



La **Problemática**
de los grupos vulnerables
Visiones de
la **realidad** Tomo IV



COORDINADORES
Jesús Acévedo Alemán
Ma. de los Angeles Trujillo Pérez
María de la Luz López Saucedo

Problemática de los grupos vulnerables: visiones de la
realidad

TOMO IV

Jesús Acevedo Alemán
Ma. de los Ángeles Trujillo Pérez
María de la Luz López Saucedo

COORDINADORES

Primera edición: 2013

©Jesús Acevedo Alemán
©Ma. de los Ángeles Trujillo Pérez
©María de la Luz López Saucedo

©Universidad Autónoma de Coahuila
©Coordinación de Estudios de Posgrado e Investigación CGEPI
©Cuerpo Académico de Estudios sobre Grupos Vulnerables

ISBN: en trámite

Contenido

Prólogo	
<i>Eli evangelistas</i>	6
La familia ante la enfermedad de Alzheimer: un estudio de casos	
<i>Aída Imelda Valero Chávez y Norma Cruz Maldonado</i>	11
La mujer diabética y el apoyo familiar	
<i>Petra Lucía Melacio Briones, Ma. de los Ángeles Trujillo Pérez y María de la Luz López Saucedo</i>	28
Discriminación laboral en el adulto mayor	
<i>Juan Martín Durón Domínguez, Natalia Hernández Aguirre y María Magdalena Delabra Salinas</i>	49
Actitud ante la muerte en el adulto mayor, en un Centro Diurno de Saltillo, Coahuila.	
<i>Karen Yazmín Villasana López, Mario Alberto Cerda Esquivel y Martha Alicia Magallanes Monrreal</i>	59
Funcionalidad e independencia en el adulto mayor	
<i>Gabriela Moreno Mendoza y María de los Ángeles Villarreal Reyna</i>	71
Calidad de vida de los adultos mayores con diabetes en Saltillo, Coahuila	
<i>Fidel Espinosa Ordoñez y Ma. de los Ángeles Trujillo Pérez</i>	77
Vivencias de esposas de adultos mayores en convivencia con el consumidor de alcohol	
<i>Araceli Vázquez Acevedo, Viviana Guadalupe Lucio Contreras y Ana Laura Carrillo Cervantes</i>	103
Apoyo social y depresión en adultos mayores que asisten a un centro de recreación en Saltillo, Coahuila	
<i>Wendy Juana María García Meza, Tannia Rocío Rosales González y Daniel Sifuentes Leura</i>	111

Deserción escolar en cuatro minorías de Chihuahua: un tipo de Aislamiento Social <i>Alberto Ochoa-Zezzatti, Nemesio Castillo, Emmanuel García y Kyara Vallessacchi</i>	121
Desafíos que deben enfrentar las políticas públicas y sociales en la actualidad <i>Ma. Socorro Espinosa Munguía y Angélica Isabel Sandoval Muñoz</i>	133
Vulnerabilidad ante cambio climático. Contaminación ambiental y su impacto en el canal de la cortadura de Tampico <i>María Eugenia Molar Orozco</i>	142
El Síndrome de Alienación Parental (SAP) presente en familias que no han pasado por un divorcio <i>Alejandra Navarro González y Jesús Acevedo Alemán</i>	163
Perfil criminológico en los jóvenes delincuentes en Coahuila. La incidencia delictiva: causas y consecuencias <i>Norma Karina Mendoza Ávila, Karla Verónica Garza López y María Cristina Rodríguez Covarrubias</i>	190
La cultura de la violencia. Notas para la construcción de sociedades libres de violencia <i>Jesús Acevedo Alemán</i>	202
Los coordinadores	212

Prólogo

Eli Evangelista

La familia ante la enfermedad de Alzheimer: un estudio de casos

Aída Imelda Valero Chávez¹
Norma Cruz Maldonado

Resumen

La salud es uno de los principales retos del envejecimiento demográfico, de las enfermedades neurológicas más comunes en este sector se encuentran las demencias como lo es la de tipo Alzheimer que por sus características clínicas su impacto en la familia es innegable. Ante esta situación se realizó un estudio de corte cualitativo, en el que se estudiaron 13 familias de pacientes con diagnóstico de Alzheimer, atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”. Se realizaron visitas domiciliarias y se entrevistó a la mayor cantidad de integrantes de la familia del paciente, utilizando una guía de entrevista. Se encontró que esta enfermedad es devastadora no sólo para los pacientes, sino también para la familia; esta situación genera que se modifique la estructura, dinámica y ciclo vital de la familia, además las personas que atienden al enfermo experimentan un sufrimiento y estrés constante conforme progresa la enfermedad.

Palabras clave: Demencia, Familia, Trabajo Social, Alzheimer

Introducción

En la actualidad hablar de salud es hablar de un estado de *completo* bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades. En tal sentido se debe mencionar que la medicina hoy en día, ha avanzado a pasos agigantados para combatir las enfermedades. Sin embargo aún se siguen planteando una serie de retos que están lejos de haber sido resueltos, tan es así que pese al aumento de la esperanza de vida, se ha incrementado también la presencia de enfermedades dependientes de la edad, particularmente las que afectan al cerebro como los accidentes vasculares cerebrales y las demencias, es decir, “afecciones cerebrales progresivas y degenerativas que afectan la memoria, el pensamiento y la conducta” (Kantor, 2006).

Dentro de las demencias se encuentra al Alzheimer, el cual es “un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores tales como la memoria, el lenguaje y otras habilidades cognitivas” (Secretaría Desarrollo Social, 1999) y pese a que comúnmente es considerada como una demencia senil, puede presentarse a partir de los 30 y hasta los 65 años.

En la actualidad se están realizando diversas investigaciones que pretenden mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares, así como también se están diseñando protocolos de actuación que se plantean con el objetivo de descubrir los diversos tipos de trastornos con los cuales en determinado momento cualquier sujeto se puede enfrentar.

¹ Profesor Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM

Si bien es cierto, el progresivo envejecimiento de la población permite disfrutar durante más tiempo de la compañía de los familiares, también es cierto que se desarrollan enfermedades relacionadas no siempre con la edad, por eso se hacen más difíciles sus efectos.

Por esta razón surge la pregunta ¿Se está preparado para aceptar que hay enfermedades que actualmente no tienen un tratamiento capaz de curarla o prevenirla?, ¿Está nuestra sociedad preparada para afrontar estos retos? Es verdad que con la vejez el hombre se vuelve frágil y vulnerable porque está expuesto a cambios relacionados por factores hereditarios, físicos, psicológicos y del medio ambiente, sin embargo esto no es determinante a la generación de trastornos o demencias.

El término *demencia* “se utiliza para designar un conjunto de síntomas originados por diferentes enfermedades. Implica un deterioro global de las funciones mentales y su rasgo característico es la pérdida de memoria reciente” (Feria, 1998). De manera general se puede hablar de dos tipos de demencia: Demencia senil, la cual se relaciona con una serie de signos y síntomas que presentan personas mayores de 65 años, de ahí el término de senil. Demencia presenil, este tipo de demencia presenta los mismos síntomas pero a una edad de entre los 30 a hasta los 65 años.

En el pasado esta enfermedad era considerada como una forma de demencia senil y era relacionada con factores de tipo vascular, no obstante en la actualidad diversos estudios han demostrado que puede llegar a presentarse en personas de hasta 30 años de edad. Actualmente “existen aproximadamente 60 enfermedades que producen demencia; entre el 50 y 60% de todas se deben a la Enfermedad de Alzheimer”.

El Alzheimer es una demencia que tiene a su vez dos subtipos: De Inicio Temprano: se presenta en personas con una edad que oscila entre los 30 y hasta los 65 años se presenta en una etapa productiva y de pleno desarrollo del sujeto, presenta consecuencias que impactan de manera contundente dentro de la dinámica de su familia, he ahí la importancia de llevar a cabo un estudio que permita conocer hasta qué grado la presencia de la enfermedad tiene implicaciones a nivel familiar y social, debido a que por los cuidados que implica, la familia se ve sometida a una fuerte presión que muchas veces repercute en su desintegración.

De Inicio Tardío: el cual se presenta en personas mayores de 65 años. Pese a la edad de aparición de este tipo de demencia, no existe una diferenciación entre una y otra ya que la sintomatología y el deterioro cognitivo que presentan los enfermos son los mismas. Ambos tipos son trascendentales ya tienen implicaciones en la salud y en la familia.

Así pues, la presente investigación tiene el objetivo² de identificar las características de la dinámica familiar en los casos de pacientes con la enfermedad de

² A pesar que la investigación no puede proporcionar respuestas finales a las cuestiones con que se encuentra comprometida, existe un constante esfuerzo para conseguir procedimientos que aumenten la probable exactitud de dichas respuestas, porque como trabajadores sociales no sólo podemos aportar descubrimientos técnicos o metodológicos, sino también humanísticos, mismos que pueden determinar las circunstancias, características y razones que las provocan para sugerir posibles soluciones al problema con base a los resultados de dicha investigación.

Alzheimer atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.

Envejecimiento demográfico en México

El envejecimiento de la población es un fenómeno global, producto de las transformaciones científicas y tecnológicas que han impactado en la disminución de la mortalidad, el descenso de los niveles de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida; ello ha generado que la estructura de la población se modifique, aumentando gradualmente la cantidad relativa de personas adultas mayores y disminuyendo la población infantil.

La República Mexicana se compone de 103, 263, 388 habitantes, de los cuales el 51% son mujeres y el 49% hombres; se caracteriza por su población predominantemente joven, prevalece aquella que cuenta entre 0 y 14 años representando cerca del 30.6% respecto al total del país, mientras que el 26.3% corresponde a la de 15 a 29 años, por lo que ambos constituyen aproximadamente el 56.9% de la población total del país. (INEGI, 2005: 26)

En los últimos años la población de más de 60 años ha aumentado en números absolutos, entre 1940 y 2000 se registró un incremento de esta población de 710%; en el año 2004 había aproximadamente un total de 8, 001, 833 personas mayores de 60 años; para el año 2050 se prevé que habrá 32.4 millones de personas de 60 años o más, por lo que su crecimiento ascenderá a más de 5400% en comparación con los que había en 1940 (Zúñiga, 2004).

Se estima que en nuestro país viven aproximadamente 8.5 millones de personas mayores de 60 años, es decir, por cada 28 personas de la tercera edad hay 100 menores de 15 años; en menos de treinta años habrá la misma cantidad de niños y de adultos mayores; mientras que para el 2050 se tendrán 165 ancianos por cada 100 niños (CONAPO, 2006). El Estado de México (891,609), Distrito Federal (859,438), y Veracruz (674,560) concentran la mayor proporción de adultos mayores en el país (INEGI, 2005: 30).

La población de más de 60 años en el Distrito Federal (D.F.) asciende a 859,438 habitantes; convirtiéndose en la segunda entidad con más personas adultas mayores del territorio nacional; su población muestra una mayor tendencia al envejecimiento, situación que tiene sus causas en el alto crecimiento demográfico, ya sea de manera natural o social, la reducción de su tasa de fecundidad. Sumado a los mayores niveles de vida que se ven reflejados en una mayor esperanza de vida con respecto al resto de las entidades del país han contribuido en ello, en el año 2000 la tasa de fecundidad era de 1.8 hijos por mujer, la tasa de natalidad se ubicaba en 16.5 niños nacidos vivos y la de mortalidad en 4.3 por cada mil habitantes. La esperanza de vida para esta entidad es de 78 años, mientras que en ámbito nacional es de 76 años (INEGI, 2000: 20).

No obstante, dicho envejecimiento no se presenta de manera homogénea en esta entidad, ya que existen diferencias significativas entre cada una de las delegaciones que integran al Distrito Federal. De esta manera, demarcaciones como Gustavo A. Madero,

Iztapalapa y Cuauhtémoc concentran el mayor porcentaje de personas adultas mayores; otras como Milpa Alta, Cuajimalpa y Tlahuac tienen el menor número de éstas.

Es importante destacar que las delegaciones que cuentan con mayor porcentaje de población mayor de 60 años se caracterizan por tener los niveles más altos de pobreza y ser las más pobladas. En cuanto al estado civil, el 49.2% viven con su pareja; 31.6% ha enviudado, 7.8% no se casó o vivió en pareja, enseguida se sitúan las que se separaron pero que legalmente no deshicieron el lazo matrimonial con un 4.9%; 3.7% viven en unión libre y 2.4% disolvió legalmente su vínculo matrimonial.

Con relación a su situación laboral, sólo el 27% pertenece a la Población Económicamente Activa (PEA), el otro 73% pertenece a la Población Económicamente Inactiva (PEI), aproximadamente el 28% de los adultos mayores del Distrito Federal son jubilados o pensionados. De estos el 90% recibe un ingreso correspondiente a un salario mínimo mensual con el que tienen que sobrevivir, un gran porcentaje de estos tiene como único ingreso económico el apoyo familiar o son beneficiarios de algún programa de asistencia social; que no les permite hacer frente a sus necesidades básicas. En materia educativa, las personas de 60 años y más, casi en su totalidad saben cuándo menos leer y escribir; apenas un 11% no sabe leer ni escribir; en las mujeres se continúa presentando mayor porcentaje de analfabetismo.

Los adultos mayores presentan diferentes cambios físicos que van deteriorando su estado corporal, provocando la manifestación de diferentes enfermedades, entre los cambios más frecuentes se encuentran: la disminución de la fuerza, la piel comienza a arrugarse, el cabello va perdiendo color, su estatura disminuye, la vista y el oído pierden agudeza y sus dientes comienzan a caerse; estos cambios físicos, son denominados universales, es decir, todas las personas conforme van envejeciendo los van presentando, pero en algunas personas se presentan antes que en otras; la explicación a esto está en función de muchos factores, por ejemplo: las condiciones de vida a las que se enfrentan, al medio ambiente en el cual se desenvuelven o las experiencias que han tenido a lo largo de su vida.

Con respecto a lo anterior cabe señalar que en el Distrito Federal los adultos mayores en general envejecen más rápido que en muchos estados de la República, ya que la vida de las personas en esta ciudad es más acelerada, por lo que tienden a presentar estrés con mayor facilidad, además los altos niveles de contaminación repercute en la salud de sus habitantes.

La salud es uno de los principales retos del envejecimiento demográfico, ya que los padecimientos comunes de esta población son crónico-degenerativos, tanto físicos como mentales, esta tendencia generará que los costos de la atención a la salud de los adultos mayores se incrementen, debido a que éstas son de larga duración, las terapias y medicamentos son costosos asociados a períodos de hospitalización prolongados.

Las cinco principales causas de muerte de las personas de la tercera edad en el año 2000 fueron las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas y la diabetes mellitus. De las enfermedades neurológicas, el padecimiento más común en los ancianos son las demencias, éstas afectan entre un 5% y 10% de la población mayor de 65 años, y de un 20% a 30% de las personas mayores de 85 años alrededor del mundo, caracterizadas por enfermedades en las que dejan de funcionar zonas del cerebro, se

produce deterioro en las funciones mentales y pérdida de la funcionalidad y autonomía. Hoy en día las demencias constituyen un importante problema de salud, no sólo por su elevada incidencia en la población de mayor edad, sino por el gran impacto familiar que ocasionan.

La demencia es un síndrome que produce discapacidad y termina en la muerte, con frecuencia se acompaña de síntomas emocionales y comportamientos como depresión, agitación, vagabundeo, agresión, etc. Las necesidades de cuidado y supervisión presentadas por el paciente a medida que avanza la enfermedad exige reajuste del grupo familiar para satisfacer dichos requerimientos; exigiendo casi siempre, una mayor responsabilidad para aquella persona más próxima al enfermo (cuidador primario).

La enfermedad de Alzheimer

La demencia es un “síndrome adquirido, caracterizado por una declinación progresiva del funcionamiento cerebral; manifestado por deterioro intelectual, alteraciones de la conducta y del humor, así como cambios en la personalidad. Dichas alteraciones deben ser suficientes para interferir con la funcionalidad de quien las sufre. También puede acompañarse de otras manifestaciones neuropsiquiátricas tales como la sintomatología psicótica motora” (Sosa, 2005: 287).

La enfermedad de Alzheimer, es la causa más frecuente de demencia en los ancianos, se estima que su prevaencia es de entre el 50 al 70%; ésta se caracteriza por ser un trastorno grave, degenerativo, producido por la pérdida gradual de neuronas cerebrales, cuya causa no es del todo conocida. La enfermedad afecta a las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona de controlar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar; este padecimiento es motivo de una gran preocupación mundial pues representa una de las principales causas de deterioro mental y mortalidad en la población de edad avanzada. Ésta al igual que las enfermedades crónico-degenerativas del sistema nervioso aumenta debido al incremento en la esperanza de vida de la población, pues en la actualidad la esperanza de vida en nuestro país es 74.6 años (Tabla 1 y 2) (Ramos, 2007).

Tabla 1. Señales tempranas de la Enfermedad de Alzheimer

MEMORIA Y CONCENTRACIÓN	ESTADO DE ÁNIMO Y COMPORTAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Lapsos menores y periódicos de la memoria u olvido de parte de una experiencia. • Lapsos ocasionales de la atención o lapsos de la atención y la concentración. • Extravío de objetos importantes. • Confusión acerca de cómo cumplir tareas sencillas. • Dificultad con problemas aritméticos sencillos. • Dificultad para tomar decisiones corrientes. • Confusión acerca del mes o la estación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza temporal o ansiedad con base a una causa apropiada y específica. • Intereses cambiantes. • Comportamiento cada vez más cauteloso. • Cambios impredecibles del estado de ánimo. • Pérdida creciente de los intereses externos. • Depresión, ira o confusión en proceso de cambio. • Negación de los síntomas.

Fuente: The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, Nov/Dec 1989.
Tomado de: <http://geosalud.com/alzheimer/alzheimer2.htm>

Tabla 2. Señales posteriores de la Enfermedad de Alzheimer

IDIOMA Y HABLA	MOVIMIENTO/ COORDINACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Aptitudes no deterioradas del idioma. • Dificultad para completar oraciones o encontrar las palabras adecuadas. • Reducción en la conversación y / o conversación irrelevante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en la precaución motriz. • Mayor lentitud para reaccionar. • Deterioro visible del movimiento o la coordinación, incluyendo lentitud en los movimientos, paso vacilante y una reducción en el sentido del equilibrio.

