capacidad para desempeñar funciones laborales. En consecuencia, los TME y las molestias físicas asociadas suelen generar un incremento considerable en las ausencias laborales, ya que las personas afectadas requieren períodos de recuperación, atención médica y, en algunos casos, licencias por incapacidad, lo que interrumpe la continuidad del trabajo y afecta negativamente la productividad organizacional (Carrasco et al., 2023).

Además, diversos estudios indican que los TME no solo son la causa más frecuente de consultas médicas laborales, sino que también disminuyen la capacidad funcional de los trabajadores. Los movimientos repetitivos, incluso de baja intensidad, pueden causar microtraumatismos que, aunque inicialmente parecen inofensivos, pueden evolucionar hacia lesiones graves o discapacidades permanentes. Estas afecciones comprometen de manera significativa la movilidad, reducen la independencia funcional y deterioran la calidad de vida, limitando la participación social y propiciando jubilaciones anticipadas.

Por otra parte, Luttmann et al., (2004) señala que en los países industrializados, aproximadamente una tercera parte de las incapacidades laborales por motivos de salud están relacionadas con trastornos del sistema musculoesquelético. Dentro de estas, los problemas de espalda como dolores lumbares, ciática, hernias discales o degeneración de disco representan cerca del 60% de los casos. Les

siguen en frecuencia las afecciones en la zona cervical y en las extremidades superiores, que incluyen molestias en cuello, hombros y brazos, por ejemplo, patologías específicas como el codo de tenista, tendinitis, tenosinovitis, síndrome del túnel carpiano y otros trastornos asociados a movimientos repetitivos o microtraumatismos acumulativos. También se presentan lesiones en rodillas, como la degeneración meniscal o la artrosis, y en caderas, siendo esta última igualmente vinculada a procesos degenerativos. De manera general, se reconoce que las condiciones laborales y la intensidad del trabajo desempeñan un papel relevante en la aparición y persistencia de estas enfermedades.

En España, los TME son las afecciones laborales más comunes; el 64% de los empleados indican que realizan movimientos repetitivos durante el día laboral. Un análisis en Canadá reveló un aumento en la frecuencia de TME laborales, fluctuando del 21,1% al 25,3% en trabajos industriales y de oficina, siendo el riesgo mayor cuando se combinan múltiples factores de riesgo (Vega-López et al., 2019).

En México, como en gran parte de América Latina, existe una deficiencia en el registro de enfermedades laborales. Según la Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2023), con base en datos de la Organización Panamericana de la Salud [OPS], de cada 100 personas que presentan afectaciones de salud relacionadas con su entorno laboral, únicamente 5 son oficialmente reconocidas como casos de enfermedad profesional.

Esta situación ha sido documentada por el académico Rodolfo Nava Hernández, quien afirma que esta falta de registro es común en países en desarrollo, entre los que se encuentra México. Además, asegura que estas naciones proporcionan estadísticas a la OIT, aunque su realidad es bastante distinta. También señala que muchas empresas encubren estos problemas de salud para evitar el aumento en las primas de riesgo asociadas a accidentes o enfermedades profesionales. Esto se debe a que, cuando las personas acuden a las instituciones de seguridad social, su condición no suele ser considerada una enfermedad laboral. Esta situación contrasta con los accidentes, donde el daño es evidente y se presenta de inmediato. Por ello, resulta complicado demostrar la conexión entre la exposición a un riesgo y el daño sufrido por el trabajador, que en muchos casos los efectos aparecen años más tarde y

ni siquiera los empleados relacionan sus padecimientos con la exposición que han tenido (Hernández, 2023).

Por lo tanto, se podría decir que los trastornos musculoesqueléticos ocurren lentamente y por esta razón parecen inofensivos, por lo que generalmente se ignoran hasta que el dolor se vuelve crónico y se produce un daño permanente (Castilla-LaMancha, s.f).

Según la Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS] (2018) menciona que:

De acuerdo con la Memoria estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social de 2016, el número de enfermedades de trabajo en el año 2016, llegó a 12,622 casos; entre las enfermedades con mayor número de incidencia encontramos a la hipoacusia, a la neumoconiosis, y a las afecciones respiratorias, y enseguida se observa un número importante de enfermedades de trabajo que se agrupan como trastornos musculoesqueléticos, estas enfermedades son: dorsopatías; entesopatías; síndrome del túnel carpiano; lesiones de hombro; tenosinovitis de estiloides radial de Quervain; otras como sinovitis, tenosinovitis y bursitis; epicondilitis y artrosis, de modo que los TME representan en la actualidad el primer tipo de enfermedad de trabajo.

Conforme a lo anterior, en 2016 se registraron 4,607 casos de TME, dejando a la hipoacusia en segundo lugar con 1,873, seguida de la neumoconiosis con 1,017 y las afecciones respiratorias con 378.

Mientras que los datos más recientes del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2023), señalan que, en 2022, el 42% de las afecciones laborales reportadas, excluyendo los casos de Covid-19 que alteraron las estadísticas, fueron debidas a trastornos musculoesqueléticos. Entre estos se incluyen problemas como las dolencias de espalda, lesiones en hombros, síndrome del túnel carpiano, artrosis y tenosinovitis. En México, los trastornos musculoesqueléticos se han convertido en uno de los mayores retos para la salud en el ámbito laboral. En un periodo de 10 años, estas condiciones se incrementaron en un 3,590%, de acuerdo con los datos generados.

Según Hernández (2024), la Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS] (2018), refiere que existe una tendencia al incremento de este tipo de padecimientos, los cuales representan en promedio diario a 15 trabajadores con una enfermedad de este tipo.

Por otro lado, el vínculo entre la ergonomía de los factores humanos y la organización científica del trabajo se refleja en los programas de estudio modernos en especialidades como la Ingeniería Industrial y de Sistemas. Aunque la ergonomía se centra en el ser humano y en la optimización del sistema laboral, aspectos como la calidad, la productividad, los costos de producción y la eficiencia continúan siendo de gran relevancia.

En este contexto, comprender los TME más allá de su dimensión fisiológica implica interrogar críticamente las condiciones estructurales del trabajo. Esto no surge de manera repentina, sino que constituyen el resultado acumulativo de prácticas laborales cotidianas inadecuadas y del desconocimiento o desatención de las señales de fatiga y sobrecarga emitidas por el cuerpo. Se configuran como expresiones silenciosas del estrés físico y emocional sostenido, producto de entornos organizacionales que limitan las pausas, invisibilizan el malestar y reproducen una cultura del rendimiento continuo que frecuentemente deja en segundo plano el autocuidado.

El Trabajo Social y la Teoría General de Sistemas como marco de comprensión y acción

Vivimos en un mundo caracterizado por la creciente complejidad de los fenómenos naturales, sociales y tecnológicos, lo que demanda enfoques capaces de comprender las interconexiones entre los diversos elementos que conforman sistemas complejos. En el campo organizacional, las dinámicas actuales exigen una mirada integral que supere los enfoques fragmentados tradicionales de la intervención social.

Esta perspectiva permite ampliar sus esquemas de pensamiento y brinda herramientas para entender de qué manera la organización de los sistemas complejos influye en su funcionamiento. De este modo, se promueve una comprensión absoluta del entorno, concebido no

simplemente como la suma de sus componentes, sino como un todo interconectado (Sterman, 2000, citado en Camarena, 2016).

En este contexto, la Teoría General de Sistemas [TGS] se consolida como un marco epistemológico y operativo idóneo para comprender a las organizaciones como sistemas abiertos e interdependientes, donde cada componente —humano, estructural y ambiental— se relaciona de manera recíproca y dinámica. Gracias a este enfoque, es posible examinar las interacciones que configuran la realidad organizacional, lo que permite obtener una comprensión más amplia y multidimensional de su dinámica.

Así mismo, Peralta (2016) señala que los componentes de la TGS pueden identificarse en diversos tipos de empresas, lo que permite a los directivos comprender cómo opera su negocio y, desde esta comprensión, tomar decisiones más acertadas. Esta perspectiva global y cohesionada facilita prever los posibles impactos de las acciones y diseñar iniciativas orientadas a preservar el equilibrio y la operatividad de la organización.

Desde esta visión, el Trabajo Social Organizacional adquiere un papel estratégico al abordar el bienestar laboral y la salud postural, entendidos no solo como fenómenos individuales, sino como manifestaciones del entramado sistémico que configura la vida laboral. Los comportamientos, las condiciones de trabajo y las relaciones interpersonales no pueden analizarse de forma aislada, sino considerando las interacciones que se producen dentro del sistema organizacional.

Por otra parte, Andrade et al. (2024) destacan que la organización es un sistema holístico, constituido por elementos interconectados que influyen mutuamente. Esta concepción refuerza la necesidad de comprender el entorno laboral como un conjunto dinámico, donde cualquier intervención en uno de sus componentes tiene implicaciones sistémicas, confirmando la relevancia de un enfoque integral.

La adopción de una perspectiva sistémica permite diseñar intervenciones integrales que articulen el nivel personal, social e institucional, promoviendo una praxis coherente, preventiva y

transformadora, orientada al fortalecimiento del bienestar sociolaboral y al desarrollo sostenible de las organizaciones.

En el caso de la salud postural, la TGS evidencia que los problemas musculoesqueléticos y ergonómicos no dependen únicamente de factores individuales, sino también de variables organizacionales como la cultura laboral, el estilo de liderazgo, las condiciones físicas del entorno y las dinámicas sociales entre los trabajadores. Cada elemento forma parte de un sistema interdependiente, donde cualquier modificación repercute en el conjunto.

En este sentido, Austin (2018, como se citó en Ronquillo et al., 2024) plantea que las sociedades humanas pueden comprenderse como sistemas sociales, compuestos por fenómenos colectivos que se relacionan de manera estructurada e interactiva. Esta perspectiva respalda la aplicación de la TGS para analizar la dinámica social en entornos laborales, considerando el trabajo como parte de un macrosistema social con relaciones recíprocas.

La TGS no solo proporciona un marco para entender la complejidad organizacional, sino que también constituye una propuesta metodológica aplicable a múltiples disciplinas científicas. Como lo indica Cuadrado (1995), “junto a ello, este modelo o propuesta metodológica resulta enormemente fructífera para abordar cada una de las ciencias en sí mismas como sistemas” (p. 198).

Esta afirmación consolida la validez del enfoque sistémico como fundamento teórico riguroso para el presente estudio, al permitir un análisis estructurado y coherente de las variables involucradas en la influencia de la ergonomía sobre la prevención de lesiones musculoesqueléticas en el entorno laboral.

En este marco, el Trabajo Social Organizacional cumple un rol estratégico en la identificación, análisis e intervención de factores estructurales que afectan la salud y el bienestar laboral. La implementación de políticas ergonómicas, la promoción de climas laborales saludables y el fortalecimiento de la corresponsabilidad entre empleados y organización son acciones que materializan esta visión integral.