Fuente: The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, Nov/Dec 1989.
 Tomado de: <http://geosalud.com/alzheimer/alzheimer2.htm>

La prevalencia real de la enfermedad de Alzheimer es desconocida, se estima que afecta a más de 25 millones de personas en todo el mundo, en el caso de México “la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad, de 5 a 10% entre los 60 y 65 años, y de 40 a 45% entre 85 y 90 años” (S.S.A., 2006). En el Distrito Federal hay alrededor de 41 mil personas con este padecimiento, estimaciones que aumentarán proporcionalmente con el incremento de la población adulta mayor.

La enfermedad de Alzheimer es un padecimiento neurodegenerativo progresivo que se caracteriza por una serie de rasgos clínicos y patológicos con una variabilidad relativa, en la que se presentan alteraciones cognitivas (progresivas de la memoria y de capacidades intelectivas en general) y funcionales (pérdida progresiva de autonomía personal); ya que ataca aquellas partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. El proceso de la enfermedad es gradual, hasta ahora, la causa de la enfermedad es desconocida y no tiene cura (Peña, 1999: 15).

No se sabe que es lo que causa exactamente la enfermedad de Alzheimer, el envejecimiento del cerebro no se produce igual en todos los enfermos. Hay factores genéticos, ambientales y sociales que parecen influir en el desarrollo de demencia, pero no actúan por igual en todas las personas. Los dos factores de riesgo más importantes son la edad y los antecedentes familiares, aunque se ha encontrado que están asociados la exposición laboral a pesticidas, fertilizantes y disolvente, así como factores de riesgo vascular (hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, fibrilación auricular). Las demencias, implican un notable cambio en la dinámica familiar, apareciendo en la familia de los afectados, la necesidad de reajuste psicológico y relacional que equilibren las nuevas demandas con las capacidades de la propia familia. La enfermedad de Alzheimer es particularmente devastadora, ya que la familia del paciente por lo general deberá resistir dos pérdidas diferentes: la desaparición de la personalidad que ellos conocen y finalmente la muerte de la persona.

Pocas enfermedades afectan tanto a un paciente y a su familia, por un período de tiempo tan largo, los estudios están encontrando que los miembros de la familia que reciben orientación y apoyo pueden mantener al paciente en el hogar por mucho más tiempo que los prestadores de asistencia que no reciben este apoyo. Además de la carga emocional, la asistencia profesional de un paciente en una institución geriátrica con programas especiales para el tratamiento del Alzheimer puede ser muy costosa.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son todos aquellos elementos que incrementan las posibilidades de que una enfermedad o un evento se presente, de tal forma que dentro de la enfermedad de Alzheimer podemos considerar como factores de riesgo (Alzheimer, 2000).

1. *Historia Familiar y Factores Genéticos*: No es común que la demencia ocurra en personas menores de 60 años, y en caso de ser así, se puede llegar a pensar claramente que se trata de una enfermedad hereditaria (Alzheimer Familiar).
2. *Edad*: La demencia puede ocurrir a cualquier edad pero no es común que se presente antes de los 60 años ya que se vuelve más común al aumentar la edad, y ocurre en aproximadamente el 1% de las personas entre los 65-69 años, y en un 24% en los que tienen 85 años o más.
3. *Sexo*: La mayoría de las investigaciones no muestran diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia total. Sin embargo, algunos estudios muestran que las mujeres tienen una mayor posibilidad de padecer Alzheimer con respecto a los hombres, teniendo en cuenta que las mujeres viven más tiempo.
4. *Educación*: Muchos estudios muestran que el Alzheimer es menos común en personas con mayor nivel educativo, sin embargo, los investigadores aún no están del todo seguros sobre los motivos de esto. Por ejemplo, se desconoce si es la educación la que importa o si hay otros factores relacionados a la misma, como pueden ser la inteligencia natural o los ingresos de la familia.
5. *Apoplejía y Enfermedad Vascolar*: La demencia se desarrolla en aproximadamente un tercio de las personas que sobreviven los tres meses posteriores a un accidente cerebrovascular.

La diferencia entre el Alzheimer y la demencia vascular es poco clara, dado que muchas personas que desarrollan demencia después de un accidente cardiovascular parecen desarrollar Alzheimer. De igual forma las personas que padecen enfermedades que afectan la circulación (presión alta, diabetes y enfermedades coronarias) tienen un riesgo superior al normal de desarrollar la enfermedad.

6. *Daños a la cabeza*: Algunos estudios determinaron que existían daños a la cabeza, entre dos y tres veces más de lo esperado, en personas con Alzheimer.
7. *Medicación Anti Inflamatoria y Terapia Hormonal de Reemplazo (THR)*: Varios estudios han sugerido que las personas que toman medicamentos anti inflamatorios, para tratar alguna dolencia, como por ejemplo la artritis, corren menor riesgo de desarrollar Alzheimer. Además, algunos estudios han sugerido que las mujeres que reciben una terapia de reemplazo hormonal, después de la menopausia, tienen menos probabilidades de desarrollar Alzheimer. Estos medicamentos posiblemente inhiban el progreso de los procesos de Alzheimer, pero también pueden llegar a actuar en la reducción del riesgo de un mayor daño vascular para el cerebro.

A pesar de haberse logrado un sustancial progreso en la identificación de los posibles factores de riesgo en la demencia, queda aún un largo camino por recorrer. Muchos de los factores mencionados anteriormente siguen siendo objeto de investigación.

Factores de protección

Los factores de protección “son aquellas variables que tienen asociación inversa con la presencia o desarrollo de la demencia, Alzheimer o deterioro cognitivo. Los siguientes factores han sido referidos en diferentes estudios como de protección” (Arango, 2003):

1. *Estimulación Ambiental, Socialización*: “El Dr. Shaie al estudiar a un grupo de personas entre los 20 y 95 años, descubrió que la declinación intelectual varía ampliamente dependiendo de que las personas mantengan su mente activa o permitan que la inactividad y la falta de estimulación conviertan sus mentes en poco menos que inservibles. Estos hallazgos sugieren que el entrenamiento mental ayuda de tres maneras: aumentan la capacidad intelectual, mantienen el funcionamiento mental y puede revertir los trastornos en la memoria y la pérdida de otras funciones del cerebro” (Poletti, 2001).

De igual manera, en otro de sus estudios, Shaie encontró que las actitudes flexibles, un estilo de vida comprometido y la ausencia de disolución familiar son importantes para mantener la capacidad cognitiva.

2. *Educación. Reserva Cognitiva Cerebral*: Este concepto hace referencia a la influencia que ejercen experiencias tales como los años de escolaridad y el tipo de ocupación en el desempeño de un individuo. Así, los sujetos con mayor reserva procesarían las tareas de una manera más eficaz que aquellos con una reserva menor. Esto llevó a la suposición de que la escolaridad o factores equivalentes proveerían al individuo de una cierta capacidad de reserva cognitiva que amortiguaría los efectos perjudiciales de ciertas enfermedades o disfunciones cerebrales.
3. *Testosterona*: La testosterona en concentraciones fisiológicas en cultivos de neuronas humanas inducidas a la apoptosis determina neuroprotección a través de un receptor androgénico. Estos datos sugerirían la posibilidad de que los andrógenos tuvieran valor terapéutico contra Alzheimer en varones.

Factores pronósticos

“La supervivencia general de los pacientes con Alzheimer tiene un promedio de 10.3 años, pero el rango va desde los pocos meses hasta 21 años. Cuando se mide el nivel de progresión, es necesario tomar en consideración un número de variables que incluyen factores epidemiológicos como la edad, y la educación, y los clínicos, como los trastornos conductuales y del lenguaje” (Arango, 2003).

Factores Epidemiológicos

- a. *Edad y Edad de Comienzo*: El inicio temprano de los síntomas ha sido correlacionado por algunos autores con una progresión más rápida y una más corta supervivencia.
- b. *Sexo*: No se encontraron diferencias en cuanto al sexo, salvo que el índice de mujeres que la padecen es mayor que el índice de los hombres debido a que la mujer vive más tiempo.
- c. *Educación*: Se encontró que los sujetos con mayor grado de escolaridad evolucionaban más rápido una vez que comenzaban las manifestaciones clínicas del Alzheimer.

Factores Clínicos

- a. *Severidad Inicial de la Demencia*: está relacionada con la supervivencia; a mayor compromiso cognitivo y funcional inicial, más rápida es la evolución
- b. *Deterioro Verbal*: los pacientes con compromiso verbal severo en estadios iniciales tendrían peor pronóstico y más rápida evolución, lo cual sugiere que la función del lenguaje es una buena medida de evolución de la enfermedad.

- c. *Conductas Agresivas*: la presencia de agresividad y otros cambios conductuales precoces predicen una evolución más rápida.

La enfermedad de Alzheimer como un problema social:

- La discapacidad puede ser extremadamente grave.
- Afecta no sólo el enfermo, sino también a las personas responsables de su cuidado y su familia, por el deterioro crónico del enfermo
- Ya existe un número muy elevado de personas afectadas, la enfermedad de Alzheimer afectará a muchas más en el futuro.
- No se han asignado todavía los recursos necesarios suficientes para atender las actuales necesidades de los pacientes con demencia y sus familiares.
- Es la novena causa de años de vida saludable perdidos (AVISA) en mujeres. (SSA, 2005: 34).

Metodología

Se desarrolló una investigación descriptiva, observacional, transversal, de corte cualitativo; en la que se estudiaron trece familias de pacientes con diagnóstico clínico de Alzheimer, atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”. Se aplicó una guía de entrevista a través de la visita domiciliaria a la mayor cantidad de integrantes de familia de los adultos mayores, principalmente al cuidador primario.

Se utilizaron las técnicas de visita domiciliaria y estudio de caso para conocer la propia vivencia y experiencia del paciente y su familia, así como de su cuidador primario, sus situaciones, sentimientos, evolución de la enfermedad, sus percepciones y sus comportamientos. El lenguaje fungió como eje ya que a partir de éste se recuperaron los elementos de importancia que tanto el paciente como el familiar describieron o refirieron, a fin de recuperar la subjetividad de los participantes expresada en lenguaje, comportamiento y actitudes.

La entrevista estuvo dirigida a todos los familiares de la persona diagnosticada con demencia, para conocer cómo se organiza la familia para brindar los cuidados necesarios así como identificar cuáles son los problemas de mayor magnitud para los familiares del paciente con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer.

El registro de la información hizo énfasis en dos categorías principalmente: El enfermo (inicio de la enfermedad, sintomatología del padecimiento, deterioro cognitivo y funcional) y la familia (dinámica y estructura familiar, tipología familiar, cuidador primario, redes de apoyo, roles, comunicación, toma de decisiones, relación familia-paciente, límites, afecto y economía familiar).

Resultados

El enfermo

El 81.8% de los enfermos eran mujeres, su edad osciló entre los 40 y 87 años de edad, la media se ubicó en 71.4 años de edad; el 50% tiene estudios de primaria completa; en relación a su condición civil, el 50% son casados, el 25% es viudo y el 25% soltero. Los factores de riesgo asociados a la enfermedad del Alzheimer son variables, entre estas se encuentran: factores genéticos, infarto cerebral y daños en la cabeza; en la historia clínica de los pacientes se encontró que el 50% había sufrido algún golpe o lesión en la cabeza de *consideración*, 10% tenía problemas con la glándula tiroidea, y el 75% acostumbraban tomar bebidas alcohólicas.

“La primera vez que me accidenté fue cuando yo iba en un microbús no recuerdo de donde venía pero iba muy rápido y de repente se fue a estrellar contra otro y me fui de frente, los vidrios se me enterraron en la cabeza y...me acuerdo que cuando me llevaron al hospital sólo los doctores me preguntaban que si me había dado cuenta de que si el micro venía echando carreritas pero pues yo no vi nada” [...] la otra ocasión de mi accidente fue una vez que salía a comprar tortillas y ya cuando me iba a atravesar la avenida no me fijé bien y pues me pase y un carro me aventó... y recuerdo que sólo la señora que me atropelló me decía hay señora me asustó mucho, y eso mismo pasó en mis demás accidentes creo que fueron dos más en donde me golpeé la cabeza” (Caso 13).

“La madre nos contaba que cuando tenía 15 años se cayó de un caballo y que de ahí le vinieron muchos problemas...que cuando se cayó se pegó en la cabeza y que de ahí ya no se le quitaron los dolores de cabeza... hasta se fracturó de su cadera y tuvieron que operarla...” (Caso 4).

La demencia de tipo Alzheimer, tiene su origen en la afectación de la corteza cerebral, por lo que las funciones más afectadas son: lenguaje, memoria, habilidades de reconocimiento y juicio (Sosa, 2005: 289) Así tenemos que los primeros síntomas que presentaron los pacientes al inicio de la enfermedad fue confusión sobre el día, hora o lugar en que se encontraban así como problemas para recordar y cambios en el estado de ánimo (llanto y tristeza). De los cambios presentados por los pacientes, sus familiares comentan:

“[...] luego ya no sabe para qué son las cosas, pues fijese que la otra vez se llegó a poner aromatizante en gel en las piernas porque dice que era su crema que siempre se pone, por eso tengo que estar quitándole todo ese tipo de cosas que están a su alcance para que ya no las agarre” (Caso 8).

“Seguido me pregunta que dónde están sus canarios, lo hace como 15 veces al día pero pues para no desesperarme ya no le contesto” (Caso 11).

Las conductas más representativas que los pacientes presentan como parte del desarrollo de la enfermedad son desconfianza hacia las personas que los rodean, además llegan a presentar alucinaciones visuales y auditivas.

“No, pues seguido está como confundida, y antes seguido estaba irritada hasta nos llegaba a acusar porque pensaba que nosotras le escondíamos las cosas a propósito para que no las encontrara... a veces también nos decía que veía y escuchaba cosas que nadie de nosotros veía” (Caso 1).

Organización de la familia ante la enfermedad del Alzheimer

La familia representa el núcleo básico de la sociedad donde el individuo nace y se desarrolla, donde encuentra afectos y un soporte tanto emocional como económico; por ser un grupo social se encuentra entrelazada por roles y posiciones que demarcan el

comportamiento del individuo, “así cada miembro de la familia ejerce diferentes roles o papeles que van cambiando de acuerdo a su ciclo de vida” (Minuchin, 1984: 93) Al respecto, 10 de las 13 familias por su estructura eran extensas, el número de sus integrantes osciló entre 5 y 12 personas; cabe señalar que el dueño de la vivienda es el paciente o su cónyuge, las familias están conformadas por dos generaciones (padres e hijos); situación que responde a la falta de recursos económicos para pagar la renta de una vivienda, aunque ello les permite colaborar en el cuidado del adulto mayor.

En relación al cuidado y apoyo hacia el enfermo con Alzheimer, en el 50% de las familias existe apoyo de varios integrantes de la familia para ello, sin embargo, en el resto existe cierto rechazo a éste por su diagnóstico médico. También se identificó que en el 50% de las familias el principal conflicto presente es la falta de recursos económicos para el tratamiento del paciente.

Por el deterioro cognitivo que el paciente va presentando como parte del desarrollo de la enfermedad, requiere de atención y cuidados especiales, de esta manera, el rol, la estructura y dinámica familiar se ven sometidos a modificaciones como respuesta a las necesidades emergentes que el padecimiento va generando.

Asimismo, el ciclo vital de la familia, como el propuesto por Inda (1987); se ve modificado, la formación de familias extensas en estos casos obedece a dos razones primordialmente: la falta de oportunidades para independizarse de la familia de origen, principalmente por el costo y acceso a la vivienda; y otra razón es la enfermedad de alguno de los padres, como en este caso el Alzheimer.

En las familias, el rol de jefatura del hogar es asumido principalmente por las hijas de los pacientes, quienes además se encargan del funcionamiento del hogar (cocinar, aseo) y del cuidado de sus hijos o hermanos. Por esta multiplicidad de actividades, los cuidadores primarios sufren de una carga y estrés constante, lo que repercute en su salud y la modificación de su plan de vida:

“Si, a veces no sé qué hacer... tengo que cuidar a mi mamá y también cuidar a mis hijos porque están chiquitos todavía;... y luego, pues mi mamá a veces no se comporta cuando vienen a verla y me da pena... y a veces pues no puedo evitar molestarme cuando estoy con ella porque ya depende mucho, mucho de mi... a veces me siento estresada por eso...” (Caso 1).

Con el avance de la enfermedad los pacientes se ven limitados a realizar las actividades que con anterioridad hacían por lo que en el 75% de los casos necesitan ayuda para realizar cualquier actividad, ya que requieren de supervisión constante para trasladarse de un lugar a otro, vestirse o cuidar su arreglo personal, bañarse, comer, etcétera.

“Nos ayuda y hace lo que puede pero también no podemos pedirle mucho porque ya por su edad hay cosas que no puede hacer, pero a su manera las hace y nosotras la dejamos para que se sienta útil” (Caso 4).

Con respecto a la percepción que tienen los cuidadores sobre los cuidados que se les brindan a los pacientes puede señalarse que el 75% no considera que sea una excesiva carga, aunque el 50% señala que en ocasiones se sienten avergonzados por el comportamiento de sus pacientes y a la vez se sienten divididos entre el cuidado de su paciente y el resto de sus obligaciones, sin embargo, señalan podrían hacer más por su

paciente. Tal es el grado de agobio, que en algunos casos los cuidadores dejaron su trabajo para hacerse cargo de los cuidados del paciente.

“Yo antes trabajaba en las casas haciendo el quehacer, pero cuando Mario se enfermó, tuve que dejar de trabajar... yo lo cuido todo el día... nos bañamos juntos y luego lo cambio y lo preparo para que esté listo, le doy su comida y estamos juntos todo el día... si siguiera trabajando, ¿Quién me lo vería?” (Caso 2).

En cuanto a las repercusiones que han tenido en su salud, se encuentra la presencia de dolores de cabeza, insomnio, nerviosismo, tensión, preocupación, enfermedades digestivas y sentimientos de soledad.

“Hoy ya no nos invitan como antes a las fiestas, por la misma enfermedad de Mario... a veces me siento sola y me gustaría tener alguien con quien pudiera platicar o salir a algún lado, es que Mario ya no puede... a veces viene una vecina a platicar con nosotros, se queda a comer y hasta a cenar, con ella estamos todas las tardes” (Caso 2).

El rol de cuidador primario se asume independientemente de la edad que se presente, en uno de los casos se detectó que la cuidadora es la hija menor de la paciente, cuya edad es de 8 años, quien se convierte no solo en la cuidadora sino además en la compañera de juegos de su madre.

“En una ocasión mi esposa quien sabe que le dijo a mi niña que ella se salió... ya se iba de la casa, así, con lo que llevaba puesto... si no es por una de sus primas que me llama a mi trabajo quién sabe qué hubiera pasado” (Caso 2).

Por otra parte, las cuidadoras primarias manifestaron su temor e incertidumbre por el futuro que el enfermo tenga, no sólo por el desarrollo de la enfermedad sino que también por lo que sucedería si ellas llegaran a enfermar o fallecer:

“El miedo que me da a mí, es que yo enferme porque padezco de presión alta, y me preocupa quien cuide a Mario pues conmigo se siente a gusto, me tiene confianza y solo yo le entiendo que me quiere decir” (Caso 2).

“Qué van a hacer cuando me enferme o no esté aquí” (Caso 8).

Experimentan preocupación y miedo a quedarse solos, ya que refieren que no sabrían que hacer en caso de que su paciente empeorara o bien se sentirían desprotegidos en caso de no contar con un apoyo moral, en el cuidado y compañía. Sin embargo, es necesario destacar la red de apoyo que las mujeres de la familia tejen, no sólo las une el parentesco consanguíneo, sino también el parentesco afectivo por ser su suegro, ello permite que en la familia el cuidado del enfermo recaiga en varias mujeres:

“Todos los que vivimos aquí ayudamos a mi suegra en lo que podemos, ahora sí que quien se encuentre disponible en ese momento para hacerle un favor o para acompañarla a tal lado lo hace, la verdad es que no tenemos ningún problema en echarle la mano en lo que se vaya ofreciendo” (Caso 7).

“... la verdad yo estoy muy agradecida con mi cuñada porque cuida muy bien de mi mamá, a comparación de mis hermanos que son unos buenos para nada que lo único que hacen es gastarse el dinero de mis papá y a ellos no les dan nada... y pues en lo que puedo le ayudo a ella cuando vengo de visita porque pues yo vivo más lejos” (Caso 10).

Una de las causas de conflicto familiar es la enfermedad de alguno de sus integrantes, en las familias estudiadas, se ha presentado esta situación; siendo una constante la falta de interés por la enfermedad de alguno de los padres.

“Todas mis hermanas apoyan a mi mamá menos una, ella ya se desafanó, ya ni pregunta por mi mamá... siempre nos dice que ella tiene que cuidar a sus hijos y a su esposo y que por eso no tiene tiempo de ver a mi mamá y pues si nos da coraje porque también es su hija, pero ya no le decimos nada para no pelear...” (Caso 1).

Se observa también que en los casos donde existe una mejor relación familiar y preocupación por la salud del paciente se debe al agradecimiento que sienten hacia ellos, al referir:

“Cuando fueron jóvenes nos apoyaron y ayudaron ahora nos toca a nosotros apoyarlos en lo que necesitan” (Caso 4).

En cuanto a la comunicación se detectó una mala comunicación que trae consigo distanciamiento o fractura, es decir, sólo tienen una comunicación funcional, dada por el simple hecho de convivir en el mismo espacio, y aunque existe un grado de respeto, la comunicación está condicionada a la satisfacción de una necesidad (elaboración de alimentos, aseo del hogar, cuidado de los integrantes de la familia).

“A veces mi hermana pregunta por la salud de mi mamá, pero solamente si me la encuentro en la calle porque aquí a la casa no viene a verla” (Caso 1).

La enfermedad genera problemas económicos, lo que representa una fuente de conflicto entre las familias, ya que los integrantes de la familia se sienten impotentes por no poder cubrir los gastos que se generan por la enfermedad, además de sus necesidades básicas provocando que en ocasiones se abandone el tratamiento del paciente.

“Mis hijos me ayudan en lo que pueden porque ganan poco dinero y aunque no me alcanza yo no les pido y yo tengo que estirar el gasto” (Caso 2).

Las diferencias de género no dejan de estar presentes al interior de la familia, se encontró que los miembros de la familia del sexo masculino, sólo cumplen con el rol de proveedores económicos del hogar, no brindan apoyo emocional ni tampoco participan en el cuidado de la paciente, provocando situaciones de incomprensión y violencia hacia el paciente y su cuidadora primaria:

“Luego nada más me andan diciendo que soy una pendeja...” (Caso 6).

“... mi hijo nada más estudia, en las mañanas me hecha la mano en la papelería y en las tardes se va a la escuela... él no cuida a mi esposa, la que la cuida es mi hija y cuando ella está en la escuela, a veces la ve mi mamá” (Caso 9).

El conocimiento de la familia en relación al padecimiento

Las familias no tienen conocimiento sobre el padecimiento, la sintomatología y el deterioro que presentará el enfermo con el tiempo; incluso algunos consideran la posibilidad de “curación” de su familiar con el tiempo. Los médicos que han atendido a los pacientes no han respondido claramente a los cuestionamientos de los familiares;

sólo les dicen que su caso no es nada alentador, pero no les informan por qué. Por otra parte, ningún integrante de la familia ha tomado la iniciativa para informarse, por el contrario también consideran que la sintomatología es propia de la edad.

“La verdad es que ni lo había escuchado [la enfermedad de Alzheimer], yo sabía que en los viejitos es normal que se le olviden las cosas pero no sé a qué se deba... pero oiga ¿tiene una cura esto? ¿y es verdad que puede llegar a tener alucinaciones? Porque me han dicho que tenga cuidado porque puede llegar a ver cosas que no existen...” (Caso 11).

Entre los participantes se identificó el desconocimiento sobre el padecimiento, sólo lo que algunos programas televisivos han promovido:

“Yo un día vi en Televisa, no recuerdo en qué programa que una persona tenía esa enfermedad y se le olvidaba todo, pero pues realmente no sé si Alfredo tenga eso” (Caso 7)

La preocupación generalizada de los participantes fue el conocer las causas de la enfermedad de Alzheimer, principalmente si ésta era de origen genético:

“Oiga señorita ¿y yo por ser su hija puedo heredar eso que tiene mi papá?” (Caso 12).

En lo referente a los problemas que tienen que enfrentar como parte de los cuidados al enfermo se encuentran:

- No saber que actividades pueden desarrollar durante el día;
- Mantenerlos ocupados durante el día;
- Bañarlos;
- Mantenerlos dormidos, durante la noche;
- Incontinencia (uso del pañal).

Conclusiones

La importancia de estudiar la postura de los integrantes de la familia ante la enfermedad del Alzheimer, permite conocer y comprender la dinámica familiar que se genera en torno al enfermo es de suma importancia por las implicaciones sociales y económicas; principalmente pensando en que esta será una de las enfermedades que en los próximos años aumentarán significativamente.

Esta enfermedad es devastadora no sólo para los pacientes, sino también para la familia y aquellas personas que atienden al enfermo, ya que éstas experimentan un sufrimiento y estrés constantes conforme progresa la enfermedad; ésta provoca una modificación en la dinámica familiar en torno al rol, el afecto, la comunicación, y la toma de decisiones que desempeñan los integrantes de la familia, así:

- La presencia del Alzheimer provoca una modificación grave del ciclo vital de la familia, alterando fundamentalmente el desarrollo de los integrantes conforme la edad de los hijos.
- Se aprecia la enorme carga que tienen las mujeres por hacerse cargo del cuidado del paciente y de los propios quehaceres domésticos que serían atribuibles a la madre o padre (pacientes) si estuviera en buen estado de salud.

- Se presenta en estas familias, el hecho de que la mujer es asignada como cuidador primario y el hombre como el principal proveedor económico. Los hijos asumen el lugar de padres ya que se encargan del cuidado y de la satisfacción de necesidades del paciente.
- Se presentan sentimientos de desprotección e impotencia, derivados del desconocimiento de los cambios que originados en el paciente en torno a la enfermedad.
- Los cuidadores tienden a reprimir sentimientos como pena, dolor, soledad, temor y depresión, así mismo manifiestan que el comportamiento del paciente frente a familiares o amigos les resulta vergonzoso.
- Existe una inseguridad permanente al pensar en el futuro no sólo del paciente sino también de sí mismo ya que consideran que si en determinado momento enfermaran, no hay otra persona que los cuide, o bien, si al avanzar más la enfermedad, ellas estarán en las mismas condiciones para cuidarlos.
- Una de las ventajas es la unión de la mayoría de los integrantes de la familia nuclear, la comunicación es indispensable para afrontar ciertas debilidades al interior de la familia, así como para tomar decisiones en un caso emergente.
- Por otro lado, se detectó que las cuidadoras primarias están interesadas en tener información de la enfermedad ya que ignoran sus efectos, consecuencias y el deterioro cognitivo y funcional que estos pueden presentar.
- Todos los cuidadores presentan cierto grado de depresión porque manifiestan que es difícil ver así a su paciente y el saber que ya no mejorará los hace comprender que ya no pueden estar solos y que también ellos necesitan ayuda.

Ante la situación que se presenta en las familias de los enfermos de Alzheimer, existe la necesidad de desarrollar programas de atención integral para las familias, ya que la red de apoyo del paciente es la familia; esta última junto con el cuidador primario deben ser atendidos y tomados en cuenta en términos de apoyo emocional, información e inclusión en el proceso de adaptación a la enfermedad, su participación dentro del cuidado debe ser orientada, para de esta forma canalizar los esfuerzos e incrementar los beneficios que percibe el paciente, y disminuir así el impacto de la enfermedad.

Así los proyectos dirigidos a familiares de pacientes diagnosticados con demencia deben contemplar en un primer momento, cubrir la necesidad de informar a los familiares sobre la naturaleza y las secuelas de la enfermedad, los fármacos empleados con más frecuencia, la posible aparición de complicaciones médicas, la importancia del diagnóstico médico, entre otros. Además de buscar promover un ajuste a la nueva situación proporcionando el apoyo emocional necesario para los sentimientos de culpa, desesperanza, etcétera, también se debe asesorar a la familiar para el manejo de los problemas más frecuentes con respecto al cuidado del paciente.

Ello permitirá apoyar a las familias a reajustar sus expectativas, a darse cuenta de sus propias necesidades y responsabilidades, así como de sus fuerzas y sus

debilidades y ofrecer consejos para el manejo de los problemas conductuales que presenta el paciente, orientándola hacia su fortalecimiento como red de apoyo (paso primordial en el proceso de asimilación de la enfermedad y de cuidados del paciente).

Referencias

- Alzheimer's Disease Internacional (2000). *Factores de Riesgo en la Demencia*. Hoja informativa No. 9.
- Arango Lasprilla D., Juan Carlos Fernández Guinea & Sara Ardila Alfredo (2003). *Las Demencias, Aspectos Clínicos, Neuropsicológicos y Tratamiento*. Editorial El Manual Moderno. Volumen II. México.
- Centro Nacional de Documentación del DIF (2005). *Diagnóstico de la Familia Mexicana. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias en México. ENDIFAM*. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México.
- Feria Ochoa Marcela I. (1998). *Alzheimer. Una experiencia humana*. Editorial JUS. SA de CV. México.
- Gamboa Mora Nuria & Cordero U. Allen (s/f). *Las Redes de Ayuda Mutua: Mecanismos de Sobrevivencia*.
- Guilló Martínez Paz (2002). *Comprender el Alzheimer. Cuidadores*. Editorial Generalitat Valenciana en coordinación con la Dirección General para la Salud Pública. Valencia.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000), Perfil sociodemográfico del Distrito Federal. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). XII Censo General de Población y Vivienda. México: INEGI
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). II Conteo de Población y Vivienda. México: INEGI.
- Kantor Daniel (2006). *Enfermedad de Alzheimer*. Enciclopedia médica. Mayo 16 de 2006. Para mayor referencia consulte la página web: <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00760.htm>
- Kantor Daniel (2006). *Enfermedad de Alzheimer*. Enciclopedia médica. Mayo 16 de 2006. Para mayor referencia consulte la página web: <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00760.htm>
- Marlani Luis (2009). *Clasificación de los Trastornos Mentales acorde a los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Demencias*. Eufemia.com. Revista Electrónica de Salud Mental. <http://www.eutimia.com/cie10/>
- Martínez Rodríguez Teresa & Antonio Vírveda Heras José (1999). *La problemática de la familia del enfermo con demencia*. Atención psicológica a la familia con Alzheimer. 2ª Conferencia Nacional sobre Alzheimer. Bilbao, 31 de julio de 1999. Página web: <http://www.infodoctor.org/alzheimer/conferencias/problematika.htm> Para mayor referencia consulté: (<http://medicina.udea.edu.co/Publicaciones/iatreia/Vol16%20No2%20-Jun2003/Art.7.pdf>)
- Peña Casanova Jordi (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: Conceptos y hechos*. España: Fundación La Caixa.
- Poletti Enrique (2001). *El cerebro se adapta a las necesidades... si las tiene*. Publicado en La Tercera no es la Vencida. Portal de la Tercera Edad. Fecha de publicación diciembre 30 de 2001. Página web: <http://www.portaltercera.com.ar/sections.php?op=viewarticle&artid=23>

- Ramos Pérez Jorge (2007). *Aumenta 7.6 años esperanza de vida en México*. México: El universal <<http://www.eluniversal.com.mx/notas/458667.html>> [6 de mayo de 2007]
- Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal. Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. (AMAES) (1999). *La Enfermedad de Alzheimer. Recomendaciones para un cuidado de calidad. Manual de Atención*. Edita la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social del GDF. México
- Secretaría de Salud (2006). “Aumento de Enfermedades Neurológicas en Adultos Mayores”. Comunicado No. 539. México: SSA.<http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2006-09-22_2492.html> [22 de Septiembre de 2006]
- Secretaría de Salud (2007), Programa Nacional de Salud 2007-2012. México: SSA
- Secretaría de Salud (2006). *Aumento de Enfermedades Neurológicas en Adultos Mayores*. Comunicado no. 539. Septiembre 22 de 2006. Referencia web: http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2006-09-22_2492.html
- Segalen Martine (2005). *Antropología Histórica de la Familia*. México. Abril 2005 para Mayor Referencia Consulte: <http://Www.Monografias.Com/Trabajos/Antrofamilia/Antrofamilia.Shtml>
- Sosa Ortiz Ana Luisa, Becerra Pino Margarita, Orozco García Benilde, García Ramírez Nayeli & Ugalde Hernández Oscar (2005). “*Las demencias*” en *Manual de Trastornos Mentales*. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana
- The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, Nov/Dec (1989). Tomado de: <http://geosalud.com/alzheimer/alzheimer2.htm>
- Todo sobre el Alzheimer. Referencia página web: <http://www.neuropharma.es/media/monograficos/alzheimer/espanol/index.html>
- Velásquez-Pérez Leora, Alondo-Vilatela Ma. Elisa, Rodríguez-Aguedelo Yaneth, Guerrero-Camacho Jorge, Yescas-Gómez Petra & Martínez-Martínez José (2001). *Evaluación del Deterioro Cognoscitivo y Demencias en la población atendida en el INNNMVS*. Archivos de Neurociencias. Volumen 6. Suplemento
- Zenteno Galindo Arturo Edgar. Departamento de Bioquímica. Programa de Apoyo y Fomento a la Investigación Estudiantil. Facultad de Medicina de la UNAM.
- Zúñiga Elena, Vega Daniel (2004), *Envejecimiento de la población en México: reto del siglo XXI*. México: Secretaria de Gobernación, Consejo Nacional de Población

La mujer diabética y el apoyo familiar

*Petra Lucía Melacio Briones³
Ma. de los Ángeles Trujillo Pérez⁴
María de la Luz López Saucedo⁵*

Resumen

La diabetes mellitus es una de las principales causas de muerte en el país, y es en el sexo femenino donde más se presenta. De ahí la importancia de conocer cómo se vive está enfermedad en la mujer diabética de la ciudad de Saltillo. El artículo presenta los resultados de la investigación realizada a 169 mujeres diabéticas que acuden al programa de Diabetimss en la Unidad de Medicina Familiar #82 y a la Unidad de Medicina Familiar y Atención Ambulatoria #89. Cabe destacar que todas las participantes viven en el sector oriente de la ciudad de Saltillo, Coahuila, en donde las condiciones socioeconómicas son muy variadas, ya que algunas colonias cuentan con todos los servicios básicos y a otras les falta uno u otro.

Antecedentes

La Diabetes Mellitus⁶ es la principal enfermedad en la población de México, la Secretaria de Salud (2000) manifiesta que es un problema de salud pública prioritaria en México debido a la tendencia creciente y su relación con la obesidad. Su efecto se magnifica al afectar con mayor frecuencia a grupos de población cuyos factores sociales o económicos limitan su acceso al tratamiento. Coahuila, es uno de los estados de la República Mexicana en donde se presentan el mayor número de casos de muerte por diabetes mellitus y por enfermedades del corazón, tanto en hombres como en mujeres. Según datos de la Secretaria de Salud de Coahuila, en el estado, en el 2005 se identificaron 38,282 pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y de ellos fallecieron 5,348 en ese mismo año.

La diabetes constituye un importante problema de salud por su alta prevalencia, su fuerte morbimortalidad y el elevado volumen de recursos sanitarios que invierte el sector salud en su atención y tratamiento, debido al sufrimiento, incapacidad y la disminución de la calidad de la vida que sufren los afectados, tienen una magnitud mayúscula, ocupando la segunda causa de disminución de años de vida saludable (Martínez & Monsiváis, 2006: 197).

Este padecimiento tiene mayor incidencia en países en vías de desarrollo y su causa principal es la obesidad, en México dos de cada tres personas tienen sobrepeso u obesidad y ocupa el segundo lugar de obesidad en el mundo (Secretaria de Salud Pública, 2006).

³ Lic. en Trabajo Social y sustentante de la tesis

⁴ Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social y directora de la Tesis

⁵ Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social y lectora de la tesis

⁶La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, causada por deficiencia congénita y/o adquirida en la producción de insulina por el páncreas o inefectividad de la insulina producida. Esta deficiencia determina un incremento de la glucosa en la sangre, que provoca, a su vez, daños en diferentes sistemas corporales, especialmente en nervios y vasos sanguíneos (OMS, 2002).