Reflexionar sobre la intervención organizacional desde la TGS permite reconocer que las organizaciones son más que estructuras jerárquicas o espacios productivos: son ecosistemas humanos donde convergen necesidades, emociones, tensiones y potencialidades. El Trabajo Social se posiciona como un agente de equilibrio y transformación, capaz de articular las dimensiones humanas y estructurales para generar entornos más saludables, equitativos y sostenibles.

Desde esta mirada interrelacionada, la salud postural y el bienestar laboral dejan de concebirse como aspectos secundarios o meramente físicos, para entenderse como expresiones de la calidad de las relaciones organizacionales y de la cultura que las sustenta. Integrar la TGS en la práctica del Trabajo Social Organizacional amplía la comprensión de los fenómenos laborales y ofrece una base sólida para diseñar estrategias orientadas a la prevención de riesgos, la promoción de la salud y el desarrollo humano integral.

En este sentido, avanzar hacia una intervención organizacional integral implica la formación de profesionales con una visión multidimensional, crítica y ética, capaces de comprender las interdependencias entre el ser humano, el entorno y la estructura. Adoptar esta perspectiva no solo transforma la manera en que se interviene en los espacios laborales, sino que también fortalece la capacidad del Trabajo Social para articular el conocimiento con la acción y la teoría con la transformación.

De esta manera, el Trabajo Social Organizacional se consolida como un agente de cambio y equilibrio, orientado a promover una cultura laboral que coloque al bienestar humano en el centro del sistema, reconociendo que solo desde una comprensión integral y relacional del trabajo es posible construir entornos verdaderamente saludables, participativos y sostenibles.

Conclusión

La intervención del Trabajo Social organizacional en la salud postural representa una estrategia ineludible para promover entornos laborales más humanos, sostenibles y productivos. Mediante la identificación de los factores de riesgo se pueden promover prácticas saludables que nos permitan implementar estrategias ergonómicas adecuadas por medio de

métodos que ayuden a detectar situaciones que ponen en riesgo la salud postural de los trabajadores, así como el monitoreo constante del clima laboral para lograr prevenir la aparición de TME, promover la salud física y mental de los trabajadores y lograr crear un ambiente positivo favorable. Este enfoque, centrado en el desarrollo humano en sus diferentes dimensiones, permite trascender la visión tradicional del empleado como un simple recurso, reconociéndolo como un sujeto de derechos cuya salud física, emocional y social es determinante para el desarrollo de las organizaciones.

Al integrar principios de ergonomía e higiene postural en la gestión del talento humano, el Trabajo Social no solo contribuye a prevenir lesiones y reducir el ausentismo, sino que también fortalece una cultura de prevención, autocuidado y responsabilidad compartida. Su rol, en este sentido, va más allá del acompañamiento individual, posicionándose como un actor clave en el diseño e implementación de políticas laborales más justas y saludables. No obstante, resulta fundamental analizar con rigor el impacto que tiene la falta de ergonomía en el entorno laboral, especialmente considerando que, si bien existen normativas y protocolos de seguridad destinados a proteger la salud física de los trabajadores, su cumplimiento efectivo sigue siendo una asignatura pendiente en muchos sectores. La ausencia de personal capacitado y comprometido con la supervisión y aplicación real de estas normas contribuye a la persistencia de condiciones laborales que favorecen el desarrollo progresivo de TME.

La gestión de bienestar del empleado en el trabajo es primordial para el éxito de las organizaciones porque influye en la productividad y satisfacción del trabajador. Es vital identificar y reconocer la adquisición de estas lesiones durante las jornadas laborales, así como rastrear sus causas, ya que esto no solo permite intervenir oportunamente, sino también crear un sistema de protección laboral basado en datos reales. Por tanto, la implementación de prácticas ergonómicas debe estar respaldada por evidencia empírica y científica, que demuestre cómo estas estrategias no solo benefician al trabajador, sino que también favorecen a la organización en términos de eficiencia, reducción de riesgos y mejora del ambiente de trabajo. Apostar por estas acciones no es un lujo ni una concesión, sino un acto de justicia social y una inversión estratégica en sostenibilidad organizacional.

El objetivo no es simplemente hacer que el empleado esté más cómodo como a veces se interpreta erróneamente, sino construir ambientes laborales donde el bienestar físico, emocional y social se convierta en el motor de la productividad y el desarrollo. La ergonomía, en diálogo con el Trabajo Social, no solo promueve la salud individual, sino que permite transformar las dinámicas laborales hacia modelos más humanos, equitativos y conscientes. En última instancia, garantizar entornos ergonómicos adecuados es un compromiso ético y técnico con la dignidad del trabajo y la vida misma.

Es importante reconocer que, de manera indirecta, se está gestando gradualmente una conciencia renovada que reconoce el cuerpo humano como el primer y vital espacio de existencia, y el bienestar como un derecho inalienable, no como un privilegio o lujo. Al identificar que existen normas orientadas a prevenir lesiones y al tomar conciencia sobre las posturas dañinas, así como sobre la relevancia de respetar los tiempos de descanso, se fomenta la adopción de hábitos saludables que trascienden el espacio de trabajo. Este proceso de concientización progresiva permite que el conocimiento ergonómico se expanda hacia otros entornos, promoviendo una cultura del autocuidado que se fortalece con la práctica constante. Así, se generan entornos más saludables no solo en el campo organizacional, sino también en el hogar y en la vida diaria.

Aprender a cuidar nuestra postura no es solo una medida preventiva en el campo laboral; constituyéndose en un acto de autorregulación y conciencia corporal que permite al individuo reconectarse con sus propios ritmos biológicos. Implica, asimismo, atender de manera anticipada las señales sutiles del cuerpo antes de que se manifiesten como dolencias crónicas, promoviendo así una relación más respetuosa y armónica entre el ser humano y su entorno de vida y trabajo. Cada vez que se elige realizar una pausa, corregir la postura corporal o respetar los tiempos de descanso, no solo se previene una posible lesión musculoesquelética, sino que se promueve una forma más consciente y saludable de habitar el trabajo, el hogar y el tiempo cotidiano. Esta transformación de hábitos no ocurre de manera inmediata, pero su práctica sostenida y su difusión en los distintos espacios de interacción social permiten su progresiva consolidación como una cultura compartida del autocuidado.

Abordar la TGS resulta esencial en el campo del Trabajo Social, especialmente en contextos organizacionales, ya que brinda una herramienta analítica capaz de comprender las complejas interacciones que configuran el entorno laboral. En este marco, los problemas relacionados con la salud postural dejan de percibirse como meras cuestiones físicas individuales, para ser entendidos como expresiones de desequilibrios estructurales o funcionales dentro del sistema de trabajo. El Trabajo Social, al incorporar esta perspectiva, puede contribuir significativamente al diseño de intervenciones que no solo atiendan las necesidades individuales, sino que también transformen las condiciones organizativas que afectan el bienestar colectivo. De esta manera, la articulación entre la TGS y la práctica del Trabajo Social favorece una visión más amplia e integrada del cuidado en el trabajo, reconociendo que la salud del trabajador y la sostenibilidad del entorno laboral están entrelazadas.

Referencias

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2007). *Introducción a los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral*. <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/05/Facts-71-Introduccion-a-los-trastornos-musculoesqueleticos-de-origen-laboral-1.pdf>
- Andrade, D. F. J., Alarcón, G. J. C., Ortega, H. X. F., y González, M. J. L. (2024). Teoría general de sistemas: un enfoque estratégico para la planificación institucional. *Revista Venezolana de Gerencia: RVG*, 29(105), 388-400. <https://share.google/j44SsNp7Sy6WGJCwS>
- Aspeé, J. (2015). Sustento para el Trabajo Social en la Gestión de Recursos Humanos. *Revista Rumbos TS*, 86-95. <https://biblat.unam.mx/hevila/RumbosTS/2015/no11/7.pdf>
- Balderas-López, M., Zamora-Macorra, M., y Martínez-Alcántara, S. (2019). Trastornos musculoesqueléticos en trabajadores de la manufactura de neumáticos, análisis del proceso de trabajo y riesgo de la actividad. *Acta universitaria*, v. 29. <http://doi.org/10.15174/au.2019.1913>
- Basantes, M. (2017). *Modelo de gestión de Trabajo Social en Recursos Humanos para la empresa Marriott S.A.* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].

- <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8059/1/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-4.pdf>
- Bugarín R., Galego P., García A., & Rivas P. (2005). Los trastornos musculoesqueléticos en los odontoestomatólogos. *RCOE*, 10(5-6), 561-566.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000500005&lng=es&tlng=pt.
- Camarena, M. J. L. (2016). La organización como sistema: el modelo organizacional contemporáneo. *Oikos Polis*, 1(1), 135-174.
http://www.scielo.org.bo/pdf/rlces/v1n1/v1n1_a05.pdf
- Carrasco, J. (2009). Empresa y trabajo social, ¿una relación de ida y vuelta? *Humanismo y Trabajo Social*. Vol. 8 Año 2009.
https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1499/Hum8_art2.pdf
- Carrasco, J., López, A. A. I., y Barreno, G. A. D. (2023). Riesgos ergonómicos y su influencia en el desempeño laboral: Ergonomic risks and their influence on work performance. *Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 230.
- Castilla-LaMancha. (s.f). *Prevención de los trastornos Musculo - Esquelético en el Trabajo*. [Archivo PDF].
https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20120817/prevencion_trastornos_musculoesqueleticos.pdf#:~:text=Estas%20molestias%20musculoesquel%C3%A9ticas%20son%20de%20aparici%C3%B3n%20lenta,posturas%20forzadas:%20%E2%80%A2%20En%20la%20primera%20etapa
- Contreras-Santos, M. J. (2018). Trabajo Social Organizacional. *Prospectiva*, (25), 219-227. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i25.5973>
- Cuadrado, A. G. (1995). Notas sobre la teoría general de sistemas. *Revista general de información y documentación*, 5(1), 197.
<https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/RGID9595120197A/11463>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). *Plan Nacional De Desarrollo 2025-2030*. 15 de abril de 2025 (México).
<https://www.dof.gob.mx/2025/PRESREP/PND%202025-2030.pdf>
- Fandiño-Contreras, L. M., & Saza-Baraceta. J. (2021). *Prevalencia de lesiones musculoesqueléticas en trabajadores bajo la modalidad de teletrabajo entre los años 2016 al 2020 a partir de una revisión de*

- literatura* [Tesis de licenciatura, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/d5d464de-3f7e-42e9-956a-7f33e06b6090/content>
- Fernández, G. M., Fernández, V. M., Manso, H. M., Gómez, R. M. P., Jiménez, R. M. C., y Del Coz, D. F. (2014). Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores" Mixta" de Gijón-CPRPM Mixta. *Gerokomos*, 25(1), 17-22.
<https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100005>
- Guevara, P. R. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? *Revista Folios*, 44, 65-179.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345945922011>
- Guillén, F. M. (2006). Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud ocupacional. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400008&lng=es&tl
- Hernández, G. (2024, marzo). 6 claves de la NOM-036, la norma de ergonomía que ya es obligatoria para las empresas. *El Economista*.
<https://www.economista.com.mx/capitalhumano/6-claves-de-la-NOM-036-la-norma-de-ergonomia-que-ya-es-obligatoria-para-las-empresas-20240425-0151.html>
- Hernández, M. (2023). Hay subregistro del 95 por ciento de enfermedades laborales en AL. *Gaceta UNAM*.
<https://www.gaceta.unam.mx/hay-subregistro-del-95-por-ciento-de-enfermedades-laborales-en-al/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023, 4 de octubre). *IMSS cuenta con mil 146 especialistas en Medicina del Trabajo para prevenir y reconocer daños a la salud en entorno laboral*. [Boletín de prensa]. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202310/496>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2024). *Parte 4. Ergonomía y psicología aplicada*.
<https://www.collegesidekick.com/study-docs/19950251>
- International Ergonomics Association (IEA). (s.f). *¿Qué es la ergonomía?* <https://iea.cc/about/what-is-ergonomics/>
- Luttmann, A., Jager, M., Griefahn, B., Caffier, G., y Liebers, F. (2004). Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo.

- Serie protección de salud de los trabajadores, (5), 12-13.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cb6d9498-39e4-49ec-92b5-8cb3d5e38161/content>
- Márquez-Gómez, M. (2015). Modelos teóricos de la causalidad de los trastornos musculoesqueléticos. *Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*, 4(14), 85–102.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=215047422009>
- Mejias-Herrera, S. H. (2018). Las herramientas de intervención ergonómica: consideraciones conceptuales y experiencias prácticas en Cuba y Brazil. *Ingeniería Industrial*, 39(1), 3-14.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rrii/v39n1/rrii02118.pdf>
- Melo, J. (2005). *Ergonomía*. Ediciones Journal. Recuperado de https://www.semamac.org.mx/_src/pdf/biblioteca/2_Luis_Melo_ERGONOMIA.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2021, febrero). *Trastornos musculoesqueléticos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Peralta, E. (2016). Teoría general de los sistemas aplicada a modelos de gestión. *Aglala*, 7(1), 122–146.
<https://doi.org/10.22519/22157360.901>
- Pérez-Mendoza, L., y Díaz-Flórez, Y. (2014). Trabajo social organizacional y en salud ocupacional en Colombia. Inicios, desarrollos y desafíos. *Revista Eleuthera*, 10, 121–145.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=585961839008>
- Pérez, J. (01 de septiembre de 2023). *La ergonomía en el mundo productivo actual*. Instituto para la Prevención de Riesgos Laborales, IPRL. <https://www.iprl.edu.mx/articulo-la-ergonomia-en-el-mundo-productivo-actual>
- Rodríguez, L., Loo, L., y Anchundia, V. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de salud. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
https://sga.unemi.edu.ec/media/archivomateria/2022/06/19/archivo material_2022619181821.pdf
- Ronquillo, B., C., Ballesteros, L. L., Vera, L. R., y Román O. F. (2024). Teoría General de Sistemas, supuestos subyacentes y no subyacentes para el crecimiento económico empresarial. *Revista Científica Multidisciplinaria ULEAM Bahía Magazine*, 5(9), 70-78. Vista de

- Teoría General de Sistemas, supuestos subyacentes y no subyacentes para el crecimiento económico empresarial.
- Santos, C., Donoso, R., Ganga, M., Eugenin, O., Lira, F. y Santelices, J. (2020). Dolor lumbar: revisión y evidencia de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(5 6), 387–395. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.03.008>
- Santos, Z. (2016). *Trabajo social organizacional*. Centro Editorial Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia.
- Saravia-Pinilla, M. (2006). *Ergonomía de concepción. Su aplicación al diseño y otros procesos proyectuales*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. pág. 26- 33 <https://books.google.com.mx/books?id=DI-0ctHmpEIC&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Secretaría de Salud Laboral, CC.OO. Castilla y León. (2010). *Manual de trastornos musculoesqueléticos* (2.^a ed.). <https://castillayleon.ccoo.es/945c897036b42bdf269409d45787c2aa000054.pdf>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2018). *Las enfermedades de trabajo y los trastornos músculo-esqueléticos por ejercicio o motivo del trabajo, en México*. https://trabajoseguro.stps.gob.mx/bol079/vinculos/notas_6.html
- Sierra-Arango, A. L. (2005). El trabajo social en las organizaciones: haciendo historia. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 21(21), 129-133. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/2766>
- Torres, Y., y Rodríguez, Y. (2021). Surgimiento y evolución de la ergonomía como disciplina: reflexiones sobre la escuela de los factores humanos y la escuela de la ergonomía de la actividad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(2), e342868. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e342868>
- Universidad Nacional Autónoma de México (2023). Salud en el trabajo: México y la invisible epidemia laboral. *UNAM Global*. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/salud-en-el-trabajo-mexico-y-la-invisible-epidemia-laboral/
- Vega-López, N. L., Haro-Acosta, M. E., Quiñones-Montelongo, K. A., & Hernández-Barba, C. (2019). Determinantes de riesgo ergonómico para desarrollo de trastornos musculoesqueléticos del

miembro superior en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(1), 47-51. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2019/cst191h.pdf>

Vélez Santana, A. G., Loo Lino, L. E., & Chávez Rodríguez, W. F. (2020). Trabajo social laboral, una mirada desde el mundo contemporáneo. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/cccscs/2020/04/trabajo-social-laboral.html>

Medicina tradicional indígena: la médico tradicional en Chilchotla, Puebla

Alfonso Hernández Cervantes¹
Laura Vallejo Hernández¹
Ma. de los Ángeles Corona Castellanos¹

Resumen

La medicina tradicional indígena es una forma de mantener vivos los conocimientos que conllevan saberes ancestrales que se han transmitido generacionalmente. El papel de la mujer como curandera, hablante de lengua originaria tiene un reto ante un mundo globalizado. El conocimiento adquirido para atender las afecciones que aquejan a la comunidad y donde no hay médicos oficiales, o los hay muy escasamente, el papel de un curandero tradicional es importante. Aliviar una enfermedad o padecimiento en una comunidad indígena tiene muchos elementos atrás que no se perciben por los ajenos a la misma comunidad. Estos elementos son: la formación de los curanderos o médicos tradicionales, el conocimiento que han desarrollado sobre el uso y manejo de las plantas medicinales, los sentimientos que son importantes para apoyar en la curación y tratamiento de las afecciones, entre otras. Todo esto no se ve cuando se es ajeno a la comunidad. Metodológicamente se trabajó con una mujer de 90 años (estudio de caso) con quien se recopiló y documentó durante el trabajo de observación y acercamiento con los hablantes, el conocimiento sobre las plantas y las formas de curar. El tipo de investigación que utilizamos tiene que ver con un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo) Cualitativamente se obtienen datos relevantes para atender la salud en una comunidad donde la medicina convencional no cubre las necesidades inmediatas de la población. Cuantitativamente, el amplio

¹ Universidad Autónoma de Tlaxcala

conocimiento del uso, recopilación y práctica permiten atender y confiar en una persona con este conocimiento ancestral. Esta fue la estrategia que implementamos para la recopilación y documentación de datos lingüísticos de la variante náwatl hablada en Chilchotla, Puebla. El objetivo fue recopilar y documentar el conocimiento de una mujer curandera como propuesta de mejora en la salud de la comunidad. Consideramos que el conocimiento de esta medicina sea una propuesta en el campo de la salud y se considere como apoyo en la medicina convencional.

Introducción

En el presente trabajo mostramos las distintas realidades de una mujer náwatl que a los noventa años muestra actitudes y fortalezas adquiridas en su cultura ante la inminente globalización. Los elementos y retos que permiten y llevan a una mujer indígena a fortalecerse en este mundo, donde, día a día se desvanecen los valores y sentimientos por seguir conservando un conocimiento que puede curar afecciones en su comunidad son: el ser hablante de lengua náwatl, el conocimiento adquirido para aliviar los distintos males o afecciones, la convivencia y conocimiento de la naturaleza, las creencias y experiencias de vida, los sentimientos y el buen humor.

Uno de los saberes que ha permitido a la humanidad sobrevivir es la medicina tradicional. Los pueblos que han habitado este mundo tienen un conocimiento y una visión sobre la integridad física, emocional y espiritual. Al respecto, López Austin (1997) comenta que, porque somos seres sensibles, el sistema nervioso central se nutre a través de los sentidos porque recibe mensajes de los cambios físicos y químicos de todo lo que ocurre en nuestro entorno. Somos seres humanos que día a día experimentamos sensaciones que vienen del medio que nos rodea y esto lo manifestamos con el lenguaje, con las formas de cuidar nuestra salud.

Nuestra realidad es particularmente específica a diferencia de los animales. Nuestra realidad es la relación del mundo objetivo y el subjetivo, pero la relación de estas dos percepciones permite que tengamos un valor, cuya aprobación es porque somos seres sociales que nos conduce a crear una percepción del mundo. Por ello, la medicina

tradicional como expresión social y cultural es un valor humano que se puede diferenciar entre una cultura y otra.

El objetivo de este artículo no es mostrar datos estadísticos de cuántos médicos tradicionales y curanderos hay en la cultura indígena náwatl de Chilchotla, Puebla, México, sino presentar la realidad que supone la vivencia de ser mujer y ser curandera; es decir, el objetivo es ver cómo una mujer curandera es reconocida por las personas de su comunidad, por sus recomendaciones, por sus experiencias para generar bienestar, por sus conocimientos terapéuticos y sus explicaciones para la conservación de la salud. Y como objetivo particular, reconocer que esta forma de curar debe ser considerada como una alternativa de salud pública.

Metodológicamente trabajamos con una colaboradora hablante de lengua náwatl de la comunidad de Chilchotla, Puebla. Para este estudio, sólo nos enfocamos en la mujer porque es ella quien nos dio información sobre el conocimiento de la medicina tradicional. Primero se interrogó en una entrevista si conocía sobre el uso de las plantas medicinales, posteriormente se observó, con el consentimiento de ella, la forma de preparar sus remedios. Toda esta información quedó documentada en audio. Ella es curandera por “revelación divina”. La población la consulta para mantener equilibrio y salud en sus cuerpos. Un curandero, Aparicio Mena sostiene que “ayuda a mantener un equilibrio con las cosas, con los seres y con las ideas” (2006, p. 1). Por ello, consideramos importante que los curanderos deben ser considerados en la agenda de la salud pública, al menos, de manera regional.