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2006) calcula que las muertes por Diabetes se multiplicaran por dos entre el 2005 y el 2030. En los países en desarrollo, los recursos económicos y humanos son limitados, a pesar de las graves necesidades y los múltiples problemas sanitarios. Más de las tres cuartas partes de la población diabética del mundo viven en países en desarrollo.

De acuerdo con las estadísticas de la Federación Internacional de la Diabetes ([FID], 2007), en 1985 había 30 millones de personas diabéticas en el mundo; en 1998, la cifra se incrementó a 143 millones de afectados; y de seguir la situación en esas condiciones se calcula que para el 2025 puede llegar a los 300 millones de personas que padecerán la enfermedad. Se calcula que en el 2005 fallecieron por Diabetes 1.1 millones de personas. La cantidad real probablemente sea mucho mayor porque, aunque los pacientes hayan tenido Diabetes durante años, la causa de muerte registrada es a menudo, la cardiopatía o la insuficiencia renal.

En México, la cifra fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones nada más 3.5 millones de posibles diabéticos de los que no sabemos qué pasa con ellos-, lo que implica que existe como el 10.7% de la población entre los 20 y los 69 años que presentan alguno de los tipos de diabetes. México ocupa el noveno lugar mundial en número de diabéticos, la diabetes mellitus es la mayor causa de las muertes que ocurre en personas que tienen entre 40 y 55 años, igualmente, dentro del grupo de edad de los 40 a los 59 años, el 25% muere por complicaciones de la diabetes (Conddediabetes, 2010: 2).

La mujer diabética y la familia

La adultez media (40-60 años) se caracteriza por la liberación de las grandes presiones y la búsqueda de placeres más individuales, junto a una mayor experiencia (Sheehy, 1989: 113). El autoconcepto, la confianza en uno mismo y el control del yo suelen aumentar en esta época y la salud mental dependerá del buen ajuste entre las expectativas y la realidad.

El logro de la estabilidad, más los cambios físicos propios de esta etapa, generan una fase de introversión que se relaciona con el proceso de individuación (Barrón, 2004). Al haber dominado las presiones externas se pueden dedicar la energía al conocimiento de sí mismo. Debido a esto, se espera que el adulto medio se conozca más, que el mismo se vuelva más auténtico, en el sentido de que se tiene una visión más realista de la vida. Se viven procesos de duelo (cómo era antes, cómo soy ahora, qué me queda por vivir).

Las relaciones con el mundo externo se hacen más selectivas, son más conscientes de sus limitaciones, tienen miedo al fracaso. En esto juegan un papel muy importante la experiencia anterior, los éxitos y fracasos. Existe una mayor tolerancia a la frustración, valoración más alta de la paciencia. Las funciones del Yo se vuelven más eficientes, pues se puede vivir estados emocionales sin desbordarse ni perjudicar a otros. Los cambios ponen a prueba la madurez de la personalidad.

La capacidad de aprendizaje depende de la motivación y de los intereses de las personas más que de su inteligencia. Las personas adultas, en general, tienen menos

curiosidad para aprender cosas nuevas. Aprenden porque quieren, libre y voluntariamente, en la medida en que están motivadas para ello.

Se requiere un reordenamiento de la vida matrimonial, por el fenómeno del nido vacío. Ahora se pueden abordar temáticas que antes no se podía por dedicación a los hijos. Surgen conflictos que estaban latentes a lo largo de la vida de la pareja que no se habían resuelto por alguna razón. Pasar más tiempo juntos produce dificultades en la relación diaria, se requiere un sistema diferente que permita un acomodo real (Hoffman, 1996). Dentro de la revisión de la crisis se concluye que la pareja comparte todo un pasado común que permite la proyección de la vejez en conjunto, lo que da tranquilidad a la pareja. Estos signos cambian la perspectiva del tiempo, aparece la conciencia de la muerte personal. Se genera una adaptación en la proyección de metas, haciendo un análisis de los proyectos pasados y futuros.

De manera particular el papel de la mujer ha cambiado principalmente en las funciones y en las actividades que realiza, por ejemplo sus funciones no solo se limitan en el cuidado de la casa, en la atención y la educación de los hijos, sino también en los trabajos remunerados ya que se ha ampliado más la equidad de género

El rol social de la mujer ha cambiado a lo largo de la historia. Durante siglos la sociedad consideraba que la mujer debía limitarse a cumplir con sus funciones de esposa y madre, con el tiempo las mujeres empezaron a ocupar roles sociales más relevantes en distintas funciones tanto en el ámbito laboral, como en la política (Asen & Tomson, 1997: 71-72).

Si bien es cierto que el rol de la mujer ha cambiado dentro de la estructura de la sociedad, que hoy puede acceder a un trabajo remunerado que le dé seguridad y confianza, esto cambia cuando se presenta una enfermedad y más cuando es una enfermedad crónica no transmisible como lo es la diabetes. La mujer se siente vulnerable y puede caer en depresión.

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar, de concebir la realidad. Afecta al ciclo normal de sueño-vigilia y alimentación. Se altera la visión de cómo uno se valora a sí mismo (autoestima), y la forma en que uno piensa (Barrón, 2004: 99).

Incluso la depresión es muy común en la mujer diabética, ya que se enfrenta a una situación desconocida, la cual requiere de una modificación, que ya era considerada como estable, en este caso su estilo de vida, así como otras circunstancias que se presentan a lo largo de la vida adulta, como la pérdida de juventud, que para el autor (Caplan citado en Lozcano, 2007), “éste sentimiento se presenta entre los 40, 50 años y las mujeres se preocupan por mantenerse sanas y en buena condición física, además se presentan cambios hormonales y psicológicos profundos que le producen una serie de trastornos acompañados de angustia”(Lozcano, 2007: 235).

Es importante aclarar que un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, que puede ser considerado como una reacción normal ante un acontecimiento negativo (pérdida de un ser querido, divorcio, enfermedad, etc.). Sin embargo, si dicho estado se prolonga en el tiempo o sus síntomas se agravan, impidiendo el desarrollo adecuado de la vida cotidiana, puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo, de ahí la importancia de que la persona reciba un tratamiento adecuado.

También se presentan síntomas como: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia. La depresión puede ser de tipo reactivo, ante un suceso externo que ocasiona tristeza exógena o endógena, en cuyo caso la persona se deprime sin existir una causa externa. Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos, en distintas proporciones en los diferentes pacientes (Santrock, 2006: 79).

Ante esta situación la familia es el principal sostén en un proceso de enfermedad, el estilo de respuesta de la familia frente a la enfermedad, puede identificarse en cuanto al estilo que desarrolla frente a la emergencia, dos patrones de respuesta, son dos modalidades opuestas:

Tendencia centrípeta expresada en el desarrollo de una extrema cohesión interna en torno de la situación enfermedad. En este caso toda la familia gira alrededor del enfermo, que se convierte en el centro de las interacciones, absorbiendo la energía, monopolizando la atención del resto de su grupo familiar y restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a cada uno de los integrantes del grupo. En general, en esta modalidad de respuesta la familia vive en un estado de constante sobresalto, teniendo siempre presente las posibles complicaciones de la enfermedad y los altibajos de su evolución. El riesgo de muerte es percibido de un modo constante.

Tendencia centrifuga expresada en el desarrollo de conductas evitativas en torno de la situación enfermedad. Dicho tipo de conductas por parte de los miembros del grupo familiar se efectiviza en general a expensas de la dedicación de uno de ellos al enfermo. Ello favorece la dependencia de este último con respecto a un miembro de la familia (usualmente la madre si se trata de un hijo enfermo), quien absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad, evitando que sea el enfermo mismo quien, en la medida de sus posibilidades, se haga cargo de los cuidados que requiere su condición. La actitud sobreprotectora se verifica en general como respuesta de un miembro de la familia, condicionando en cierto modo (o pensándolo de modo inverso como resultado de), la evitación por parte de los restantes miembros del grupo familiar (Kornblit, 1984: 51).

Para la mujer diabética es muy importante el apoyo familiar ya que este le proporciona seguridad para enfrentarse ante la enfermedad, y la fortaleza para iniciar los cambios necesarios que su enfermedad requiere “La familia es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida” (Ander-Egg, 2005: 127).

Desde la perspectiva de la medicina familiar, la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.

Las relaciones familiares son una compleja red de interacciones humanas basadas en los supuestos de qué debe ser una familia y cómo deben comportarse sus miembros, sin embargo la rutina diaria cambia y modifica constantemente las actitudes de la conducta familiar, pasando desapercibido para los integrantes (Satir, 1991: 68).

Sin lugar a duda la familia tiene como función primordial la habilidad para brindar un lugar donde, el apoyo emocional se hace presente y lo que define a una familia son las relaciones íntimas, cercanas y de manera frecuente que se establecen entre los integrantes de la misma (Hoffman, 1996 citado en Paris & Hall, 2002). La familia es una unidad social dinámica e interactiva. Los estilos de crianza definen una peculiaridad de esta unidad, lo mismo que otros factores como el orden de nacimientos, el tamaño de la familia y los intervalos entre uno y otro hermano.

La familia es la más compleja de todas las instituciones, su composición es valiosa por sí misma, ya que responde a las distintas necesidades y posibilidades de las personas que la conforman. Las familias también son diferentes según la herencia cultural, el lugar donde vivan, y los valores que los integrantes poseen.

La importancia de la familia en el mundo actual, es vital ya que de ella depende la fijación de los valores, aspiraciones y motivaciones de los individuos que la integran y por otra parte resulta responsable del comportamiento de la persona en la sociedad debido en gran medida a la estabilidad emocional que se brinde a los integrantes en cada familia.

La familia constituye su principal red de apoyo social ya que realizan una serie de acciones tales como el apoyo emocional, los consejos, la aprobación y la ayuda tangible o monetaria. Barrera (1986) concibe el soporte social como las acciones o comportamientos específicos que aportan efectivamente ayuda o asistencia a la persona concerniente. Dichos comportamientos de apoyo pueden comprender el préstamo o regalo de dinero, la expresión de sentimientos, la ayuda para realizar una tarea, etc.

El apoyo social es una variable que influye positivamente en las conductas de las personas con alguna enfermedad, ya que cuando no cuentan con el suficiente apoyo familiar lo buscan con los amigos o personas ajenas como los vecinos, grupos de apoyo, en los parques o en alguna actividad recreativa (Travis, 1997).

La enfermedad cuando se hace presente en la vida del ser humano lo encamina hacia una respuesta de enfrentamiento de manera particular, que dependerá en gran medida de la personalidad del sujeto y de la existencia o cantidad de relaciones sociales en general o de algún tipo en particular. Los sistemas de apoyo social son de vital importancia, entendiéndose como tales las relaciones que proveen a la persona enferma de un apoyo material y/o espiritual que le confieren una identidad social positiva.

El apoyo de la familia desempeña un papel importante para las personas que presentan un padecimiento crónico, ya que la presencia de apoyo puede alentarles a cumplir con la prescripción médica, a mantener conductas de salud, como el ejercicio y la alimentación y a mejorar su estado emocional, disminuyendo y/o amortiguando los efectos negativos del padecimiento (Chapell, 1990; Romero, 2004, citados en Zúñiga, 2007: 83).

Este se puede ver de diferentes puntos de vista ya sea económico, educativos o emocionales todo depende de la cultura familiar o el aprendizaje de esta. El apoyo de la familia se puede proporcionar de diferentes formas, pero el objetivo último es el “hacer lo que sea necesario” para apoyar al integrante que lo necesita.

El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al proporcionar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento (Alvarado, 2005). De acuerdo con diversos autores el apoyo familiar tiene bases en las redes sociales y deriva de las relaciones interpersonales familiares. Según Barrera (1983 citado por Alvarado, 2005):

Esto permite visualizar la importancia que tiene el apoyo familiar en la mujer diabética no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque “la importancia que dé la familia al tratamiento le transmitirá a la mujer diabética un sentimiento de acompañamiento que le permitirá afrontar la enfermedad y la ayudara a minimizar los sentimientos de inseguridad y minusvalía que le generó el diagnóstico” (Agudelo, Builes & García, 2007: 231).

De lo contrario cuando la persona enferma está negando su enfermedad, adopta una actitud pasiva y no se cuida, contribuye de manera directa a la aceleración de las complicaciones.

Por otra parte, el apoyo social ha sido considerado un factor protector frente a la mortalidad en pacientes con diabetes. “En la medición del apoyo social hay que considerar al menos dos aspectos adicionales: el coste y la variación. Las familias y los proveedores de apoyo suelen soportar situaciones de estrés continuas” (Vargas, 2004: 52).

La enfermedad no se puede separar de la familia, la familia es un sistema en donde por lo general las interacciones entre los miembros tienden a mantener un patrón estable (Rodríguez, 1997). Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad de la familia, cuando esté es uno de los padres, algunos de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria el mando de las regla familiares y la adquisición de mayor jerarquía con los hermanos menores. Cuando el enfermo es uno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, algunos de los otros hijos realizaran las funciones familiares del padre cuidador (Naiper, 1982).

Las relaciones familiares hacia el paciente, evolucionan de distintas manera, se distinguen tres fases sucesivas de esta evolución: a) Un periodo de conflicto inicial con reacciones de negación e incredulidad al diagnóstico; b) El periodo de lucha contra la enfermedad con ira y vehemencia, que se manifiesta por miedo, frustración y depresión; c) Finalmente, un periodo prolongado de reorganización, información y aceptación del padecimiento (Leventhal & Cols, 1981 citado en Munuera, 2004).

La diabetes puede tener un efecto negativo en la economía de la familia, rompiendo el equilibrio de las relaciones personales ya que es indudable que el padecimiento represente una carga más económica para la familia (Donacio, 2005).

Algunas características de la estructura familiar con un enfermo crónico son que los límites entre los subsistemas se hacen permeables, tienden a diluirse y permiten que el enfermo sea el centro de ella. Por otra parte las personas diabéticas que perciben de su familia más críticas que elogios tienen problemas para llevar a cabo las pautas de tratamiento correctamente y presentan más pensamientos negativos de la salud (Álvaro 2006).

Según Islas (2000) el paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y al menos que el ambiente cambie para apoyarlo gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.

Trabajo Social y Salud

La diabetes mellitus es un problema de salud que le compete a un grupo de profesionales, uno de ellos es el Trabajador Social que apoya las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y tiene como meta la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, de satisfacer una serie de objetivos, los cuales se insertan a su vez en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Estos objetivos específicos son:

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando los que favorecen su logro.
- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud (Fortunecity, 2010).

Las funciones que el Trabajador Social ha de desempeñar con objeto de eliminar o reducir las desigualdades para el acceso a la salud, tienen que estar enfocadas a la promoción y prevención de la salud, la recuperación y rehabilitación de la salud (Fortunecity, 2010).

Por último es importante señalar que desde el punto de vista de las categorías profesionales, el rol del Trabajador Social es de servicios, porque no produce bienes materiales, esos servicios han de prestarse en las siguientes áreas de trabajo:

- Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades, trabajando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social, o previniéndolos.
- Investigación, identificando los factores que generan desigualdades, evaluando servicios, recursos, actitudes y valores.
- Política y promoción social, estimulando y provocando medidas tendentes a lograr mejor calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.

- Planificación, transformando necesidades concretas en respuestas también concretas que las satisfagan.
- Administración de servicios sociales, organizando, dirigiendo o coordinando Departamentos de Trabajo Social.
- Capacitación de recursos humanos, sean o no profesionales (Fortunecity, 2010).

Metodología

La investigación fue abordada en un enfoque cuantitativo, mismo que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y en análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y establecer teoría” (Sampieri, 2006: 5), con corte transversal y descriptivo. Para la recolección de la información se aplicó un instrumento que estuvo integrado por 3 categorías conformadas por preguntas de opción múltiple, dicotómicas y de escala Likert lo que permitió agilizar el trabajo de la codificación de la información. Con base a los resultados obtenidos se procedió a realizar el análisis e interpretación de los datos a través del programa Statistical Packet for the Social Sciences (SPSS) versión 17 se eligió este programa ya que es el que más se ajustó a los requerimientos de esta investigación, permitiendo que el procesamiento de la información fuera más práctico llevando a cabo con el análisis de frecuencias y utilizando la media y la moda como medidas de tendencia central mismas que permitieron realizar el análisis de los datos.

Las mujeres encuestadas en su mayoría son amas de casas, con un grado de escolaridad de primaria, sus edades fluctuaban entre los 40 a 60 años, es importante mencionar que una gran parte de la población de las encuestadas tienen aproximadamente diez años de evolución de la enfermedad, usando como tratamiento medicamentos orales, que les permiten mantener un control adecuado de la enfermedad.

Hallazgos

La Mujer Diabética

La forma en que percibe el diagnóstico la mujer cuando la determinan diabética. El 74% de las mujeres entrevistadas están casadas, sus edades fluctúan entre 56-60 años, siendo el 47 % de ellas las que tiene mayor edad, tienen una vida estable, ya que se encuentran si desempeñar ningún trabajo remunerado pues sus necesidades son cubiertas con el ingreso que aporta su cónyuge.

El 76% son amas de casa, en algunos casos atienden algún hijo soltero, cuidan nietos, ya que los hijos casados se desempeñan en algún trabajo laboral, de igual manera el 18 % manifiesta ser viudas, viven solas o con un hijo comentan que el realizar alguna actividad en servicio de su familia les ayuda a sentirse productivas. Sin embargo El 18 % de ellas realizan un trabajo fuera del hogar para adquirir un ingreso que les permita aportar a su casa y así contribuir a solventar los gastos necesarios, solo el 5% de las mujeres diabéticas respondieron ser pensionadas, esta condición económica les permite vivir más sin preocupación en la cuestión de los gastos. El 7% son solteras, comentan

no haber tenido hijos y viven con algún familiar que las apoya económica y moralmente.

En la cuestión de escolaridad el 30% no concluyeron la primaria, ya que refieren pertenecer a una familia numerosa donde las condiciones económicas no les favorecieron para recibir educación decidiendo sus padres dar por concluido el proceso educativo en los primeros años de la primaria. El porcentaje de mujeres diabéticas que lograron concluir la primaria fue de un 30% fue la única instrucción educativa que recibieron, para después colaborar en las actividades de la casa, el 20% estudio la secundaria, algunos tuvieron que trabajar una vez graduadas y ya no continuaron con su formación académica, el 9% concluyó el bachillerato y el 5% se recibieron de Licenciatura ejerciendo todavía en la actualidad pero ya próximas a jubilarse.