En el primer punto damos un panorama sobre el municipio de Chilchotla, considerando su toponimia, el número de hablantes de lengua náwatl, total de habitantes y sus porcentajes entre mujeres y hombres. En otro apartado abordamos la metodología seguida para la recopilación y documentación del conocimiento sobre medicina tradicional. Después, abordamos el concepto de medicina tradicional visto desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) que nos permite interpretar la postura académica a diferencia de la postura tradicional. Posterior a este apartado, abordamos y discutimos cómo se hace una mujer curandera, donde la lengua juega un papel fundamental, en primer lugar, para conservarla y para transmitir conocimiento a

través de ella. En este apartado consideramos los sentimientos que tiene como mujer adulta para fortalecer la convivencia de su comunidad, la cosmovisión sobre el árbol genealógico en lengua náwatl, cuyo sentido alude a los sentimientos.

Finalmente, damos algunas consideraciones que son necesarias para que la medicina tradicional indígena sea considerada en las propuestas de salud pública.

Chilchotla, Puebla

Ubicación

El estado de Puebla está conformado por 217 municipios. Uno de ellos es el municipio de Chilchotla, el cual se localiza en la parte centro-este del estado de Puebla. Las coordenadas geográficas de este municipio son los paralelos 19° 14'00" y 19° 07'24" de latitud norte y los meridianos 97° 07'24" y 97° 15'54" de longitud occidental. Al norte colinda con el estado de Veracruz; al sur con Tlachichuca; al este con el municipio de Quimixtlan y al oeste con Saltillo Lafragua. (INEGI, 2020)

Toponimia

El nombre del municipio viene de la lengua náwatl *Chilchotla*, el cual tiene dos conceptualizaciones, de acuerdo con las conversaciones de los pobladores:

- 1) La primera es la que dice que la raíz *chil* viene de la raíz del *xilotl* ‘jilote o maíz tierno’ y *cho* viene de la raíz de la palabra *xochitl* ‘flor’ y el sufijo locativo que denota ‘abundancia’, cuyo significado en conjunto es: “Lugar donde hay, brota o nace mucho jilote o maíz”.
- 2) La segunda concepción viene del nombre formado de la palabra *chilchotl*, la cual se compone de dos vocablos. El primero es *chilli* ‘chile’ y la segunda de *chotl* ‘que viene de *choktia* ‘hacer llorar a alguien’. O bien, de la palabra españolizada *chilchote* ‘chile picante que hace llorar’ y el sufijo locativo *-tla* que denota ‘abundancia’ y en conjunto dicen que quiere decir ‘donde abunda el pimiento o chile picante que hace llorar o lugar donde hay muchos chilchotes’.

El segundo sentido es poco aceptado porque el análisis lingüístico de los topónimos en náwatl no corresponde a esta versión. Además, en la región no se tienen registros históricos del cultivo de algún tipo de chile. En el presente trabajo reconocemos la primera conceptualización.

Población

Conforme a los resultados del Censo de Población y Vivienda, el municipio de Chilchotla contaba con una población total de 21,002 habitantes, de los cuales 10,291 son hombres, representando el 49.6% del total y 10,585 son mujeres, representando el 50.4% del total. (INEGI, 2020)

La lengua indígena más hablada es el náwatl con un total de 1,503 hablantes. Este total representa el 7.27% de la población total del municipio de Chilchotla. (Secretaría de Economía del Estado de Puebla, 2020)

Los datos poblacionales del municipio de Chilchotla nos permiten dar a conocer el lugar donde llevamos a cabo esta investigación; además con estos datos mostramos que este municipio cuenta con una población indígena que tiene conocimientos e identidad propia que ha cultivado con el paso del tiempo.

Estrategia metodológica

Para la estrategia metodológica consideramos las características del tipo de investigación adoptada, la cual atiende un análisis cualitativo y cuantitativo. Desde el punto de vista cualitativo se pudo recopilar información de viva voz de la médico tradicional sobre el conocimiento y uso de las plantas medicinales. Con el análisis cuantitativo se obtuvo una lista de la cantidad de plantas que conocía la médico tradicional. Esta estrategia la implementamos en el trabajo de campo para la recopilación y documentación de la variante náwatl hablada en la zona oriente del estado de Puebla.

Delimitación temporal

El presente trabajo es de tipo sincrónico porque la información obtenida se recopiló en un tiempo específico, relativamente corto en el año 2023. La estancia, en la comunidad, fue de varios meses (abril-agosto del mismo año), periodo en el cual recopilamos la información.

Delimitación de la población.

Elegimos trabajar con dos colaboradores hablantes de lengua náwatl, cuya edad fue de 80 y 90 años. El hombre de 80 años y la mujer de 90. Esta variable fue determinante para la recopilación de los datos lingüísticos que fue el trabajo planeado originalmente porque el cometido fue registrar y describir desde un enfoque lingüístico la variante del náwatl de la región de Chilchotla, Puebla, cuyo proyecto derivó del INALI (Instituto Nacional de Lenguas Indígenas) para dar cuenta del estado actual del náwatl en las más de 30 variantes habladas en el país. Este trabajo de campo nos permitió conocer a los hablantes antes mencionados y sólo nos enfocamos en la mujer de 90 años, quien, durante la obtención de datos sobre la lengua náwatl, nos dijo saber sobre medicina tradicional. Por ello, para este trabajo consideramos hablar sólo de ella.

Al estar interactuando con la mujer de 90 años, la curandera, nos percatamos que tenía conocimiento de plantas medicinales. Ella refería el cómo y cuándo recolectarlas para tratar y curar enfermedades y afecciones de la población.

Una vez identificada como curandera del pueblo, nos mostró un espacio exclusivo donde tenía todas sus hierbas y preparados (frascos con alcohol y hierbas, bolsas con hierbas y plantas secas) para atender la salud de la gente.

Categorías de análisis

Una vez identificada a la colaboradora como curandera y médico tradicional, decidimos establecer tres categorías de análisis que nos permiten abordar la conceptualización y el conocimiento adquirido para operar como médico tradicional en la comunidad.

1. Diversidad de plantas medicinales:

- Conocimiento de las distintas plantas medicinales que crecen en la región.
- Hábitat de las especies de plantas medicinales.

2. Conocimiento de la curandera sobre las plantas medicinales.

- Saberes adquiridos y desarrollados por la mujer curandera.

- Conocimiento y uso de las plantas medicinales para tratar enfermedades y malestares en la población.
- Tratamiento de padecimientos tratados con plantas medicinales.
- Conocimiento sobre la clasificación de la temporada de recolección de las plantas medicinales.
- Conocimiento de la forma de preparación y aplicación de las plantas medicinales.
- Conocimiento del uso y tratamiento para prevenir las contraindicaciones de las plantas medicinales.

3. Reconocimiento de la población hacia la curandera sobre el uso de plantas medicinales para el tratamiento de afecciones.

- Relación comunidad-médico tradicional.
- Confianza comunidad-médico tradicional.
- Servicios que proporciona.
- Conocimiento de las plantas medicinales por la comunidad.

Estrategia

Trabajamos con una entrevista natural (técnica que permite interactuar en su lengua materna cual si fuera una charla) hacia la médico tradicional, donde identificamos, *in situ*, la interrogante ¿Quién la enseñó a curar o cómo aprendió?

La medico tradicional narró cómo se hizo curandera por medio de una “revelación divina”. La revelación divina, en comunicación personal con la hablante de 90 años, tiene que ver con un sueño profundo que puede durar más de dos días, pero para ella quien fue la que experimentó esto, comenta que fue sólo un momento, pero los hijos que observaron este letargo comentan que estuvo dormida por dos días. En este letargo, ella narra que en su sueño un hombre con una bata color blanco le tomaba sus manos y en ellas le colocaba instrumentos para curar heridas.

La mujer curandera nos mostró y nos dijo el nombre de las plantas medicinales que tenía. Al colindar, la comunidad de Chilchotla con el

estado de Veracruz es fácil adquirir o conseguir aguardiente (alcohol de caña) para elaborar sus preparados en vez de utilizar alcohol. Al saber de dónde proveníamos, la médico tradicional nos pidió llevarle plantas medicinales de nuestra región porque decía que en su región no se daban, no crecían. Lo interesante es que ella nunca salió de su comunidad como para saber que esas plantas, que nos solicitó, crecían en nuestra región. Suponemos que, en algún momento, las conseguía con los vendedores que llegaban a su comunidad. A continuación, abordamos los puntos que hablan sobre la realidad de una mujer hablante de la lengua náwatl y los retos que enfrenta como curandera en su comunidad y otros puntos.

El cuerpo humano

El cuerpo humano es un núcleo, es el centro del cosmos, es un lugar donde se concentran nuestras percepciones, nos permite crear percepciones del mundo que nos rodea, es un generador de pensamiento y lenguaje. El ser humano es, en palabras de López Austin, ‘la parte central y más importante del cosmos’ (1997, p. 9). El cuerpo humano al ser visto como organismo se usa para dar cuenta de los hechos sociales.

Así, la manera en que clasificamos socialmente al cuerpo humano en sexos, grupos sociales, edades, valores morales, control social, llevó a la misma sociedad a controlarla. Por ello hubo esclavitud, ricos y pobres, reglas que dividían y dividen niveles económicos y sociales. Pero ¿Cuál era la percepción del mundo mesoamericano del cuerpo humano? Pregunta compleja, pero permite explorar una idea con la médico tradicional.

Los hechos sociales, políticos y religiosos que experimentaron y siguen experimentando las comunidades indígenas son: esclavitud, explotación, discriminación y otras más han hecho que los pueblos indígenas, y en específico, las personas de estas comunidades encuentren formas de cuidar la salud de la población. Este cuidado hacia la salud de la gente es herencia que prevalece desde sus ancestros y que han conservado de generación a generación, la medicina tradicional.

Medicina tradicional

La medicina tradicional es una alternativa más para el cuidado de la salud. Existen otras alternativas como la homeopatía, la acupuntura, la

terapia con flores, la naturista o herbolaria que las personas han utilizado para curar sus afecciones. Estas alternativas no compaginan con la medicina oficial porque implica hacer gastos elevados, los tratamientos son ineficaces; además ha mostrado un desconocimiento y desconfianza de esta por el trato hacia el paciente. Tal vez sea un argumento poco ético ante la medicina oficial, pero los resultados y la sobrevivencia de las alternativas médicas siguen proliferando por su eficacia.

Para la OMS en las estrategias trazadas para los años 2002-2005, la medicina tradicional es definida como ‘las prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades’ (Fagetti, 2015, p. 148) Es así como la medicina tradicional sigue vigente, pero debe ser considerada con la población urbana, aunque ya lo es para muchas personas en grandes ciudades porque buscan a este tipo de especialistas en la medicina tradicional para hacer una limpia, lectura de cartas, curar el empacho, llamar los pulsos y hasta atender males relacionados con la brujería.

La medicina tradicional debe ser considerada una opción de salud y bienestar hacia la población porque en el médico tradicional se deposita la fe como sanador y adivino, porque el paciente recibe una buena atención, las emociones son parte importante en el proceso de sanación, por estas y muchas otras razones, la medicina tradicional debe ser considerada como una opción más a las formas de atender la salud.

Una manera de extender el uso de esta medicina es instalar centros de atención reconocidos por las leyes de salud. En estos centros debe haber hueseros, parteras, hierberos, y todos aquellos que contribuyan al bienestar de la salud para poner en práctica sus conocimientos. En las zonas rurales se debe implementar una convivencia de atención entre la medicina tradicional y la alópata con el fin de cuidar la salud de las comunidades indígenas, aunque poco se ha avanzado porque en algunas comunidades ya existen módulos de medicina tradicional.

En estos espacios de las comunidades indígenas, la lengua originaria es el vehículo para llevar el proceso de atención hacia la salud. Aunque

en las comunidades hay hombres médicos tradicionales, también hay mujeres. El reto es doble para las mujeres, por un lado, por hablar la lengua originaria y, por el otro, ser mujer.

Ser hablante de náwatl y mujer: el reto ante la vida

En México se cuenta con 69 lenguas nacionales, 68 son lenguas indígenas y el español. Es así como nuestro país se ubica entre las primeras 10 naciones con más lenguas originarias. En América Latina ocupa el segundo lugar después de Brasil. (Secretaría de Cultura del Gobierno de México, 2018).

La lengua originaria con mayor número de hablantes es el náwatl. El *nawatlahtolli* (INALI, 2025) tiene asentamientos históricos en 16 estados de la República Mexicana: Morelos, Puebla, Veracruz, Hidalgo, Guerrero, San Luis Potosí, Nayarit, Durango, Estado de México, Tlaxcala, Oaxaca, Michoacán, Ciudad de México, Colima, Jalisco y Tabasco. En el siguiente mapa, en color morado se resaltan las zonas donde se habla náwatl. (Ver Mapa 1.)

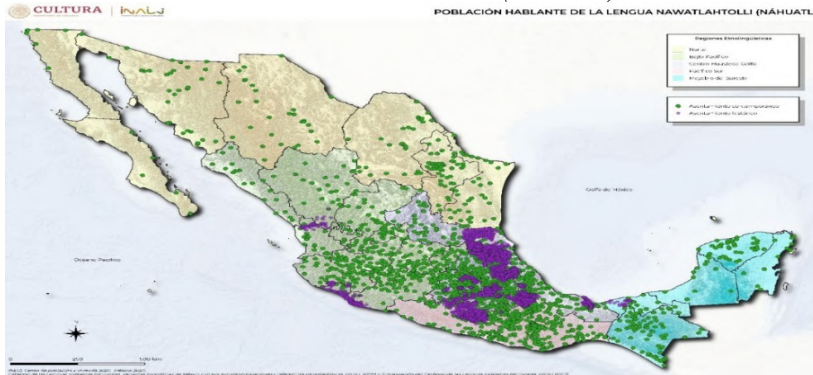
En este año, 2025, considerado ‘Año de la Mujer Indígena’ (INALI, 2025) tiene como prioridad destacar la participación de las mujeres en el proceso de normalización del Sistema de Escritura de las Lenguas Indígenas Nacionales, así como en la conformación de los consejos de Planificación Lingüística Comunitaria.

Para el caso específico del idioma *nawatlahtolli* se reconoce la contribución de las mujeres en el proceso de normalización de su sistema de escritura. Las mujeres de este grupo lingüístico han sido pieza clave en el fortalecimiento y la revitalización de la lengua porque son ellas las que conservan y difunde la lengua. Además, participan como asesoras, traductoras y correctoras de estilo en la Norma de escritura del idioma náhuatl *Nawatlahtolamochtlahkwilolnawatilli*.

De acuerdo con el último Censo de Población y vivienda (INEGI, 2020), la lengua náwatl es hablada por 853, 625 mujeres, representando el 51.67% del total de hablantes de este idioma. También, el Censo muestra datos sobre mujeres bilingües en el idioma *nawatlahtolli* (náhuatl) y español, así como datos de las mujeres monolingües en náhuatl.

Mapa 1.

Localización del idioma nawatlahtolli (náhuatl).



Fuente: INALI 2025

En la actualidad, hablar una lengua originaria y ser mujer son dos realidades que gran parte de la población indígena femenina, en nuestro país, vive. Al respecto de los hablantes de cualquiera de las más de 68 lenguas originarias y 364 variantes (INALI, 2020) que conviven con el español en México. Al respecto, la UNESCO declara que:

Las sociedades multilingües y multiculturales existen gracias a sus lenguas. Es a través de ellas que se transmiten y conservan los conocimientos, las tradiciones, y la identidad tanto de las comunidades como de las personas.

La diversidad lingüística, sin embargo, se ve cada vez más amenazada por la acelerada desaparición de las lenguas. Según la UNESCO, al menos el 40% de las 7000 lenguas que se calcula que se hablan en el mundo están en peligro de extinción cada dos semanas en promedio desaparece una lengua, llevándose así el patrimonio cultural e intelectual de las comunidades. Por eso, la importancia de revitalizar, conservar y promover todas las lenguas.

La educación multilingüe fomenta sociedades inclusivas en las que se garantizan los derechos de todas las personas, y también es un pilar para preservar las lenguas no dominantes, minoritarias e indígenas. (UNESCO, 2024).

De acuerdo con los datos del Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales (INALI, 2025), el nawatlahtolli cuenta con 30 variantes lingüísticas. Filogenéticamente, esta lengua pertenece a la rama yuto-nahua del sur, de la familia lingüística yuto-nahua. De la rama yuto-nahua del sur, se desprenden otras dos ramificaciones, el nahuatlano y el náhuatl nuclear, hasta llegar al nawatlahtolli.

El Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020) reporta que el nawatlahtolli es hablado por un total de 1,651,958 personas en el territorio mexicano. La vitalidad de la lengua y sus distintas variantes es distinta, algunas están en riesgo inmediato y otras no tan inmediato de desaparición. Las recomendaciones y el trabajo que recomienda el INALI es fortalecer, transmitir y revitalizar cada una de las variantes lingüísticas de este idioma.

Conflictos lingüísticos, sociales y políticos en las lenguas originarias.

Las lenguas originarias, en su cotidianidad, enfrentan diversos conflictos que van desde los lingüísticos hasta los sociales y políticos. Los conflictos lingüísticos más perceptibles son la discriminación por no utilizar la lengua ‘estándar’ español en contextos ajenos a los lugares de origen de las personas que hablan una lengua originaria. También existen aquellos que en la lengua mayoritaria hemos establecido con las normas del español; cuando escuchamos el español que hablan las personas de lengua originaria. Juzgamos expresiones como: ‘*no se lo di mi papá*’ en vez de ‘*no se lo di a mi papá*’, o bien, *no quiere llevarlo mis hijos* por ‘*no quiere llevarse a mis hijos*’. Entre los conflictos sociales más perceptibles se encuentran aquellos que al ver que una persona que habla lengua originaria porta una vestimenta sencilla, desde la mirada de una sociedad ‘globalizada’, por mencionar un ejemplo, no se le permite entrar a centros comerciales; y de los conflictos políticos no hablamos.

Pertenecer a una comunidad donde se habla lengua originaria es un reto ante este mundo globalizado y mucho más si se es mujer. En las siguientes líneas describimos cómo ser mujer adulta y hablar náhuatl, a través de la experiencia de vida, la cotidianidad y convivencia con la naturaleza se forja una identidad que permite vivir ante la llamada

globalización. La identidad de una persona está compuesta por los aspectos que la singularizan o que la hacen distinta de otra frente a los demás y, además, es consciente de su singularidad (Villoro, 2006).

Lengua náwatl y mujer.

Nacer y crecer en una comunidad donde se habla náwatl; y ser mujer es una forma cotidiana de vivir entre el dominio ‘aparente’ de los hombres. Las mujeres, lingüísticamente hablando, son las que mantienen el habla más conservadora porque casi no salen de la comunidad, son las que transmiten el conocimiento de la lengua a los hijos porque son las que se encargan de los trabajos en casa y el campo puesto que los hombres salen frecuentemente de la comunidad a buscar trabajo.

La médico tradicional es una mujer originaria de la comunidad de Chilchotla, Puebla. Es una mujer de 32, 850 días de vida que equivalen a 90 años, cuyo aliento en la vida, en palabras propias, es seguir hablando su *palabra*, es decir, su lengua y curar a las personas de la ‘quedada’, huesos y enfermedades como anginas, empacho y dolores diversos. El ser curandera es un oficio que ella aprendió por una revelación en un sueño profundo que le duró dos días y su familia creía que ya había muerto. Es una mujer que tuvo ocho hijos con los cuales mantiene una relación estrecha. También es una mujer que aprendió *castilla* o español a la edad de 18 años cuando su esposo la llevó al corte de café en el estado de Veracruz. Para ir al corte de café tenían que caminar de dos a tres días para llegar a los sembradíos de café, llevando a los hijos pequeños cargados en las espaldas. De aquí en adelante hablaremos de cómo Doña Tere, es una mujer que aprende, conoce y valora, día a día, la naturaleza. En los siguientes apartados describimos las características que componen la identidad de Doña Tere.

Ser hablante de lengua náwatl

La médico tradicional, como hablante de la variante náwatl del oriente de la sierra norte de Puebla y con la edad que cuenta, ha sido una mujer que conserva un repertorio lingüístico significativo en su lengua materna. Es una mujer que enseña a sus hijos y nietos a hablar la lengua, pero ellos sólo le contestan diciendo ‘*hablas feo*’. Ella ha crecido con esta lengua y en ella resignifica su identidad. Es la lengua náwatl el medio por el cual se comunica mejor, el español sólo lo usa con

personas ajenas a la comunidad. Es la lengua, como un elemento de la identidad, el sello duradero que permite, como sostiene Villoro (2006), reconocerla frente a los demás. La médico tradicional sostiene una actitud positiva ante la lengua que habla, pero, a su vez, está consciente de que su lengua ya no se seguirá hablando porque la gente joven tiene que buscar sustento en el mundo globalizado; es decir, gente que se está forjando una identidad ‘civilizada’. Entendida ésta como “un repertorio o estructura de comportamientos, modales, reglas e ideas” (Friedman, 2001, p.131). Sin duda, el factor ‘globalización’ ha llegado a las hebras más fuertes, jóvenes y sensibles de la sociedad porque en ellas se deja ver que si no hablan, al menos, la lengua mayoritaria (español), no tendrán salarios y puestos mejor remunerados. Ante esta realidad, la médico tradicional sólo argumenta, en sus propias palabras ‘*mi palabra quedará olvidado*’. Es triste escuchar estas declaraciones porque son sentimientos que salen del alma de los propios hablantes de lengua náwatl. Las generaciones más jóvenes, entre sus actividades, tienen plantada como meta migrar a Estados Unidos. Muchos jóvenes que han migrado al país vecino han formado familia con personas de ese país y sus hijos ya son bilingües español-inglés o inglés-español, dejando atrás la lengua náwatl. Estos factores socioeconómicos han moldeado la realidad de muchas comunidades indígenas, donde los sentimientos de las personas adultas que conservan su lengua materna se sientan desplazados y discriminados en su propia tierra que los vio nacer.