El 73.4% de las mujeres encuestadas aceptaron la enfermedad, ya que se contaba previamente con un antecedente hereditario, el cual facilitó a que la mujer asimilara el diagnóstico en un momento determinado de su vida, de igual forma ellas manifestaron que la aparición de síntomas propios de la enfermedad (poliuria, polifagia/anorexia, astenia, polidipsia y pérdida de peso) propició una aceptación de la patología, incluso antes de haberse realizado un estudio médico. El 26% de las mujeres no aceptaron el diagnóstico de la enfermedad, manifiestan que no lo podrían creer, ya que ninguno de sus familiares padecía esta enfermedad. El grado de desinformación puede ocasionar que se descuiden otras áreas que conservan la salud, siendo el caso particular de la diabetes ya que la obesidad es un factor de riesgo que favorece el incremento de dicha enfermedad, así como las adicciones y llevar una vida sedentaria, este padecimiento está lleno de mitos que merman la importancia y la atención que implica esta enfermedad (Guía de la diabetes, s/f) por eso la mujer que padece diabetes deba recibir información y conocimiento del padecimiento que la está afectando, a través de la educación, impartida por especialistas que puedan transmitir por medio de la capacitación la orientación necesaria y así poder contribuir al bienestar de la mujer diabética.

Desde que se da el diagnóstico sobre la enfermedad a la mujer diabética, esta presenta modificaciones tanto en su vida personal como familiar, a continuación se presentan algunos datos importantes sobre estos cambios. Las encuestadas confirman que al momento de recibir el diagnóstico por parte del médico experimentaron un sentimiento de frustración siendo un total de 44% las mujeres que percibieron esta conmoción, explicaron que no podían asimilar la noticia, pero que este tiempo fue corto, no tardaron mucho para aceptarla, pues la mayoría de ellas tiene un familiar diabético, aunado a esto, más o menos intuían la enfermedad debido a los síntomas que presentaban pero que algunas mencionaron se resistían a un examen clínico.

Para el 33% de las mujeres encuestadas vivió un shock, cuando el médico le interpretó los resultados de los análisis, y le confirma que padece diabetes, algunas de ellas manifiestan que lloraron por varios días, pero que su familia siempre estuvo al pendiente de su sentir, reconociendo que fue ese el motor que les ayudó a asimilar la noticia del diagnóstico. La mayoría de las encuestadas comenta que su familia acepta que padece esta enfermedad y han asumido cambios necesarios que se requieren realizar para un buen control de la enfermedad, mencionan en su mayoría que las motivan a cuidarse y que ellas han aceptado también su nueva condición de vida.

Se percibe una responsabilidad por parte de las mujeres diabéticas ya que un 73% respondieron que ningún motivo les impide asistir a su consulta médica, pues ellas reconocen que lo importante es mantener su control mensual, en el cual se incluye consulta y análisis de sangre para llevar un monitoreo de los niveles de azúcar y evitar la presencia de complicaciones futuras, aún y cuando el promedio de evolución de la enfermedad oscila entre los 10 años de evolución, ninguna presenta consecuencias graves de la enfermedad.

La gran mayoría son casadas y tienen una vida sexual activa, al preguntarles de que manera les ha afectado este padecimiento, el 34% respondió que ha tenido disgustos con su pareja al rechazar el encuentro sexual, comentan que se debe que en ocasiones se sienten muy cansadas, les duelen los brazos y las piernas motivo por el cual no se inicia una relación sexual, de igual forma el 26% manifiesta que este trastorno no le ha ocasionado ningún problema para tener sus encuentros sexuales con su pareja y que se encuentran muy satisfechas de que así sea, algunas comentan que en el primer momento que esta situación se presente pedirán ayuda a su médico.

El 53% de los cónyuges se muestran comprensivos con su mujer y aceptan de manera conforme la respuesta que su mujer brinda, ya sea positiva o negativa, ellas comentan que el consulta el médico les cuestiona respecto a su vida sexual y han recibido información que desconocían, sin embargo el 7% de los cónyuges responden con insultos, comentan que hay cierta duda acerca de que sea el padecimiento el que impide la relación sexual, se pudo observar que los cónyuges que responden así son los que no acompañan a sus esposas a la consulta.

El 46% de las mujeres percibe la diabetes como una enfermedad común, algo que llega a suceder y es vista de manera normal por las pacientes diabéticas, el 25% demuestra que la mujer diabética percibe el padecimiento como un desafío que tienen que enfrentar en su vida, al igual que una oportunidad que les permitirá estar más sanas a pesar de ser diabéticas,

La realidad de la investigación realizada, difiere de la información plasmada que se presenta en la guía de la diabetes de la Clínica Familiar 82 en el apartado llamado "*Fases que enfrenta una persona ante el cambio*" donde menciona que como primera etapa la persona diagnosticada se enfrenta al impacto inicial donde puede presentar un estado de shock o una permanente negación. La segunda etapa se refiere a la resistencia al cambio dentro de ésta, la persona enferma no quiere cambiar sus hábitos alimenticios y culturales, contribuyendo así a las futuras complicaciones que los altos niveles de azúcar en la sangre provocaran en el organismo.

Las mujeres encuestadas comentaron que a pesar de haber aceptado la enfermedad se encuentran en un conflicto emocional donde están conscientes de los riesgos de la diabetes, pero aún hay resistencia en abandonar los malos hábitos, estando ellas conscientes de que son responsables de manejarse adecuadamente como diabéticas.

Se observa que ésta es una realidad que está aumentando de manera considerable, ya que la diabetes es un fenómeno mundial, en el cual se ven involucrados principalmente intereses económicos de las empresas trasnacionales, las cuales sin control alguno elaboran productos los cuales a través de la mercadotecnia crean la

necesidad de consumirlos. Además la cultura es otro factor que como orientadoras debemos modificar, por medio de estrategias adecuadas que nos permitan generar cambios que puedan ser traducidos en un bienestar primeramente para la mujer, y por consecuencia para su familia.

Al cuestionarles cual es la parte más difícil de vivir con diabetes, el 46% que lo más difícil ha sido principalmente la alimentación, ya que declaran que han tenido que adaptarse a la dieta, que es recomendada por el nutriólogo para un control adecuado de la enfermedad. Sin embargo saben que cumplir su plan alimentario es muy difícil debido a los cambios en el estilo de vida que implican tanto a ellas como a su familia.

El 14%, manifiesta que el tomar medicamento a diario implica a la mujer diabética una incomodidad que no le permite una adherencia al tratamiento, debido a que realiza una serie de actividades que le impiden recordar o respetar un horario para su medicamento, de igual manera provoca en ellas un malestar a causa de que no solo toman la pastilla de la diabetes sino también de otros padecimientos que van de la mano de la diabetes como lo es la hipertensión arterial. Mientras que el 32% de las mujeres encuestadas que el proceso de adaptación a su condición de mujer diabética no les ha generado ningún inconveniente, comentando además que una vez diagnosticada inmediatamente siguieron el tratamiento.

Lo esencial en las enfermedades, cuando se hacen presentes en el individuo, es el conocimiento ya que éste facilita la aceptación y la atención adecuada, en el caso de la enfermedad crónica degenerativa su principal característica es que es incurable pero se puede controlar como es el caso específico de la diabetes.

Conocimiento sobre la enfermedad

En relación al conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas respecto a su enfermedad es la siguiente: El 79% de las entrevistadas mencionaron que la diabetes no es curable, conocen que una vez diagnosticadas siempre van a padecer la enfermedad, comentan que en un primer momento si tenían la esperanza de curarse, pero el médico, les explicó que este padecimiento es incurable, en su mayoría perciben la diabetes como una oportunidad para estar más sanas ya que anteriormente, no se realizaban exámenes con tanta regularidad, ni tampoco asistían a las consultas cada mes como lo hacen ahora.

De igual manera existe un 9% que contestó que la diabetes es curable, este porcentaje, de encuestadas hace referencia de que combina el medicamento prescrito por el médico y alguna hierba medicinal se mencionan algunos tés que consumen (Calderona, Uña de Gato, Wereke, etc.). En contraste con esta respuesta el 48% contestó que la medicina natural o alguna otra alternativa como: las agujas, los balines, los chochitos, etc., no sirven para el control de la diabetes, mencionan que es mejor hacer ejercicio y seguir su dieta, como el personal de salud les indica, y prefieren consumir el plan de alimentación que la nutrióloga les proporciona, ellas son un 97%.

El 79% saben que el ejercicio favorece al control de la glucosa, siempre y cuando se sigan las indicaciones del médico porque de no ser así se pueden presentar daños como una baja de glucosa denominada hipoglucemia, que es igual de peligrosa que el alta de glucosa denominada hiperglucemia (Sánchez, 2000).

Además de la dieta y el ejercicio, muchas pacientes tienen que inyectarse insulina, de estas encuestadas el 71% niega, que esta hormona les vaya a generar un daño en la vista, confían en el medicamento y se lo aplican como el médico les ha indicado, mencionan que en un primer momento iniciaron su tratamiento con pastillas, y posteriormente el doctor les cambio a la insulina porque así lo requiere su organismo, por eso el 94% respondió que es necesario acudir a la consulta médica, para saber si su tratamiento está respondiendo adecuadamente.

El 60% respondió que el cigarro favorece las complicaciones de la enfermedad, conociendo el perjuicio que esto les ocasionaría decidieron dejar de fumar, después que en una orientación les explicaron que el uso del tabaco perjudica el corazón y el sistema circulatorio, la información que ellas tienen es muy importante y es necesario que esté al alcance de todos los diabéticos, porque el 95% de los diabéticos fumadores sufren amputaciones (¡Despertad!, 2003: 7).

Las relaciones sociales son de vital importancia para las mujeres encuestadas y el 75% de ellas no encuentra ningún inconveniente en hablar de la enfermedad y seguir conviviendo con sus familiares y amistades, saben que esta enfermedad no es contagiosa, no ponen en peligro a las personas que los rodean, todo lo contrario les ayudó a sobrellevar su enfermedad, como lo menciona el autor Montes de Oca (2006), donde expresa que estas redes sociales tienen la finalidad de orientar y proporcionar consejos, compañía y algún tipo de apoyo.

Existe la otra parte donde el 4% percibe una incomodidad al hablar de su enfermedad, expresan que en ocasiones se sienten mal, cuando les preguntan que si están enfermas, consideran que lejos de ser un apoyo se sienten insultadas por los comentarios que reciben, por ejemplo mencionan que les dicen: que están muy delgadas, que se ven muy mal, que están muy demacradas, etc.

El 92% de las mujeres diabéticas contestaron que el cuidado de los pies es de vital importancia ya que con la evolución de la enfermedad, se va perdiendo la sensibilidad en las extremidades debido al daño ocasionado en la circulación sanguínea, por tal motivo las encuestadas mencionan que los pies necesitan un cuidado especial porque conocen la experiencia de gente diabética que en ocasiones se lastiman la planta del pie y ni siquiera lo saben, pues se pierde la sensibilidad y esto tiene un daño irreversible como son las amputaciones (Higashida, 2001).

En cuanto a las relaciones sociales el 93% de ellas comentan que es de gran importancia el apoyo social, es decir, continuar la convivencia con amigos y familiares, que la diabetes no interfiere con la convivencia ya que manifiestan no padecer una enfermedad que sea contagiosa y que pudiera poner en riesgo la vida de los demás, ya que no deja de ser un miembro activo, siempre y cuando las complicaciones no le hayan generado alguna discapacidad, las experiencias grupales que se llevan a cabo fuera del ámbito familiar y hospitalario reducen la tensión que dicho padecimiento crónico genera. Ya que al seguir la convivencia les proporciona un apoyo social y emocional que facilita el vivir con este padecimiento, exponiendo que esto les ayuda a distraerse y a no estar sugestionadas con su enfermedad, pues el vivir aisladas y lejos de sus amistades les provocaría mayor angustia y malestar.

Según Travis (1997) el apoyo social es una variable que influye positivamente en las conductas de las personas con alguna enfermedad, ya que cuando no cuentan con el suficiente apoyo familiar lo buscan con los amigos o personas ajenas como los vecinos, grupos de apoyo, en los parques o en alguna actividad recreativa.

Para la mayoría de las mujeres encuestadas la gente obesa se vuelve diabética más fácilmente, mencionaron que conocen o tienen familiares que debido a su sobrepeso, es importante que la mujer que vive con esta patología reciba información sobre la obesidad que es un canalizador que predetermina la diabetes, coincidiendo con el autor Yglesias (2007) el cual indica que la obesidad es un factor de riesgo modificable el cual debe recibir la importancia necesaria para lograr disminuir otras enfermedades causadas por la obesidad.

La familia

La familia es un grupo de personas que comparten toda una vida atendiendo las necesidades de cada uno de sus integrantes mediante una relación de amor y organización, por tal motivo es reconocida como institución primordial para el desarrollo del ser humano

De manera significativa el 53% de las encuestadas refiere que cuando tiene algún problema o alguna situación que le esté ocasionando intranquilidad, acude primero con su esposo/cónyuge para comentarle la situación que está viviendo y así poder recibir un apoyo por parte de él. Comentando ellas que su esposo es el integrante de la familia que le brinda un mayor apoyo y comprensión para poder enfrentar la ansiedad y temor que siente ante la enfermedad, como lo manifiesta un artículo de la revista latinoamericana de psicología que tiene por nombre “la depresión ante la enfermedad”.

El 35% de ellas acude con los hijos ya que pueden ser los únicos y más cercanos parientes que tengan dentro de la estructura familiar, debido a que algunas son viudas o madres solteras, pero aun en estas circunstancias sienten el apoyo de sus descendientes. Como se aborda en el marco teórico las fuentes de apoyo familias son la pareja, los compañeros de trabajo o estudio, el personal de salud y las relaciones en general (Alloway, 1987, Coyne & DeLongis, 1986, Becker & Mainman, 1980).

En relación al apoyo familiar que recibe la mujer, cuando tiene cita con el médico, un 36% manifiesta que aunque su familia no la puede acompañar a la consulta, se ocupan de recordarle la cita y de estar pendiente de que no se le pase. Para el 33% respondió que su familia la acompaña, es decir, un integrante de ella, lo cual le proporciona mayor seguridad y tranquilidad ya que se siente apoyada.

Meraz menciona que el apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al proporcionar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento (2005). Algunas de las encuestadas comentaron que es más fácil este proceso gracias al apoyo de su familia, logando así un mejor control del padecimiento.

El 74% de las mujeres diabéticas encuestadas, afirman que reciben apoyo por parte de la familia, el cual le facilita el cambio de hábito respecto al tipo de dieta que debe adoptar después del diagnóstico, por lo que se considera como factor importante que la propia familia la anime a incluir en su vida cotidiana nuevos hábitos alimenticios los cuales le permitirán prevenir el aumento de diversos factores de riesgo (hipoglucemia, hiperglucemia, hipertensión arterial, cardiaca Isquémica, etc.), logrando con esto que la mujer diabética sea promotora de la prevención de la diabetes con los integrantes de su familia ya que son los primeros afectados si se toma en cuenta que la diabetes es una enfermedad hereditaria.

Como parte de este apoyo el 46% de las familias se solidarizaron con su familiar enfermo, decidiendo adoptar el mismo tipo de alimentación, para coadyuvar el proceso de consumir un tipo de dieta diferente, el cual tendrá como beneficio el bienestar de la mujer diabética. Sin dejar de mencionar que existe un 42% que se muestra renuente a los cambios que el médico indica a la paciente, siendo esto un obstáculo para ella ya que implica más trabajo y afecta a la economía del hogar, pues se requiere de la elaboración de diferentes platillos a los integrantes de la familia.

El apoyo familiar en la mujer diabética no sólo puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la importancia que da la familia al tratamiento le transmitirá a la mujer diabética un sentimiento de acompañamiento que le permitirá afrontar la enfermedad y la ayudara a minimizar los sentimientos de inseguridad y minusvalía que le generó el diagnóstico (Agudelo, 2007).

Otros datos interesantes sobre la cuestión familiar son los siguientes: El 72% de las mujeres diabéticas mencionan que su familia la anima a que sigan la dieta recomendada por el médico, explicándole además que es lo que mantendrá sus niveles de glucosa lo más estable posible ya que son los familiares quienes la acompañan a la consulta y de esta forma se puede establecer una relación de apoyo para la paciente, ya que recibe la información por parte del equipo de salud y a su vez contribuye a un manejo adecuado de la enfermedad, de esta manera la paciente se siente comprendida y acompañada en este proceso pues afirman que su familia ha adoptado parte de la dieta en solidaridad con ella.

Se considera que la mujer diabética es un elemento que propicia el importante cambio, dentro de su propia familia, ya que favorece la prevención del padecimiento. Pues la diabetes es una enfermedad que puede heredarse, está enfermedad no es curable pero se puede controlar y prevenir sus complicaciones con medidas sencillas como por ejemplo: evitar la obesidad, cuidar la alimentación, realizar ejercicio, cuidar los pies y evitar el consumo de alcohol.

Solo el 8% de las familias de las mujeres encuestadas no la anima a que siga su dieta, pues mencionan que el tipo de alimentación recomendada a la paciente no es de su agrado y se resisten al cambio, el 22% de los familiares sugiere a la enferma a llevar ella sola el nuevo plan de alimentación, lo cual implica para la paciente un mayor trabajo al ser necesaria la elaboración de diversos platillos, pues en su mayoría que es el 90% son ellas mismas quien se encargan de la compra y selección de alimentos y posteriormente de elaborar los platillos para la alimentación de la familia.

Además de generarle un gasto extra para la economía de la familia, al tener que invertir más dinero para la adquisición de diversos artículos para la elaboración de la

comida además el 6% considera que se invierte mayor tiempo en la elaboración de la dieta indicada, pues se considera que debe consumir una porción de los tres grupos que conforman el plato del buen comer, esto trae consigo graves repercusiones para el control de la paciente, pues el 90% no obtuvo el apoyo necesario por parte de la familia, ella decide no cumplir con el plan de alimentación lo cual trae consigo complicaciones que afectan irremediablemente la salud de la mujer diabética.