Los sentimientos

El reconocimiento de una mujer que conoce y ejecuta los conocimientos de medicina tradicional en su comunidad es de una persona, cuyos sentimientos representan el pilar de la familia. Los sentimientos de la médico tradicional fortalecen y reafirman la convivencia de los suyos. Al ser una mujer viuda, se ha convertido en el referente más importante para su familia porque todos acuden a ella para pedir un consejo, para recibir atenciones curativas a sus afecciones y para aprender de sus conocimientos. Los hijos son alimentados por ella, ya que todavía hace sus tortillas, prepara los alimentos para todos los que la visitan, engorda animales para venderlos y poder tener dinero para cualquier emergencia. Al respecto el Instituto Nacional de las Mujeres Adultas (citado en Escobar, 2012, p. 24) reafirma que:

A partir del corte de personas adultas mayores de 60 años, es necesario tener en cuenta las diferencias dentro de este grupo generacional, ya que las personas con una edad de 60 años y sus condiciones de vida difieren de las de una de 80. Entre las primeras se encuentran muchas personas económicamente activas y productivas, no dependientes de cuidados, que dedican tiempo tanto al trabajo remunerado como al no remunerado (cuidado de otras personas y a los quehaceres domésticos al interior del hogar); mientras que conforme aumenta la edad, las probabilidades de deterioro de la salud se incrementan y, por tanto, también el número de personas dependientes de cuidado.

El trabajo de la médico tradicional es importante para sostener el bienestar de su hogar. Hay que comprender que entendemos este bienestar en el sentido de que ella es una persona que, al ser dueña de terrenos y tierras de cultivo y recibir apoyo de programas gubernamentales, tiene una ‘obligación’ con sus familiares de seguir alimentándolos y proveerlos de un hogar. Al parecer, al seguir con vida, los familiares la ven como ‘el jefe de familia’, sin darse cuenta de que es un adulto mayor que tiene que recibir cuidado de sus familiares. Entonces, la percepción que se tiene en esta comunidad es que si un adulto es dueño de terrenos debe seguir sosteniendo el hogar. Es triste ver esta situación, pero parece ser que los adultos mayores, al menos para ella, este hecho es ‘un aliento de vida’. Esto hace que la cosmovisión de una comunidad hacia sus adultos mayores, y más aún, hacia una mujer adulta sea el motivo de guiar un hogar.

La tolerancia

Otra de las cualidades de la médico tradicional es haber desarrollado la tolerancia hacia sus pacientes en las prácticas de sanación. En algún momento fueron llamados ‘curanderos’. Este término se les designó porque empleaban plantas medicinales y no se permitían actos mágicos por ser considerados de idolatría. Se perseguía, se condenaba y se castigaba a todos aquellos que se atrevían a utilizar en sus rituales curativos elementos que no eran propios de la iglesia católica (Faguetti, 2015). En el periodo colonial hubo tolerancia y condescendencia hacia practicas terapéuticas, considerando que provenían de la población indígena ya que la medicina tradicional tiene cimientos en la cosmovisión de los pueblos indígenas porque es ahí donde surgió y se

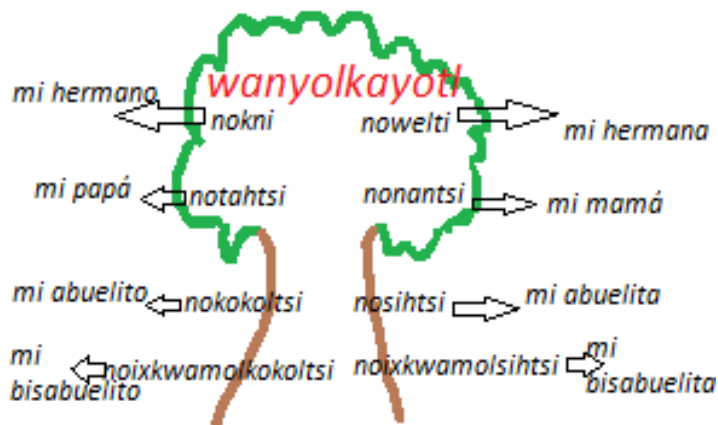
sigue practicando. Aunque la medicina científica ha alcanzado zonas apartadas en el país, no ha podido desplazar a la medicina tradicional y es en este punto donde se puede ver que ambas medicinas se toleran y se apoyan para atender las enfermedades de los habitantes de las comunidades.

La cosmovisión

Con respecto a la cosmovisión sobre un árbol genealógico en la cultura indígena náwatl, los bisabuelos y abuelos son la fortaleza, el sostén y la raíz de los cuales los integrantes de una familia dependen. Los bisabuelos y abuelos representan las raíces y el tronco del árbol; las ramas y el follaje son los padres, hijos, nietos y bisnietos. La metáfora del árbol genealógico alude a que los sentimientos son los genes que llevamos en nuestro ser gracias a nuestros progenitores. Estos genes son transmitidos de generación en generación, entonces, en el mundo náwatl los adultos mayores son la base de la sociedad y por eso son respetados.

Figura 1.

Árbol genealógico en náwatl



La palabra *wanyolkayotl* denota ‘familia’ en náwatl, pero en realidad viene de la palabra ‘raíz del cuerpo’ en su forma abstracta, por ello se traduce al español como falimia.

Este árbol genealógico, en lengua náwatl es concebido desde la cosmovisión de la misma lengua. Es decir, las raíces del árbol las conforman los bisabuelos, el tronco representa a los abuelos y padres, las ramas a los hijos y así, hasta llegar al follaje que son los nietos y bisnietos. Es importante resaltar que en lengua náwatl se usa para incluir al género femenino y masculino, la forma masculina. Es decir, para decir, bisabuelos sería *noixkwamolkokoltsitsiwa*. Hay que considerar que estas características lingüístico-sociales no indican que haya machismo como se pensaría en español. Una de las características tipológicas de la lengua náwatl es que es una lengua que no marca género como lo hace el español y otras lenguas. La forma para diferenciar género lo hace la siguiente manera (ejemplos 1 y 2):

- (1) te-mach-ti-a-ni
 OBJANI-saber-LIG-CAUS-NOM¹
 ‘maestro (Lit: el que hace saber a la gente)
- (2) sowa-te-mach-ti-a-ni
 mujer-OBJANI-saber-LIG-CAUS-NOM²
 ‘maestra (Lit: mujer que hace saber a la gente)’

Para entender que el náwatl no marca género como otras lenguas, es importante señalar que usa el prefijo *sowa* para indicar mujer y, así, diferenciar un hombre de una mujer. Hay palabras que son propiamente masculinas y femeninas, pero eso no implica marcación de género. Como *nokokoltsi* ‘mi abuelito’ y *nosihsti* ‘mi abuelita’, estas palabras no marcan diferencia de género porque no tienen la misma raíz.

El nombre que se designa para referirse a los abuelos y bisabuelos tiene una complejidad lingüística que permite ver cómo en la lengua se transmite esta cosmovisión. Por ejemplo, para decir abuelo y abuela, en lengua náwatl es *nokokoltsi* ‘mi abuelo’ y *nosihsti* ‘mi abuela’. Ambos términos tienen un prefijo posesivo (*no-*) que indica el poseedor de la persona. Esto quiere decir que, en náwatl, siempre los nombres de

¹ Las glosas que usamos en este trabajo son: OBJANI: Objeto Animado, LIG: Ligadura, CAUS: Causativo, NOM: Nominalizador

² Las glosas que usamos en este trabajo son: OBJANI: Objeto Animado, LIG: Ligadura, CAUS: Causativo, NOM: Nominalizador

parentesco deben ser poseídos y no como ocurre en español donde sólo se dice ‘abuelo’ o ‘abuela’. Además, siempre deben tener el sufijo afectivo *-tsi*, para expresar el cariño hacia ellos. Las palabras para designar bisabuelo o bisabuela, en náwatl, se hace con un prefijo posesivo para indicar de quién es el bisabuelo o bisabuela, un prefijo que indica que alguien es más grande de edad y conservan el sufijo afectivo. Así, *noixkwamolkokoltsi* es ‘mi bisabuelo y *noixkwamolsihtsi* es ‘mi bisabuela’. Con esto no pretendemos dar una explicación sobre la composición de nombres en lengua náwatl, sino compartir que en los nombres de parentesco se percibe la cosmovisión de una cultura.

Para poder comprender que una lengua y sus hablantes tienen, comparten y viven una cosmovisión, en la siguiente cita de López Austin, (2012, p. 10) podemos apreciar esto:

Hecho histórico de producción de procesos mentales inmerso en recursos de muy larga duración, cuyo objeto es un conjunto sistémico de coherencia relativa, constituido por una red colectiva de actos mentales, con la que una entidad social, en un momento histórico dado, pretende aprehender el universo en forma holística.

El sentimiento hacia una persona adulta implica resignificarse con su propia identidad. Entendemos por resignificarse al proceso de maduración con uno mismo gracias a la constante relación con los adultos mayores. Los sentimientos de la médico tradicional se solidifican, día a día, en uno que es el amor a la vida y el compromiso que tiene como curandera del pueblo.

El conocimiento adquirido para aliviar los distintos males

Una mujer que conoce ayuda y alivia muchos de los males que aquejan a una comunidad, en cuestión de salud, es reconocida por su gente. El conocimiento que Doña Tere tiene para curar fue adquirido y no nació con él. Ella cuenta que un día parecía que había muerto, pero despertó y comentó que en ese sueño vio a un hombre vestido de blanco y le indicó que tenía que curar y ayudar a la gente. Desde ese momento ella empezó a curar. Aprendió la medicina tradicional por sus antepasados, al ver cómo se curaban. Estamos frente a un conocimiento tradicional, el cual se conoce como práctica médica, cuyos significados se han ido modificando en este mundo globalizado, por eso:

Cuando se habla de medicina tradicional indígena, nos referimos a las prácticas médicas que tuvieron su origen, dentro de las culturas prehispánicas, lo cual no significa que estas prácticas no se hayan modificado desde entonces. Si bien han incorporado elementos conceptuales, médicos, simbólicos y terapéuticos de las medicinas en las diferentes culturas que los han dominado; su medicina conserva muchas de las características de origen, tiene su base en una particular concepción del mundo, la naturaleza, el cuerpo humano de la persona, la salud, enfermedad, la curación o la muerte. (López Hernández, 2016, p. 15-26)

Para que la médico tradicional haga sus ‘preparados’ o ‘tomas’, tiene un conocimiento sobre cuándo debe cortar las plantas medicinales para que tengan mayor eficacia en el tratamiento de las enfermedades. Las ‘tomas’ las prepara con aguardiente que hacen y se consigue en la misma comunidad. Para tener ‘medicina’ como ella lo refiere, debe conseguir unos frascos o recipientes de vidrio grandes para conservar ‘la medicina’ para un año.

La mayoría de los curanderos o médicos tradicionales en las comunidades han aprendido por revelación divina o por predestinación, la cual se liga con la fecha o las condiciones del momento en que nacieron, adquieren una fuerza anímica extraordinaria que usan, o bien, para hacer el mal o, bien, para curar a la gente.

Conocimiento de la naturaleza

Conocer el medio que nos rodea permite tener un mejor manejo de lo que nos provee la naturaleza. La naturaleza nos da todos los elementos necesarios para tener una vida sana y agradable, pero la mala utilización de los recursos naturales ha provocado que vayamos terminando con ella. La médico tradicional ha desarrollado una habilidad sobre el conocimiento de cómo, cuándo y qué tipo de plantas debe cortar para la preparación de las ‘tomas’

Al medio ambiente debemos cuidarlo como si fuera un órgano vital de nuestro cuerpo humano. El medio ambiente es una extensión de nosotros para poder convivir y echar mano de él para curarnos y poder vivir con él. Es así como los pueblos y comunidades donde tienen su propia cosmovisión, donde habitan personas que hablan una lengua

indígena, tienen conocimiento de cómo se deben respetar las plantas y todo aquel ente vivo en su medio. Esto les ha permitido conservar paisajes imponentes de la naturaleza porque conservan su ‘hogar’. Al respecto, queremos expresar que en la cultura náwatl, el hogar es todo el mundo y, como seres humanos, no cuidamos ese hogar donde vivimos. En náwatl no existe una palabra que se parezca al concepto que tenemos de la palabra naturaleza en español. En náwatl, el concepto que se podría denotar este término sería *nemilistli* que significa ‘vida’. Esta palabra cubre toda esa concepción de lo que ‘Dios o un ente supremo’ nos puso en este mundo terrenal. Doña Tere dice recolectar de todas las plantas, por ejemplo, las flores las recolecta el primer domingo del mes de marzo. Según ella, esto permite conservar su pureza y su fuerza para curar los males. Por lo tanto, la conservación de la flora medicinal permite rescatar conocimientos ancestrales, promoviéndola a las nuevas generaciones para que den continuidad y valor a este saber.

Para la OMS (2020), el conocimiento sobre el uso de las plantas en la medicina tradicional es una alternativa para la atención primaria, sobre todo en los países en vías de desarrollo. El conocimiento que ha adquirido la médico tradicional (conocimiento empírico) le permite atender malestares, dolores en cualquier parte del cuerpo.

Salud y enfermedad

La salud, como expresión de algún malestar del cuerpo, representa el equilibrio de un grupo social, el cual es parte integral con el entorno natural. Hablar de salud es hablar de que el cuerpo humano está expuesto a enfermedades que en las comunidades debe atenderse de una manera tradicional o convencional. Es así como la salud se convierte en parte de un espacio físico (universo), de un mundo donde las creencias mantienen un dinamismo en la misma comunidad (imágenes y representaciones) y en conjunto son una tradición. Es decir, es una visión simbólica donde el equilibrio y el bienestar son heredados en una comunidad de manera generacional. Todo esto permite una organización, una unidad estructural y, por qué no decirlo, una unidad espiritual del grupo (identidad). Aparicio Mena (2006, p. 1) sostiene que “salud y enfermedad se refiere a lo físico-biológico y el entorno (lo natural, lo social, lo cultural y elementos interiores de la persona)”.

Lo cultural es heredado socialmente, se une con lo natural a través de la medicina tradicional. La recuperación o sanación de un constituyente energético es la sanación del ‘alma’. El desarrollo de los modos de curar es cultura tradicional de salud, por ejemplo, los tés para curar la diarrea. También, el conjunto de ideas y acciones para salvaguardar la salud e integridad de la comunidad o grupo es cultura tradicional de salud.

La medicina tradicional es concebida por la declaración de Alma-ATA, el Convenio 169 de la Organización internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas, la resolución de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, Ley Marco para América Latina sobre Medicina Tradicional y medicinas complementarias, el Artículo Segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, como parte esencial del manejo de los recursos locales, siendo un patrimonio inmaterial de los pueblos indígenas.

Medicina tradicional

La medicina tradicional indígena está unida a la concepción de nuevos elementos de otras medicinas o técnicas que gradualmente son incorporadas, reinterpretándose y ajustándose a su propia forma de comprender el mundo. Cuando hablamos de tradicional, se nos viene a la mente algo viejo, lo contrario a lo moderno, algunas veces como cosas que sencillamente ya no tienen utilidad, y en el caso de la medicina tradicional indígena no es la excepción. Es por ello por lo que uno de los objetivos es contribuir a un mejor conocimiento y preservación de esta, para lo cual se toman algunas ideas planteadas por autores que sirven para comprender mejor la medicina tradicional.

Definir medicina tradicional indígena es muy difícil, debido a que cambia. De acuerdo con López Hernández y Teodoro Méndez (2006) es un lugar donde uno se encuentra, no todas las culturas ni los grupos sociales manejan los mismos parámetros para determinar cuando una persona está sana o no lo está; además de que en cada lugar existen muchas enfermedades de las denominadas normales y culturales, con sus respectivas especialidades médicas y diferentes recursos terapéuticos, por ello la medicina tradicional indígena debe ser interpretada de acuerdo con la cosmovisión del grupo social.

En relación con las propuestas sobre medicina tradicional se menciona López Hernández y Teodoro Méndez (2006, p. 21):

El término medicina tradicional, el cual apareció principalmente relacionado con la antropología y la sociología, ante la necesidad de denominar al conjunto de conceptos, prácticas y recursos utilizados por la cultura de una comunidad que se encuentra al margen, en interacción o contrapuesto a la medicina universitaria e institucional.

Ordiano (2000, p. 2) considera a la medicina tradicional indígena como “el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos o curanderos de los diversos grupos indígenas de México, y que han sido aprendidos generacionalmente mediante transmisión oral, experiencia divina y vocación”. Sin embargo, con esta propuesta no se debe generalizar sobre todos los grupos indígenas del país, ya que cada uno de ellos tiene sus propios conceptos y formas de entender el proceso salud, enfermedad y muerte.

La medicina tradicional indígena tiene muchos recursos terapéuticos, producto del proceso de aculturación que Aguirre Beltrán define como: “Aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales” (1963, p. 198). Entre los recursos que el médico indígena ha integrado a su práctica médica destacan: el uso de la cruz, en los rezos mencionar a diferentes santos y a Jesucristo, al igual que el uso de velas, refrescos y en algunos casos medicinas de patente; lo mismo se hace con diferentes plantas que son usadas por sus eficaces recursos terapéuticos.

Aguirre (citado por Ordiano, 2000, p. 22) también menciona que:

En la debida correspondencia con el nivel de integración social, el hombre mezclado, al sufrir el impacto de shock 21, la cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena cultural, se situó a medio camino de las culturas en conflicto. Escogió, en lo que a medicina concierne, conceptos operativos de la medicina española áulica y popular, de la medicina nativa y de la africana y, con esos elementos,

construyó el sistema coherente de ideas y prácticas curativas, preventivas y destructivas que hemos llamado medicina mestiza. La medicina mestiza se enriqueció al correr de la colonia con las nuevas y constantes aportaciones indígenas, africana y españolas.

En lo que a herbolaria se refiere se introdujo una rica colección de plantas europeas que fueron totalmente asimiladas por la cultura indígena y que, con el transcurrir del tiempo, se llegarían a considerar típicas de la herbolaria mexicana, como la manzanilla, el tomillo, la albahaca, el llantén, la hierbabuena, el comino, el perejil, el ajo, la ruda, en otros Estas, aunque fueron aportaciones españolas llegaron a ser muy apreciadas por los indígenas por su uso terapéutico.

A pesar de que los españoles conocieron de la gran eficacia de la medicina indígena, ésta fue menospreciada y tachada de brujería, pero no se pudo impedir la fusión de conocimientos. Los pueblos indígenas desde la época colonial, hasta nuestros días han sido marginados, olvidados y hasta los han tratado de exterminar.

Desde hace mucho tiempo se creía que los pueblos indígenas se extinguirían o que serían absorbidos por el resto de la población; es decir, entrarían al proceso de modernización y globalización; pero esto no ha pasado, siguen ahí en sus zonas, algunas veces llamadas de refugio (sierras de México) y en el caso de los indígenas Tzotziles y Tzeltales, aún conservan sus costumbres religiosas, sus formas de gobernarse, sus prácticas tradicionales curativas, la mayoría de ellas de origen prehispánico, lo que conforma su cultura y cosmovisión.

En el caso particular de la medicina tradicional, ésta aún conserva sus características prehispánicas en lo que se refiere a las causas de las enfermedades y en los procesos o rituales curativos, pero también, no hay que dejar de lado que esta medicina tradicional se ha nutrido de los conocimientos traídos por los conquistadores y de la cultura africana, es decir, la práctica de la medicina tradicional entre los indígenas tiene un marcado sincretismo entre la medicina colonial, la negra, la prehispánica y la contemporánea.

López Hernández y Teodoro Méndez (2006) habla de que su uso y práctica entre esta población no excluye la asistencia, cuando los hay, a

los centros de salud donde se utiliza la medicina moderna, e incluso se asiste sólo para curar cierto tipo de enfermedades, principalmente las enfermedades que ellos creen que son de un origen natural y que no tiene una relación directa con la pérdida del alma o chu'lel.

El conocimiento empírico de los médicos tradicionales ha permitido experimentar la sanación en sus pacientes. El pensamiento simbólico que tienen los médicos tradicionales les permite actuar en otro nivel de conciencia para atender algún padecimiento espiritual, psíquico y emocional. ¿Qué sucede cuando un individuo es afectado de todo su ser? La medicina tradicional atiende al cuerpo humano como materia pesada y la materia ligera se refiere a las entidades anímicas. López Austin (1984) hizo una clara diferencia entre el espíritu y la materia, entre cuerpo y alma. Todo esto conlleva una actitud mágico-religiosa donde las creencias, los mitos y los ritos que involucran en su hacer le permiten a la población creer en su efectividad.