El cambio de hábitos alimenticios es de vital importancia para el control de la enfermedad ya que al llevar la dieta adecuada que el médico indique le sirve a la paciente para prevenir o retrasar las complicaciones de la enfermedad, lo más recomendable es que los cambios sean para toda la familia y así adoptar el mismo tipo de alimentación para la familia, la cual debe ser baja en carbohidratos (harinas, azúcar refinada, refrescos y golosinas) (La salud empieza en casa, s/f.)

Otro factor primordial para un buen control de la glucosa es el apego y la adherencia al tratamiento. Este es indicado por el especialista, quien prescribe a la mujer diabética de manera personal e individual, el cual puede ser oral o inyectado, y actualmente puede ser suministrado por medio de parches que se incrustan a la piel de la paciente este método es muy reciente, fue creado pensando en proporcionar una mejor calidad de vida al paciente diabético el cual debe estar con el tratamiento de manera permanente.

El 56% de los familiares de la mujer diabética que recibe atención médica en la Unidad de Medicina Familiar N°82 y en la Unidad de Medicina Familiar y Atención Ambulatoria N°89, brindan apoyo informativo, para entender las indicaciones del médico, que en la mayoría de las mujeres encuestadas se trata de hipoglucemiantes orales (pastillas), o insulina inyectada, actualmente el mercado farmacéutico ha puesto a la venta la insulina inhalada pero aún no se encuentra a la venta en nuestro país y por último el tratamiento menos común entre las encuestadas es la dieta y el ejercicio solamente. Comentan que este apoyo consiste en que sus familiares les recuerdan el horario establecido para tomar sus medicamentos, ya que al ser un padecimiento crónico implica un tratamiento de por vida.

Como las mujeres encuestadas no tienen complicaciones severas a causa de éste trastorno mencionan que son el 89% de las encuestadas quienes de manera personal se suministran su tratamiento y solo el 5% recibe apoyo de su cónyuge ya que además estas mujeres diabéticas se ven afectadas por más padecimientos entre los más comunes se puede mencionar la presión arterial igualmente un padecimiento crónico que requiere de tratamiento a diario, implicando esto un mayor número de pastillas que se deben tomar al pie de las indicaciones, pues de lo contrario se pone en riesgo la propia vida.

Es importante mencionar que estos últimos se deben llevar a cabo de manera conjunta con el tratamiento oral e inyectado siempre bajo supervisión médica, debido a que la diabetes puede dañar el sistema vascular y el sistema nervioso, lo que ocasiona mala circulación e insensibilidad, entonces esta práctica si no se lleva de la manera correcta puede ocasionar graves daños tales como la amputación de las extremidades sino se tiene el cuidado debido.

El 86% afirman que es recomendable que los integrantes de su familia se realicen un chequeo periódico de glucosa, para prevenir la enfermedad, ya que existen

factores de riesgo genéticos que pueden predisponer a los hijos de mujeres diabéticas a padecer la enfermedad por eso la importancia de mantener informada a la familia mediante orientaciones que le permitan conocer la enfermedad detectando los primeros síntomas ya que estos son relativamente leves, este acontecimiento ocasiona que esta enfermedad pase desapercibida durante mucho tiempo dificultando su tratamiento. De ahí que se le se la haya apodado “la asesina silenciosa” (¡Despertad!, 2003: 8).

Por otra parte el 75% de las pacientes encuestadas nunca reciben invitación a consumir alimentos prohibidos por parte de su familia, lo cual demuestra que la familia se preocupa de que la mujer diabética mantenga los niveles adecuados de glucosa en su organismo. Más sin embargo existe un 7% de mujeres diabéticas en donde los integrantes de su familia las inducen a consumir alimentos no permitidos, los cuales dañan su bienestar, mencionando las encuestadas que estas situaciones se hacen presentes en fechas significativas ya sea por un cumpleaños o reunión familiar donde invitan a la paciente a consumir los alimentos que contiene niveles elevados de grasas y azúcares.

Trabajo social debe intervenir con la familia de la mujer diabética teniendo como propósito la modificación de hábitos, conductas y estilos de vida inadecuados que son perjudiciales para la salud de la mujer diabética, aun cuando se presentan en un mínimo porcentaje es necesaria la intervención de este profesional, que al atender de manera integral al paciente y su familia los resultados que se obtendrán serán de gran beneficio para la mujer diabética.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados de este estudio predomina en el grupo investigado la edad media adulta, la escolaridad es básica en la población estudiada, la ocupación fue en alto porcentaje ama de casa, y en estado civil más frecuente fue el de casada.

Se aprecia en el grupo de las mujeres que asisten al módulo de Diabetimss implementados en la Unidad de Medicina Familiar N°82 y la Unidad Médica y Atención Ambulatoria N°89 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Coahuila, que éstas reciben el apoyo familiar necesario para adaptarse a los cambios en el estilo de vida que está enfermedad conlleva, un aspecto muy importante a destacar es el apoyo emocional que la mujer diabética recibe de su cónyuge en caso concreto cuando son casadas, ya que las acompañan a la consulta médica teniendo incluso la oportunidad de pasar con el médico para entender de mejor manera las indicaciones que el médico da a la paciente, se presentan casos en los cuales si no las acompaña el esposo por diferentes circunstancias son acompañadas por otro integrante de la familia. Este aspecto es muy importante, refieren las encuestadas, ya que dicho apoyo les permite sentirse acompañadas en esta enfermedad, pero sobretodo comprendidas, según lo expresan.

La finalidad de este estudio correspondió al análisis del apoyo que ha obtenido la mujer por parte de su familia después de haber sido diagnosticada diabética, considerándolo como, el apoyo más importante el cual le permitirá a la mujer diabética una mejor aceptación de la patología que padece, pues esta enfermedad, requiere el control de la paciente diabética que no solo depende del hecho de tomar un

medicamento sino de un conjunto de conductas adaptadas frente a la enfermedad como son todos los medicamentos, realizar ejercicio, adherirse a la dieta, etc.

A través de la presente investigación se obtuvo que uno de los principales obstáculos que percibe la mujer, respecto a su condición de mujer diabética es la alimentación, ya que existe un impedimento por parte de la familia en lo que concierne al cambio de dieta pues a pesar de que la apoya y animan, también manifestaron que no a todos los integrantes de la familia les agrada la dieta que ella debe adoptar, lo cual implica un mayor gasto en la economía familiar debido a que es necesario que cocine diferentes alimentos a la hora de comer, así como mayor tiempo de preparación.

En el relato de las pacientes encuestadas, la diabetes es representada como un proceso natural, en el que desempeña un papel muy importante el apoyo familiar para el control de la enfermedad, pues de antemano tienen el conocimiento de los cambios necesarios para evitar complicaciones severas que mermarían su calidad de vida.

Finalmente se considera que los objetivos planteados fueron alcanzados, ya que se obtuvo una participación activa que permitió adquirir un conocimiento real sobre la dinámica que enfrenta la mujer diabética, a través de la investigación que se realizó a esta unidad de análisis, permitiendo así, mediante las respuestas obtenidas de la muestra, definir las diferentes maneras en que los integrantes de la familia le expresa y le hace sentir el apoyo, ya que como grupo fundamental es el facilitador que puede propiciar una mejor transición a esta nueva forma de vida.

Propuestas

Se observó la necesidad de involucrar a la familia de la mujer diabética en el proceso de la enfermedad ya que son el apoyo fundamental que proporciona seguridad y comprensión para enfrentar el proceso que el mismo padecimiento requiere, la importancia de involucrar a la familia de la mujer diabética es porque este grupo social es el indicado por su propia naturaleza de proporcionar apoyo emocional, informativo, económico y moral.

Se propone que la Universidad implemente un programa en el que se brinde atención integral a las mujeres diagnosticadas diabéticas, con el objetivo de proporcionarles información necesaria para el conocimiento de la enfermedad, cuya consecuencia será fomentar un buen manejo de este padecimiento, conformado por un equipo multidisciplinario en el cual formen parte los Trabajadores Sociales, como expertos en la atención directa con el individuo, promoviendo cambios en los estilos de vida, introducción de hábitos de alimentación saludable y el fomento de una cultura de ejercicio.

Se sugiere a la Facultad de Trabajo Social, incluir en su plan de estudios materias referentes a la salud con normatividad de base y no optativas, pues la salud del ser humano es un elemento fundamental el cual debe ser abordado desde la formación educativa del estudiante, para adquirir los conocimientos y habilidades necesarias que le permitan ser parte activa de la prevención y atención de la salud de la mujer, disminuyendo los riesgos y previniendo los daños.

Se plantea que los estudiantes de Trabajo Social realicen programas preventivos y de promoción a la salud, siendo la mujer una clave importante desde el ámbito familiar, como agente de cambio, promocionando estilos de vida más saludables para generar y fortalecer indicadores positivos de salud y con ello conductas encaminadas a mantener y mejorar la calidad de vida de las mujeres diabéticas.

Referencias

- Agudelo, Builes & García (2007). *Recepción de la crítica familiar en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus, trastorno bipolar I y sujetos sanos*. Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colombia.
- Alarcón Rosales, María de los Ángeles (2007). Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista de Enfermería*, 215.
- Almanza, Cecilia (comunicación personal, 20 de mayo, 2008) *Hospital del Niño, Secretaria de Salud*.
- Álvaro, Estramiana José Luis & Fernández, Ruiz Beatriz (2006). Representaciones sociales de la mujer. *Athea digital*, número 009. Universidad de Barcelona.
- Alvarado, García, Alejandra María Moreno & Fergusson María Elisa (2009). Aplicación el modelo de adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*.
- Álvarez, Meraz Donacio (2005). *Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glucémico en el paciente diabético*. Tesis de Doctorado publicada. Universidad de Colima. México.
- Ander-Egg, Ezequiel (2005). *Diccionario del Trabajo Social*. 4 Ed. Argentina: Lumen.
- Ariza, Andraca C.R., López, Carmona J.M., Murguía, Miranda & Rodríguez, Moctezuma JR. (2004). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en paciente con diabetes mellitus 2. *Salud Pública México*.
- Asen, K Eia & Tomson, Peter (1997). *Intervención Familiar, guía práctica para los profesionales de la salud*. Barcelona, España: Paidós.
- Aquichan. (2000). *Análisis de los conceptos de modelo de adaptación de Callista Roy*. Universidad de la Sabana, Colombia.
- Bayer Diabetes Care (s.f.). Recuperado en septiembre 2009 de www.bayerdiabetes.com.mx
- Barrón, Estrés (2004). *Apoyo Social y Depresión*. 6° ed. México: Jano.
- Blanco, Gisela & Feldam, Lya (2000). Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública de México*.
- Cano, Pérez J.F., J. Franch, M. Mata & Miembros de los grupos Gedaps de España (2004). *Guía de Tratamiento de la Diabetes tipo 2 en Atención Primaria, recomendaciones clínicas con niveles de evidencia*. 4 ed. España: Elsevier.
- Carbona, Miguel (2004). *Ley General de Salud y Disposición Complementaria*. México: Porrúa.
- Carbona, Miguel (2005). *Legislación sobre seguridad social (IMSS e ISSSTE)*. 62 Edición. México: Porrúa.
- Carrillo Hatem, Iris Ivonne (2010). *Los hábitos alimenticios y la obesidad infantil*. Tesis No Publicada, Universidad Autónoma de Coahuila, Coahuila, México.
- Collazo-Clavell, María (2001). *Guía de la clínica mayo sobre tratamiento de la diabetes*. México: Trillas

- ¡Despertad! (2003). *Como sobrellevar la Diabetes*. Vol. 84 n° 9. México
- Díaz-barriga, Lino (1999). *Cómo proteger a tus hijos contras las drogas*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- García, R & Suárez R. (s.f.). *La Educación, El Punto Más Débil de la Atención Integral de la Paciente Diabética*. Reporte técnico de vigilancia de análisis y tendencias en salud.
- González, González Mario (comunicación personal, 7de Noviembre, 2009). *Hospital General de Saltillo de la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila*.
- González, J; (1994) *Educación del diabético*. México.
- Fortunecity. (s.f.) *Trabajo Social en Salud*. Recuperado el día 29 de abril del 2010 de www.fortunecity.es/epertos/industrial/106/campo/trasalud.htm
- Hernández, Sampieri (2006). *Metodología de la Investigación*. 4 Ed. México: McGraw Hill.
- Historia de la Diabetes (s.f) recuperado en mayo del 2007 en http://www.iqb.es/d_mellitus/historia/h01.htm
- Higashida. (2001). *Ciencias de la Salud*. 4 Ed. México: MC. Graw-Hill
- INEA (1999). *Educación para la Vida Familiar y Relaciones Familiares*, N°11.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). *Programa interinstitucional de prevención y atención al Paciente diabético*. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica. Coordinación de Áreas Médicas.
- Islas, Andrade Sergio & Lifshitz, Alberto (2000). *Diabetes Mellitus*. 2ª Ed. McGraw-Hill Interamericana. México.
- Kornblit, Analia. (1984). *Somática familiar*. España: Gedisa S.A.
- Lazcano M, Salazar B.C. (2007). *Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. México.
- Lefrancois, R. Guy. (s.f). *El ciclo de la vida*. Sexta ed. México: Thomson Learning.
- Lerman, Garber Israel (1998) *Atención Integral del Paciente Diabético; Médico Adscrito al Departamento de Diabetes y Metabolismo de Lípidos*. Segunda Edición. Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” México, D.F.: Interamericana McGraw-Hill.
- López, Vergara R & Rubio, Llorente (s.f.). *Papel de los familiares y de los profesionales de salud en la diabetes*. En <http://www.diabetes.bayer.es/user/ediarticulos.htm>
- Martínez, Aguilera Perla & Moreno, Monsiváis María Guadalupe (2006). Barreras Ambientales para el Apego al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Desarrollo Científico de enfermería*. Vol. 14. N°6. 197.
- Martínez, Martínez Brenda & Torres, Velázquez Laura Evelia (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y salud*. año/volumen 17 numero 002. 229-241.
- Munuera, Nieto J. (2004). *Psicología de la ciencia de la salud, estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. México: MC Graw Hill.
- Muñoz López, Temístocles.(2000). Apuntes sobre muestreo. *Perfiles*. Año 3, Número 15.
- Montes de Oca, Verónica (2006). *Redes Comunitarias, género y envejecimiento*. México. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales de Martínez, María Guadalupe (2001). La familia. *Puntos*. n°4. 4
- NaiperHealth, Pender (1982). *Promoción en prácticas de enfermería*. 2a ed. Stanford, California: Appleton & Lange.

- Notimex el Universal (2007, 02 de abril). *Encabezan Males crónico-degenerativos problemas de salud en México*. Universal.
- Norma Oficial Mexicana (Nom-015-ssa2-1994) (2001). *Para la Prevención, tratamiento y control de la diabetes Mellitus en la atención primaria*. México, D.F. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.
- Palmero, Francisco (1999). *Emoción, breve descripción del papel de la cognición y el estado afectivo*.
- Pardo, Torres Myrian Patricia & Núñez, Gómez Nicolás Arturo. (2008) Estilo de vida en la mujer adulto joven. *Aquichan*, vol. 8 núm. 2.
- Paris, S. & Hall E. (2002). *Psicología del desarrollo de hoy*. Madrid: Mc. Graw-Hill
- Polaino & Rosales N, J.G. (1994). *Psicología y diabetes introjuvenil*. México: Siglo XXI.
- Fundación Universitaria Konrad Lorenz (1991). La depresión ante la enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Año/Vol. 23, No.002.
- Rocha Inclán, M. (2004). *Expectativa de Vida para Enfermos de Diabetes Mellitus: Elaboración de una Tabla de Mortalidad*. Tesis de Licenciatura Publicada. Universidad de las Américas, Puebla, México.
- Rodríguez, Moran Martha & Guerrero, Romero Jesús Fernando (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México*. año/volumen 39 numero 001. 44-47.
- Roy, Callista (1999). *El modelo de adaptación de Callista Roy*. 2° ed. Estados Unidos: Appleton & Lange
- Satir, Virginia (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Ed. Paidós.
- Sánchez, Rosado Manuel (2000). *Tercera Ed. Elementos de Salud Pública*. México, D.F.: Méndez.
- Santrock, W. John. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo de la vida*. México: Mc Graw Hill.
- Secretaría de Salud del Gobierno de Coahuila (s.f.). *La salud empieza en casa*.
- Secretaria de Salud (2000). *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes*. México, D.F.
- Secretaria de Salud (2012). disponible en Internet <http://www.salud.gob.mx>
- Sheehy, G. (1989). *La crisis de la edad adulta*. Barcelona: Ed Grijalbo.
- Silvestre, N. (1996). *Psicología Evolutiva; adolescencia, edad adulta y vejez*. Barcelona: CEAC.
- Thoits, Peggy A. (2000). Social Support Processes and Psychological Well-Being: Theoretical Possibilities, en I. G. Sarason & B. Sarason (eds.). *Social Support Theory, Research and Applications*, The Hague, Netherlands, Martinus Nijhof. Citado en Castro/Ervital. *Las relaciones sociales en la experiencia del aborto*, UNAM, Cuernavaca, en línea: <http://blog.psico.edu.uy/escueladeverano2011/file/2001/02/la.red.social.a.la.experiencia>
- Travis, T. (1997). *Percepciones paciente de factores que afectan adherencia a régimen dietético destinados diabetes mellitus "El educador en diabetes"*.
- Vargas, Hildelisa (2004). *Reseña de ajuste y desajuste en la prevalencia diagnóstico de depresión en la diabetes tipo 2*. Guadalajara, Jalisco, México.
- Vanguardia (2011). *La familia el pilar de la sociedad*. Recuperado el día 5 marzo en www.vanguardia.com.mx/familiaelpilardelasociedadaddifcoahuila-665416.html
- Vizcaino, Orozco Francisco Javier. (2004). *Evolución del tratamiento combinado de glibenclamida y arcobosa comparada con glibenclamida y metformina en el*

control glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Tesis Doctoral
Publicada. Universidad de Colima, Colima, México.

Yglesias, Myrtha (2007). ¿Cómo prevenir la diabetes?. *Yo con diabetes*, (número 2) 32 - 37.

Zúñiga, Coronado María (2007). *Redes sociales y salud pública*. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

www.diabetesatlas.org/content/diabetes-and-depression, consultada 21 de mayo de 2010.

www.portal.salud.gob.mx; consultado en enero 2008.

www.issste.gob.mx; consultado en mayo del 2009.

Discriminación laboral en el adulto mayor

Juan Martin Durón Domínguez⁷
Natalia Hernández Aguirre⁸
María Magdalena Delabra Salinas⁹

Resumen

La discriminación es un grave problema en nuestro país ya que la sociedad mexicana es altamente discriminadora. De acuerdo con la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) en el 2005, nueve de cada diez personas dicen que al menos una vez en sus vidas han sido discriminados, pero en la misma proporción, estas personas han discriminado a otros mexicanos. El presente reporte tuvo como objetivo el conocer la prevalencia de discriminación laboral en el adulto mayor que acude a la plaza Manuel Acuña de la ciudad de Saltillo Coahuila. El diseño de estudio fue de tipo transversal descriptivo de una población de 50 sujetos de estudio por un muestreo por conveniencia. Estudio que reveló que el 64 % de los encuestados tienen al menos una actividad económica como el vendedor ambulante, o se encuentran dentro de los programas temporales de empleo para el adulto mayor, más sin embargo 60% refieren haber tenido dificultad para encontrar un empleo formal y el 54% sienten haber sido discriminados en alguna ocasión que solicitaron empleo.

Introducción

En nuestro país, la pirámide de la población sintetiza mejor el proceso de envejecimiento demográfico, en 2010 la base es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor: en el primer grupo (niños menores de 15 años), la participación porcentual pasa de 38.3 a 29%, en tanto que la de jóvenes (15 a 29 años) disminuye de 29.4 a 26.4 por ciento; por su parte, el porcentaje de la población de 30 a 59 años aumenta de 25.5 a 34.4%, mientras que la de 60 años y más pasa de 6.2 a 9 por ciento. La proporción de esta última población continuará aumentando durante toda la primera mitad del siglo XXI hasta alcanzar 27.7% de la población total en 2050 (INEGI, 2010).

Hay adultos mayores que aún se insertan en el mercado laboral por una decisión voluntaria asociada con el deseo de seguir realizándose como persona, en tanto que otros, están sujetos a la necesidad de un ingreso suficiente, ya sea por falta de prestaciones sociales o porque los montos en las jubilaciones y pensiones son reducidas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), durante el segundo trimestre de 2012 la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 34.9% y su comportamiento por edad y sexo indica que disminuye conforme avanza la edad y su nivel es mayor entre los hombres. Más de la mitad de los adultos mayores (50.9%) que se encuentran en la etapa de prevejez (60 a 64 años) forma parte de la Población Económicamente Activa (PEA), en tanto que en los varones, esta situación se da en siete de cada diez (71.3%); cabe señalar que 17% de la población que

⁷ Licenciado en Enfermería, UAdeC

⁸ Licenciada en Enfermería, UAdeC

⁹ Profesor Escuela de Enfermería, UAdeC

se encuentra en la etapa de plena vejez o vejez avanzada (75 años y más) se inserta en el mercado laboral como personal ocupado o como buscador de empleo (Schulz, 2012).

Un aspecto particular en el perfil laboral de los adultos mayores es que muchos de ellos no se ocupan en trabajos calificados; en el país, uno de cada tres empleos (33.1%) es calificado, conforme avanza la edad esta proporción disminuye y sólo 18% de la población ocupada de 60 años y más realiza un trabajo calificado. Esta situación vulnera el ingreso por trabajo de este sector de la población, después de los adolescentes (14 a 19 años) y jóvenes (20 a 24), el ingreso promedio por hora trabajada de los adultos mayores es el más bajo.

La discriminación un tema pendiente

La discriminación es un grave problema en nuestro país y la sociedad mexicana es altamente discriminadora. De acuerdo con la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) en el 2005, nueve de cada diez personas dicen que al menos una vez en sus vidas han sido discriminados, pero en la misma proporción, estas personas han discriminado a otros mexicanos. Esta situación evidencia que la discriminación tiende a ser circular, es decir, que en ciertas circunstancias una persona puede sufrir un acto de exclusión, pero en otras la misma persona se convierte en un agente activo de discriminación. Desde luego, la discriminación está vinculada con el poder, pero por lo general tiende a relacionarse con los patrones culturales (CONAPRED, 2011).

La discriminación es entendida como un problema estructural que agudiza los desequilibrios sociales y dificulta la efectiva transición a una sociedad democrática, justa y efectivamente participativa, y se convierte en una problemática digna de ser atendida con alta prioridad en la agenda pública gubernamental, no sólo por ser injusta, sino porque se perfila como la principal arena de oportunidad para hacer posible la consolidación democrática de nuestro país (Araiza, 2005).

Entre las situaciones de discriminación que afectan particularmente a las personas adultas mayores están aquellas que se dan cuando este sector enfrenta problema para encontrar trabajo o mantenerlo por su edad, discriminación relacionada al empleo y la ocupación. Asimismo, están las circunstancias que afectan a personas adultas mayores desempleadas que buscan acceso a la capacitación y readiestramiento profesional. Otras formas de discriminación son las cometidas por las y los integrantes de sus familias que se relejan en abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que ponen en riesgo su persona, bienes y derechos (ENADIS, 2011).

Los resultados de ENADIS (2010) muestran que en México, las personas adultas mayores son consideradas el cuarto grupo de población vulnerable a la discriminación. Por ello, el INAPAM, organismo que promueve esta encuesta, plantea que el gobierno debe reconsiderar el tratamiento general que le da a la población incluida en esta categoría. Desde su perspectiva, el Estado no debe considerar a las personas adultas mayores como grupos vulnerables, pues también pueden ser productivas si se establecen políticas de empleo para ellas (ENADIS, 2010).

Existe mucha gente de edad que trabaja o tiene necesidad de hacerlo aun a edades avanzadas y, por lo tanto, enfrentan los mismos requerimientos que otros grupos al momento de conseguir empleo, tener acceso a créditos, asistencia social, educación y esquemas de capacitación. Una de las razones por las que con frecuencia se niega el crédito es la edad y existe un límite de edad en la mayoría de los planes o sistemas de préstamos. La pobreza, la exclusión social y estas actitudes discriminatorias hacia los ancianos constituyen una violación de los derechos humanos. Los principios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la atención de las personas de la tercera edad no son, desafortunadamente, derechos exigibles.

Menos de 17 por ciento de las empresas en el país tiene planes de retención y atracción de empleados mayores de 50 años. Así, en México se sigue presentando la discriminación laboral, “también en adultos mayores, persona con discapacidad y con rezago educativo. No hemos avanzado lo que se desearía en los temas de inclusión laboral” (CONAPRED, 2009).

En la sociedad actual, es de considerable importancia el desarrollo de temas como el que se plantea en este estudio, pues existen muchas personas que se enfrentan a la discriminación por poseer más años de lo que es considerado “aceptable” en ella, teniendo entonces que enfrentarse al fantasma de la cesantía. Y este problema se acentúa aún más al considerar que nuestro país dentro de los próximos años se convertirá en un “país de viejos” debido a que la tasa de natalidad es cada vez más baja (Astete, Sanhueza & Rojas, 2006).

Discriminación laboral por edad, éste tema debe analizarse con relación a dos etapas distintas de la vida, particularmente laboral, la vejez y la juventud. El transcurso de los años, en general, afecta la capacidad laboral y el rendimiento probable de las personas que trabajan, por cuya razón la generalidad de las legislaciones en el mundo prevén para ese tiempo la posibilidad de dejar de trabajar y percibir, para su subsistencia, una jubilación (Astete, Sanhueza & Rojas, 2006).

Las situaciones posibles de discriminación por vejez se presentan, en principio, cuando la persona tiene una edad superior a los cincuenta años y pierde su trabajo. A partir de entonces, es común que tenga dificultades por esa razón para conseguir otro empleo y que peligre su subsistencia por no tener la edad para jubilarse (Astete, Sanhueza & Rojas, 2006).

El creciente número de personas prejubiladas y jubiladas constituye un valioso caudal social de experiencia y talento que se encuentra infrautilizado. Y lo que es peor aún, las exigencias del actual mercado de trabajo, donde las empresas se inclinan por contratar y promocionar a los trabajadores más jóvenes en detrimento de los de mayor edad, y los prejuicios sociales hacia los mismos hacen que a lo largo de la vida activa hayan aumentado los riesgos de marginación y exclusión del mercado laboral. Así, ya no nos extraña que trabajadores de 40 o 45 años tengan verdaderos problemas para encontrar un empleo o retener el que ya tienen. A su vez, paradójicamente, Europa es receptora de millones de emigrantes extracomunitarios que cubren puestos de trabajo que ya nadie quiere (Modesto, 2004).

Algunas aproximaciones

En México, aunque de manera diferenciada en cada una de las entidades, el proceso de transición demográfica se ha manifestado de manera acelerada y se conduce hacia niveles avanzados de envejecimiento poblacional. Un claro ejemplo de este proceso de envejecimiento, toda vez que la proporción de adultos mayores ha crecido de manera constante en las décadas recientes. En tanto, estamos obligados a avanzar en la reflexión y estudio acerca de las condiciones de vida de este sector poblacional y el impacto del envejecimiento demográfico en la dinámica social y económica de la entidad.

El incremento en este grupo etario traerá consigo el aumento en su consumo de bienes y servicios y distraerá a familiares de la ocupación remunerada o del desarrollo personal para otorgar cuidados a las personas envejecidas. Además, ante la necesidad de cubrir ese consumo de bienes y servicios, gran parte de la población adulta mayor tratará de permanecer en la actividad remunerada ante la ausencia o insuficiencia de las pensiones de retiro, ya sea posponiendo la jubilación o procurando un ingreso complementario, por tanto, es necesario ahondar en la actividad laboral de los adultos mayores, considerando que además del incremento en el número de personas en este sector poblacional, la esperanza de vida también se ha incrementado y seguirá en aumento. Esto representa grandes desafíos para el mercado de trabajo de la entidad mexicana, pues además de abrir espacios de trabajo para los adultos mayores, también es necesario que se alargue su estancia en los empleos para que puedan mantener un ingreso monetario que les permita tener una calidad de vida digna en la etapa de la vejez, en virtud de que no se prevé que las actuales generaciones de trabajadores lleguen a tener pensión u otras transferencias económicas de manera generalizada y suficiente al llegar a la vejez (Ham, 2003).

El mercado de trabajo es un tema de suma importancia en los estudios y análisis de la población adulta mayor, pues el empleo es una de sus principales fuentes de ingreso para garantizar su sustento económico, mismo que en esta etapa de la vida debería estar asegurado por otros medios ajenos al trabajo, atendiendo a su derecho al retiro laboral en la vejez. Ante circunstancias tales como la falta de cobertura y bajos montos de pensión, el deterioro de las redes sociales, los cambios en la estructura de los hogares y en la dinámica demográfica, y obedeciendo a sus demandas de fuentes de ingreso, el tema de la continuación laboral después de los 60 años debe investigarse para conocer los factores que le permiten o que le impiden a esta población continuar participando en actividades remuneradas en busca de su estabilidad económica y –en su caso– de sus dependientes económicos (Millan, 2008).

Aranguren (1995) entiende como discriminación laboral por edad, a la consecuencia de una diferenciación en el trato, la negación de derechos y oportunidades o el uso de imágenes estereotipadas de los individuos, solamente por su edad cronológica. Este hecho afecta a todas las edades, aunque en particular lo sufren las personas mayores, ya que se basa en el envejecimiento y en el uso de arquetipos creados sobre la naturaleza y capacidad de los individuos de diferentes edades. Mientras tanto Castro (2005) indica que la Discriminación Laboral, consiste en toda distinción, exclusión o preferencia de trato que, ocurrida con motivo u ocasión de una relación de trabajo, se base en un criterio de raza, color, sexo, religión, sindicación, opinión política o cualquier otro que se considere irracional o injustificado, y que tenga por efecto alterar o anular la igualdad de trato en el empleo y la ocupación". Párrafo extraído del Boletín de la Dirección del Trabajo, "Discriminación en las relaciones laborales".

Bajo el presente marco conceptual se destaca que en la ciudad de Saltillo Coahuila, Quisiano (2012) realizó un estudio no experimental, donde su objetivo fue identificar la discriminación laboral de los empacadores voluntarios de las tiendas departamentales y el estado de salud física y emocional que se presentaba en ellos. La población estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 75 años que eran empacadores voluntarios, a los que se les realizó una encuesta cuenta con 79 preguntas cerradas y están divididas en 8 entre los cuales uno preguntaba sobre trabajo y discriminación. De los cuales el 66.60% mencionó haber tenido dificultad para cómo seguir empleo y el 20% se lo atribuyó a la edad (López, 2012).

Por su parte Millán (2010) con el objeto de analizar las características de la población adulta mayor del Estado de México, así como conocer los factores que influyen en su condición de actividad o inactividad laboral (utilizaron los datos obtenidos por la ESEDEM en el 2008). Su estudio fue realizado mediante un esquema probabilístico polietápico, con probabilidad proporcional al número de viviendas particulares, tanto en áreas urbanas como en localidades rurales. En lo referente a los adultos mayores que trabajaban, se encontró que solo en 40% de las mujeres lo hacían en contraste con el 59.9% de los hombres (Millán-León, 2010).

Rebeca, Espinoza y Palloni (2007), analizaron el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), en un trabajo prospectivo de panel sobre personas de 50 años de edad o más en el año 2000. Con el objetivo de describir el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Encontrando que 41 hombres por cada 100 tienen una autopercepción buena de salud en contraste con el 35.5 las mujeres de las zonas urbanas, mientras que en las zonas rurales el 39.9 de cada 100 habitantes tienen una autopercepción buena de salud en comparación con el 24.9 de las mujeres. Se encuentra también que el 45.5 de los hombres dependen sólo de su jubilación en comparación con el 28.2 de las mujeres.

Hem y González (2008), realizaron una revisión de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (Sedesol, 2005), con el objetivo de destacar las percepciones y conceptos que los adultos mayores tienen sobre sí mismos y la discriminación; conocer si han sido sujetos en un acto discriminatorio debido a su condición de viejos. Encontraron que el 91.2% de las personas de 60 a 69 años creen que si hubo discriminación hacia ellos o consideran tener las condiciones para ser discriminados, además que el 42% considera que las principales causas de discriminación han sido la sociedad y que no hayan terminado la primaria (Ham Chande & González González, 2008).

Gallegos y cols. (2006), realizaron un estudio de datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud 2000 en México, de la cual se realizó análisis de regresión logística múltiple con el objetivo de evaluar el estado de salud de los ancianos mexicanos a través de la autopercepción y analizar los factores sociales, de salud y organizacionales asociados. Se analizaron a 7,322 adultos de 60 años y mayores, encontrando que la percepción del 19.8% de los adultos mayores tenían una percepción regular y buena de su estado general de salud.

Metodología

Los anteriores planteamientos derivan la necesidad de generar estudios que reflejen las condiciones de discriminación del adulto mayor, por consiguiente, el presente trabajo expone la prevalencia de discriminación laboral que existe en una población adulto mayor de la Ciudad de Saltillo Coahuila.

Con un diseño transversal descriptivo, la población objeto de estudio la conformaron 50 Adultos Mayores (AM) de 60 años o más, que asisten a una plaza pública del primer cuadro de la Ciudad de Saltillo, Coahuila, trabajado con un muestreo por conveniencia. Los criterios de inclusión para la realización del estudio fueron: tener más de 60 años de edad; que deseen participar en el estudio; contestar al 100% los instrumentos. En tanto que los criterios de exclusión fueron: no contestar al 100% la encuesta realizada.

Para la realización del estudio de investigación se utilizó una Ficha de Datos Sociodemográficos (FDS) en la cual se recabó la edad, el sexo, ingreso económico mensual, escolaridad, ocupación, número de hijos, estado general de salud, uso de fármacos. Para valoración de la percepción de discriminación laboral se realizara un test en el cual se preguntó si han sentido que han sido discriminados al solicitar un empleo y de qué forma se ha hecho.

Para la recolección de datos, se procedió a la aplicación de los instrumentos de investigación en la población de estudio ubicados dentro del perímetro delimitado, de la ciudad de Saltillo Coahuila, entre las 12 y 16 horas, para lo cual antes de su aplicación se le explicó a cada uno el objetivo del estudio, se les solicitó personalmente y por escrito su consentimiento. Finalmente en relación a las consideraciones éticas el presente estudio se apegó las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). Los datos obtenidos se procesaron en el paquete estadístico Statiscal Package of Social Science (SPSS, versión 16) obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.998 para lo cual se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central para las variables sociodemográficas.

Resultados

Se observa al género masculino con mayor participación en el estudio, las edades de los participantes son de 60 a 90 años cumplidos, como es bien definido por cuestiones culturales de años de años atrás las familias se conformaban por un considerable número de integrantes, la escolaridad referida en el AM muestra que solo el 16% tiene al menos la secundaria terminada, 64% de los sujetos tiene un empleo formal, sin embargo más del 25% están en desempleo o se dedican al hogar (tabla 1).

En cuanto al estado de salud en la comunidad, se interrogo de dos de las enfermedades más comunes en el adulto mayor y se encontró una alta afluencia de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus más sin embargo la mayoría de ellos tienen servicio médico vigente al cual acudir (tabla 2).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

	<i>f</i>	%	De	Med	Min	Max
Edad			8.130	71.90	60	90
• 60 a 65 años	12	24				
• 66 a 70 años	13	26				
• 70 a 80 años	18	36				
• 80 a +	7	14				
Sexo						
• Masculino	37	74				
• Femenino	13	26				
Ocupación						
• Empleado	25	25				
• Desempleado	25	25				
Escolaridad						
• Ninguna	15	30				
• Primaria Trunca	15	30				
• Primaria Completa	13	26				
• Secundaria	6	12				
• Bachillerato	1	2				
Lugar de Nacimiento						
• Saltillo	46	86				
• Monclova	4	8				
• Ramos Arizpe	2	4				
Actividad Económica						
• Si	32	64				
• No	18	36				

Fuente: Elaboración propia

n=50

Tabla 2. Estado de Salud

	<i>f</i>	%
Estado de salud		
• Buena	25	50
• Regular	8	16
• Mala	17	34
Enfermedades No transmisibles		
• HTA	17	34
• DM	18	36
• IRC	1	2
• Fracturas	1	2
• Otra	1	2
• Ninguna	6	12
	14	28

Fuente: Elaboración Propia

n=50

La tabla tres hace referencia a la percepción del adulto mayor en cuanto a la discriminación laboral, en la que se muestra que con 64 % de los encuestados tienen al menos una actividad económica como el vendedor ambulante, o se encuentran dentro de los programas temporales de empleo para el adulto mayor, mas sin embargo 60% refieren haber tenido dificultad para encontrar un empleo formal y el 54% sienten haber sido discriminados en alguna ocasión que solicitaron empleo.