Medicina tradicional en otros grupos indígenas

Las prácticas y conocimientos tradicionales sobre medicina también han sido documentados y son los recursos con los que cuentan la mayoría de los indígenas Tzotziles y Tzeltales, los cuales son utilizados como la primera y en muchas ocasiones como la única opción para atender los problemas de enfermedad y poder restablecer la salud. Estos trabajos nos permiten dar cuenta de las distintas formas de tratar enfermedades en grupos donde las lenguas son distintas al español. En relación con el objetivo planteado en nuestra investigación podemos decir que la medicina tradicional indígena como la Tzotzil y Tzeltal es fundamentalmente un sistema de origen prehispánico que tiene como eje rector su cosmovisión y que descansa sobre bases mágicas y religiosas. Su conocimiento tiene raíces profundas sobre la salud y la enfermedad; es decir, se fundamenta en las formas que estas etnias han explicado al mundo su cosmovisión.

También podemos concluir que las causas por las que se pierde la salud y se cae en enfermedad son, principalmente, porque la persona transgrede las reglas sociales impuestas por los dioses, ancestros, la naturaleza y la comunidad en general. Si la salud es un estado de equilibrio interno entre el cuerpo, la mente y el espíritu, que depende del estado de armonía, externa con los demás seres humanos, la

naturaleza y el mundo en general, la enfermedad es la consecuencia de la ruptura de ese estado de equilibrio que es provocada, tanto a nivel interno como externo, por diversos elementos entre los que se destacan los fríos y calientes, que pueden tener su origen en el cuerpo, la mente o el espíritu. En este sentido, la salud es el resultado de vivir en armonía de acuerdo con las leyes de la naturaleza y de la sociedad, y la enfermedad es la consecuencia de la ruptura del equilibrio, resultado de la transgresión de esas leyes, lo cual rompe el estado de armonía con los dioses, la naturaleza, su comunidad, su familia y su propio organismo.

Las prácticas terapéuticas mágico-religiosas tienen como objetivo la recuperación de la estabilidad física y moral del paciente con los dioses, ancestros, la naturaleza, la comunidad, su familia. Lo anterior se logra a través de la intermediación de los médicos tradicionales ya que estos personajes se comunican con el otro mundo; es decir, es un intermediador entre el mundo sobrenatural y del hombre común. Las principales enfermedades que atacan a los indígenas son de dos tipos: las llamadas naturales y llamadas sobrenaturales. Las primeras no causan gran malestar y se curan pronto, pero las sobrenaturales son muy graves y pueden causar hasta la muerte (pérdidas del alma *chu'lel* o la quedada, cuando el alma se queda en el lugar que fue del agrado de la persona); estas enfermedades pueden ser causadas por envidias de otras personas con brujería. También se concluye que el descubrimiento de la vocación e iniciación del médico indígena, así como su entrenamiento o proceso de aprendizaje, están determinados por patrones culturales, regionales o étnicos.

En el caso de la médico tradicional náwatl, Doña Tere tiene aptitudes especiales para la percepción de las enfermedades, tanto naturales como sobrenaturales y se piensa que tales virtudes provienen de su vinculación con seres sobrenaturales (Dioses). Además, se cree que los médicos tradicionales reciben diversas señales, sueños que los animan a dedicarse a las prácticas médicas; muchas veces las señales van acompañadas de experiencias que involucran la adquisición de conocimientos médicos. En estos sueños aprenden a curar, el tipo de plantas que tienen que utilizar, el número de velas, cómo rezar, etcétera. Las plantas son usadas en las curaciones porque los médicos tradicionales creen que poseen sustancias mágicas que devuelven la

salud. Esta aseveración no se cumple, porque los médicos más bien creen que los dioses o ancestros les dicen en sus sueños qué plantas utilizar de acuerdo con la naturaleza de la enfermedad, si ésta es fría o caliente y, en ningún momento mencionan que tienen sustancias mágicas, más bien dicen que los dioses son los que interceden para que esta planta cure al enfermo.

La recuperación de la salud

Recuperar la salud en los individuos requiere del uso de rituales donde su función primordial es restablecer la comunicación y recuperar las relaciones del paciente. Las relaciones del paciente son aquellas que refieren al entorno social que implica la familia, la comunidad en general y los seres que ya no están en el plano terrenal: los que cuidan la naturaleza, los dioses en los que se cree y los muertos.

La persona enferma es el centro del acto ritual, cuyo cometido es obtener su recuperación. Es la persona enferma quien experimenta el significado de los rezos, las ofrendas (velas, flores, hierbas). El médico tradicional es quien se ocupa de dar a conocer lo que no se sabe, gracias al don o revelación divina que ha adquirido. Con esta capacidad y conocimiento le permite tener una lectura de en un huevo, en los sueños, en el agua, lo que los demás no ven. El hecho más frecuente es la lectura del huevo donde se puede encontrar los padecimientos que aquejan a la persona enferma, sino también dar a conocer de dónde viene el padecimiento. El diagnóstico obtenido no es sólo obtener una radiografía, sino también permiten al paciente conocer hechos del pasado que lo han llevado a un padecimiento.

El médico tradicional es un especialista porque, además de ayudar a sanar, aconseja, sabe confortar, funge como guía, da confianza y sabe reconciliar. Estas características le permiten al paciente a no tomar decisiones sin antes reflexionar. Durante la sesión de sanación, el o la médico tradicional transmite energía de sanación al enfermo y lo protege de malas energías. El médico tradicional es el vínculo entre el bien y el mal. La confianza que el enfermo deposita al médico tradicional para ser sanado.

Conclusiones

Por último, parece que a la medicina tradicional se le quiere arrinconar a la simple posición de reliquia cultural, menospreciando sus recursos

terapéuticos y humanos que hoy todavía, a pesar de los obstáculos, tienen amplia vigencia. No se toma en cuenta que la medicina tradicional indígena ha sido el recurso con el que han contado los pueblos indígenas, desde hace cientos de años para resolver sus problemas de salud y forma parte importante de su cultura y cosmovisión y que ha logrado sobrevivir a los ataques de que ha sido objeto desde el periodo Colonial hasta el México actual.

Para finalizar, consideramos que la cosmovisión, el conocimiento adquirido sobre el uso y tratamiento con las plantas medicinales, ser mujer en un mundo globalizado y ejercer un oficio que ayuda a mantener la salud en armonía en una comunidad es complejo, pero se debe voltear para reforzar estas prácticas, que muchos consideran no aptas o beneficiosas para la salud. Además, estas formas de curar y mantener la salud, a lo largo de nuestra existencia como humanidad, han estado presentes para curar diversas afecciones para mantener la salud y el equilibrio en nuestro cuerpo.

Referencias

- Aguirre Beltrán, G. (1963) Medicina y Magia. El Proceso de Aculturación en la Estructura Colonial. *Anales De Antropología*, 1(1).
- Aparicio Mena, A. J. (2006) El temazcal en la cultura tradicional de salud y en la etnomedicina mesoamericana. *Gazeta de antropología*, 22 (16).
- Escobar de Pabón, S. (2012). *Los adultos mayores en el mundo del trabajo urbano*. Impreso en Bolivia.
- Fagetti, A. (2015). *Fundamentos de la medicina tradicional mexicana*.
- Friedman, Jonathan. (2001). *Identidad cultural y proceso global*. Amorrortu. Argentina.
- INALI. (2020). Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. <https://inali.gob.mx/detalle/lengua-nawatlahtolli-nahuatl>
- INEGI. (2020). Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- López Austin, A. (1993) *La Cosmovisión Mesoamericana*. En *Temas Mesoamericanos*, Enrique Nalda (Coord.) INAH (1997)
- López Austin, A. (1996, primera reimpresión). *Cuerpo Humano e Ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. UNAM. IIA.
- López Austin, A. (2012). *Cosmovisión y Pensamiento Indígena*. UNAM. IIS.

- López Hernández, J. R. y Teodoro Méndez, J. M. (2006). La cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhai*, 2 (1), 15-26.
- Ordiano, H.E. (2000). Estudio simbólico de los espacios sagrados. ENAH. Organización Mundial de la Salud. (3 de abril de 2020). *Temas de Salud*. <https://www.who.int/health-topics>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (5 de marzo de 2024). *Educación multilingüe, la apuesta para preservar las lenguas indígenas y la justicia*. <https://www.unesco.org/es/articulos/educacion-multilingue-la-apuesta-para-preservar-las-lenguas-indigenas-y-la-justicia-5-marzo-2024>
- Secretaría de Cultura del Gobierno de México. (22 de octubre de 2025). *¿Sabías que en México hay 68 lenguas indígenas, además del español?* <https://www.gob.mx/cultura/articulos/lenguas-indigenas?idiom=esM#:~:text=%C2%BFSab%C3%ADas%20que%20en%20M%C3%A9xico%20hay,lenguas%20ind%C3%ADgenas%2C%20adem%C3%A1s%20del%20espa%C3%B1ol?>
- Villoro, L. 2006. *Estado plural, pluralidad de cultural*. Paidós/UNAM. México.

Prevención de riesgos y atención en salud: desafíos para Trabajo Social. Se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 18 de diciembre de 2025. La edición electrónica será publicada en la página web de la Académica Nacional de Investigación en Trabajo Social;
www.acanits.org

Este libro es una reflexión para analizar los diversos desafíos que enfrenta el profesional del Trabajo Social en la prevención de riesgos y la atención en la salud ante las dinámicas sociales actuales y los cambios en los sistemas de salud. Abordar los riesgos de la salud desde la disciplina implica centrarse en diversos factores sociales, culturales, políticos, económicos que impactan en los procesos de salud-enfermedad de diversos grupos en situación de vulnerabilidad social: los infantes, los jóvenes, adultos, adultos mayores y mujeres visibilizando las determinantes sociales de la salud que generan desigualdades sociales y demanda dar respuestas desde la investigación e intervención de Trabajo Social. Asimismo, implica analizar los propios riesgos que el trabajador social enfrenta en su quehacer profesional de índole psicosociales, de seguridad física y ético-emocionales.

Por otra parte, el libro invita a recuperar estrategias y acciones desde la prevención de la salud mediante la promoción de buenas prácticas y estilos de vida saludable que propicien el bienestar integral de las personas lo cual también lleva implícito revisar los marcos teóricos metodológicos de la actuación profesional en el campo de la salud desde el trabajo interdisciplinario.

Por tales razones, los invitamos a sumergirse en la lectura de esta obra y descubrir por sí mismos los conocimientos y los aprendizajes que encierra. Deseamos que este libro les deje momentos de reflexión y de disfrute.

Prevención de **RIESGOS**
y atención en **SALUD:**
Desafíos para Trabajo Social