Si bien es cierto que la población adulto mayor está en aumento, también es verdad que las oportunidades para ingresar al ámbito laboral a las edades mayores de 60 años es difícil, debido a la discriminación laboral que se presenta en las diferentes áreas de trabajo. La presente investigación encontró que los adultos mayores han sentido discriminación al momento de solicitar empleo, lo que corrobora los hallazgos de Quisiano (2007) y Ham y González (2008), donde indican que las personas mayores han tenido dificultad para encontrar empleo lo cual lo atribuyen a la edad, mientras que Ham (2003), a la sociedad y al no termino de la primaria.

Por otro lado, se encontró que la percepción de los adultos mayores hacia su salud es buena, lo que contrarresta lo que Wong, Espinoza y Palloni (2007) encontraron, cuando mencionan que la percepción de los adultos mayores hacia su salud es regular, aunque ambos estudios mostraron que la autopercepción que los adultos mayores tienen sobre su salud, no es mala.

Tabla 3. Escala de Discriminación Laboral

	<i>f</i>	%
¿Actividad económica?		
• Si	32	64
• No	18	36
¿Percibe algún ingreso económico?		
• Si (Pensión /Programas federales)	37	74
• No	13	26
¿Ha tenido alguna dificultad para conseguir empleo?		
• Si	30	60
• No	20	40
¿Ha sentido discriminación al solicitar un empleo?		
• Si	27	54
• No	23	46
¿Cree usted que al solicitar un empleo se encuentra en una posición desfavorable frente a un joven?		
• Si	44	88
• No	6	12

Fuente: Elaboración propia

n=50

Como lo reafirma esta investigación, al igual que la literatura, el adulto mayor se auto-percibe como una persona fuerte y que puede desarrollar aun actividades laborales, es importante que enfermería pudiera realizar evaluaciones periódicas a estos adultos mayores, con el fin de que los campos laborales sean abiertos para ellos, evitando la mala idea de que por la edad, ya son personas enfermas.

Sería importante que esta investigación se tome como referencia para realizar un enfoque multidisciplinario, desde la perspectiva de enfermería y trabajo social, con el fin de que una parte se encargara de la salud, y otra se encargara del ámbito de pensiones y derechos de los adultos mayores para su desarrollo sano en la sociedad.

Referencias

INEGI (2012). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo*

XXI. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf,

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social (INEGI-STPS). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2011*. Segundo trimestre Consulta interactiva de datos. México, INEGI, 2012.
- Schulz, James H. *The world ageing situation*. Citado en: Chande Ham (1999). *Relaciones entre envejecimiento demográfico y condiciones laborales. Ponencia para el taller de expertos en envejecimiento y políticas de empleo para grupos vulnerables*. http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/Ham_Chande.pdf?PHPSESSID=67de9ad189f0dbd5079854c1a8c449ce, agosto de 2012.
- Ham, Roberto (2003). *Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana.
- Millan León Beatriz (2008). *Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexicanos*.
- Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Duran-Muñoz, C., Reyes, H., & Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Salud Pública*, 792-801.
- Ham Chande , R. & González González, C. A. (2008). Discriminación en las edades avanzadas en México. *Redalyc*, 35-58.
- Quistiano, López, S. L. (2012). *Adultos Mayores y Discriminación Laboral. El caso de los empacadores voluntarios de HEB de Plaza Real, en la Cd. de Saltillo, Coahuila*. Saltillo Coahuila: Tesis.
- Millán-León, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexicanos. *Scielo*, 16(64).
- Rebeca Wong, M. E. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, Vol. 49.

Actitud ante la muerte en el adulto mayor, en un Centro Diurno de Saltillo, Coahuila

Karen Yazmín Villasana López¹⁰
Mario Alberto Cerda Esquivel¹¹
Martha Alicia Magallanes Monrreal¹²

Resumen

En el presente estudio se pretende conocer la actitud ante la muerte en un grupo de adultos mayores que se encuentran actualmente asistiendo al Instituto Diurno en Saltillo, Coahuila; expresando que en la actualidad las personas evitan hablar del tema y se observa conductas evitativas de miedo y ansiedad. Se utiliza el perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R) (Gesser, Wong & Reker, 1998), el cual consta de 32 ítems, con 52 adultos mayores. Se destacan más las mujeres con 82.7%, de las cuales 51.9% son viudas; con edades de 61 a 94 años con 77.75%. La actitud de aceptación hacia la muerte es buena ya que sus respuestas son: bastante de acuerdo, algo de acuerdo y totalmente de acuerdo; a su vez las respuesta en cuanto al miedo a la muerte no representaron temor. Se ha encontrado además similitud en cuanto la aceptación de acercamiento, pero hay diferencia respecto al miedo hacia la muerte pues en el presente estudio no representan ningún miedo, pero si ve una similitud referente como un medio de escape.

Introducción

Actualmente viven en México 108 millones de adultos mayores que representan el 9.66% del total de la población Instituto Nacional de Estadística Geográfica Investigación ([INEGI], 2010) no obstante este porcentaje podría triplicar se en los próximos 40 años ya que en México experimenta un proceso acelerado de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, debido a la reducción de la tasa de la natalidad y de mortalidad, y el aumento de la esperanza de vida, ya que esta ha sufrido cambios importantes en el siglo pasado entre 1950 y el 2000 este indicador paso de 36 a 76 años y se espera que las próximas décadas continúa su incremento hasta alcanzar los 80 años en el 2050 (CONAPO, 2006).

El envejecimiento según Pérez (2006) es un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible. Forma en su calidad de vida, su estabilidad emocional, y atrae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca, y a concebirla como algo inminente, lo cual es resultado de haber vivido y enfrentado numerosas pérdidas físicas, y psicológicas, durante el ciclo vital.

Para Malishev (2003) el hombre a diferencia de otros seres vivos, está provisto del saber de su fin irremediable y a la vez, desprovisto de los recursos suficientes para hacer frente a su propio saber, tiene conciencia de su propio fin y al mismo tiempo, se resiste a este acontecimiento. El hombre se subleva ante la muerte y trata de afirmar su

¹⁰ Licenciado en Enfermería, UAdeC

¹¹ Licenciado en Enfermería, UAdeC

¹² Profesor Escuela de Enfermería, UAdeC

existencia más allá de la vida real, por eso la muerte se percibe como la enemiga violenta, como algo ilegítimo que no debería tener lugar.

Según Ariés (2007) en su recorrido sobre las actitudes frente a la muerte ha formulado el concepto de muerte como predominante a partir del siglo XX. La muerte está atravesada por una fuerte cesura y prohibición. Se intenta evitar la expresión de las emociones intensas ligadas a la muerte. Los ritos de la muerte sólo guardan apariencia, no su esencia, la técnica fomenta la desintegración de la muerte, la curación simboliza el ideal médico en este contexto donde la muerte se equipara al fracaso del tratamiento.

El ser humano pasa por un proceso vital de etapas, crisis que permite o no superar cambios que presenta en cada una de ellas, pero especialmente en el adulto mayor la crisis se relaciona con la evaluación que ha vivido la persona de su vida. Donde por un lado, puede aceptar la manera en cómo ha vivido, se encuentre interesado y lograr un sentido de integridad, desarrollando lo que denomina el sabiduría, permitiéndole una mayor aceptación hacia la muerte (Erickson, 1976). Sin embargo cuando hay desesperanza no se acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, sienten que las oportunidades sean agotadas, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido (Barraza & Uranga, 2007). Por otra parte los ancianos suelen estar menos ansiosos que los jóvenes con respecto a la muerte; los amigos y los seres queridos se pierden; las acciones significativas de la vida son menores; los problemas se sienten abrumadores y son inexplicables; algunos se sienten cansados de la vida y se ven inundados de tristeza (Uribe & Valderrama, 2007).

La muerte, ha sido definida como la cesación de las funciones vitales o término de la vida su concepción e imagen varía según la cultura y el momento histórico (Pérez & Velasco 2011). Biológicamente se define a la muerte como la degradación paulatina de la materia que culmina con la transformación y el desgaste de las funciones vitales (morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas), que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo en los seres vivos (González, 2008).

Según Hartfield y Thomas (s/f) la muerte ha sido excluida de la sociedad moderna, la cual no puede ser socialmente pensada ni hablada, solamente negándola se puede hablar de ella, y se actúa como si no se debiera morir. Se identifica como el hecho más trascendente y negativo de la existencia humana sin respuesta alguna, presentándose como un acontecimiento terrible y aterrador, enfrentándose a ésta como se ha vivido (Reyes & Moragas, s/f).

Por su parte Cuello (2002) menciona que la vejez se encuentra asociada a la idea de deterioro y muerte, en general despierta miedo, por lo que se implementa un dispositivo tendiente a negar el proceso evolutivo natural “No obstante la muerte, sigue silenciada en el discurso, y el tema es tratado por la filosofía, la religión y el arte, más que por la psicología”. Este miedo se manifiesta a nivel social a partir de un mecanismo de formación reactiva, en el que las personas han desarrollado un “*culto obsesivo*” por la belleza y la eterna juventud, que se ve reforzado permanentemente por los massmedia transformando al cuerpo como un objeto a partir del cual se puede obtener la felicidad eterna. Cuando se habla de la muerte surgen dos variables importantes, una es la relacionada con los miedos que esta suscita y otra son las actitudes que asume el adulto mayor ante la misma (Uribe, 2007).

En sí la percepción no es sólo el resultado de las impresiones sensoriales transportadas a los centros nerviosos, incluye la interpretación personal del individuo en su entorno, por lo que ha sido definida como un proceso psicofísico en el que el sujeto transforma las diversas impresiones sensoriales (estímulo), de acuerdo a la intensidad, actitud, motivación, experiencia, expectativa, recuerdos, conciencia, emoción, cultura, valores e intereses (Martínez, 2008).

El adulto mayor comienza a experimentar con mayor angustia y frecuencia (casi la mitad de los viejos) la aproximación de la muerte inevitable de tal manera que la muerte no se concibe de la misma manera de un ser humano a otro, de una raza a otra, de una cultura a otra, de una edad a otra, de una religión a otra o de nivel socioeconómico, además de los antagonismos que percibe cada ser humano creando la idea errónea de que el hombre muere a una edad determinada (ancianidad) y el hecho probable de alcanzar ese límite, le provoca una tremenda angustia y no puede escapar de ella (Martínez, 2008).

La construcción del concepto de muerte en el adulto mayor está mediada por diversos factores, entre ellos está el presenciar muertes cercanas, las enfermedades, el distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas y la elaboración de duelos correspondientes (Viguera, 2005).

De esta manera las representaciones se orientan en dos líneas básicamente, por un lado esta una concepción religiosa en donde la muerte se considera como un proceso para llegar a la otra vida, donde hay un encuentro con un Dios supremo o hay una reencarnación; y por otro lado, está la concepción de muerte simplemente como la culminación del ciclo vital del ser humano; sin embargo, no se debe dejar de lado el significado que tenga la muerte para cada persona (Vilches, 2000).

Sean identificado tres tipos de aceptación: aceptación neutral: ni se teme a la muerte ni se le da la bienvenida; simplemente se la acepta como uno de los hechos inalterables de la vida y se intenta sacar el máximo provecho a una vida finita. Aceptación de acercamiento: implica la creencia en una vida feliz después de la muerte y está muy relacionada con creencias y prácticas religiosas. Aceptación de escape: cuando la vida está llena de dolor y miseria, la muerte puede ser una alternativa bienvenida. Cuando el sufrimiento y el dolor aplastan a la gente, y hay pocas posibilidades de alivio, la muerte parece ofrecer el único escape. Por lo tanto, en la aceptación de escape la actitud positiva hacia la muerte se basa, no en la "bondad" inherente de la muerte, sino en la "maldad" de la vida (Pérez & Velasco, 2011).

Diversos autores consideran que existen una serie de estrategias que permiten superar o controlar dichos miedos, como lo es el poder hablar de ellos, escribirlos, o reestructurar los mitos que hay en relación a la muerte, así mismo los grupos de apoyo se convierten en un espacio de soporte emocional, en donde la interacción con otras personas de la misma edad contribuye a disminuir el sufrimiento que puede generar los miedos (Viguera, 2005).

Según Barraza y Uranga (2007) mencionan que la muerte es aceptada cuando hay un reconocimiento por parte del adulto mayor de que sus funciones cada vez se pueden deteriorar más y que esto puede ocasionar limitaciones físicas que los lleve finalmente a perder roles importantes dentro de la sociedad; además el hecho de que se

origine un distanciamiento entre generaciones lo lleva de una u otra manera a hacerse la idea de que la muerte ya no es una realidad lejana, y que por tanto debe aceptarla positivamente y sin temores; sin embargo, la realidad es que esto no es tarea fácil ya que el adulto mayor constantemente realiza balance entre aceptación y rechazo de su propia muerte.

En las primeras la persona retoma todos sus esfuerzos para enfrentar la situación problemática y así mismo aprender de ella, abarcándolo de forma más positiva, y dándole un significado distinto al problema, mientras que las formas pasivas llevan a que la persona continuamente esté evitando dichas situaciones y por ende no se genere un aprendizaje de las mismas. (Krzeim, Monchietti & Urquijo, 2005; Zamarrón & Dolores, 2006). Específicamente en los adultos mayores el afrontamiento tiende a ser más exitoso, debido a que están continuamente involucrados en situaciones problemáticas que están fuera de su control, tales como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad y la cercanía de la propia muerte, a lo que se agregan todas la experiencias vividas en etapas anteriores (Stefani & Feldberg, 2006).

La muerte es ya no estar aquí, es separarse, el no ver más a los seres queridos, dejar todo por lo que se luchó. El desconocer la forma de nuestra muerte puede ocasionado, inquietud, angustia, desesperanza (Pérez & Velasco, 2011).

El fenómeno de la muerte ha proporcionado los más complejos y elaborado sistemas de creencias practicas mágicas religiosas que le han servido a la humanidad, de todos los tiempos culturas, para explicar, entender y manejar el hecho físico de la muerte. Las diferentes culturas y las distintas generaciones han abordado de manera particular y diferenciada el tema de la muerte, relacionándolo con diversas creencias y costumbres (Viguera, 2011).

Las sociedades primitivas concebían a la muerte como resultado de una intervención por agente externo, no atribuían personalidad a la muerte. Durante el Medievo la muerte continúo considerándose como el resultado de una intervención deliberada y personal de dios. Durante siglo XV aparece lo que se le llama la muerte natural, el hombre de la edad media y el renacimiento deseaba participar en su propia muerte, porque veían en ella un momento excepcional en que su individualidad recibía forma definitiva. El hombre moría en su casa, rodeado de su familia, el enfermo era el primero en saber que iba a morir: la muerte era vivida como una ceremonia ritual en la que el agonizante se convertía en protagonista (Pérez & Velasco 2011). A partir del siglo XVII, la muerte se volverá salvaje, se oculta definitivamente como en nuestra época; el siglo XX comienza a instalarse la muerte invertida, la sociedad expulsa a la muerte no hace pausa continua como si nadie hubiera muerte.

La muerte ahora es concebida socialmente como inaceptable o prohibida, un tabú, se le esconde, se le saca de las casa para llevarlas a instituciones u hospitales, se le medicaliza, se convierte en suceso dirigido técnicamente por el equipo de profesionales del hospital, muchas de las veces los familiares ya no están el proceso de la muerte (Pérez & Velasco, 2011).

En nuestras sociedades se ha optado por hacer un lado la enfermedad y la muerte hasta el extremo de engañar incluso al enfermo sobre la enfermedad de su estado

(Maud, s/f). Vargas y Mendoza (2009) indican que a mayor edad se pueden desarrollar con más frecuencia sentimientos de desesperanza, en donde no se acepta la realidad inevitable de la muerte y en los que la llegada de la adultez mayor o su proximidad pone a la persona ante un sinnúmero de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera en la calidad de vida y trae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido.

Las personas pueden aceptar cognoscitivamente la muerte su mortalidad, sin embargo se muestran intranquilos en función de su propia muerte y sus consecuencias. Es un misterio inexplorado lleno de incógnitas temores y angustias, el miedo a la muerte es fenómeno natural que se ha observado tradicionalmente en el hombre y especialmente en los ancianos (Martínez ,2008).

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que utiliza un individuo para realizar las cosas. Eiser (1999) define la actitud como la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social. Una actitud es una disposición mental y neurológica que se organiza a partir de una experiencia, es decir una tendencia aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo a responder de una manera determinada y característica, por lo general, positiva o negativamente ante una situación (Allport, Young & Hollander, 1991, en Rodríguez 1991).

Principales actitudes que pueden presentar los adultos mayores: Actitud de indiferencia, donde se muestra resistencia al tema de la muerte restando circunstancia ha este hecho. Actitud de temor, el adulto trata en lo posible de evitar cualquier aspecto relacionado con la muerte sus expresiones sólo se orientan a manifestar sus quejas de dolor y sufrimiento. Actitud de descanso, el tema de la muerte es entendido como la culminación de sufrimiento y la llegada de la paz y la tranquilidad, esta aptitud se observa en personas que han padecido una enfermedad crónica. Actitud de serenidad, cuando el adulto mayor se siente satisfecho con lo que ha vivido por lo tanto se siente preparada para la muerte (Barraza & Uranga, 2007).

Metodología

La muestra estuvo conformada por 52 adultos mayores, que acuden al Centro de Diurno ubicado en la calle Praxedis de la Pena No. 239, Zona Centro, en Saltillo, Coahuila. Se utilizó el perfil revisado de actitud hacia la muerte (PAM-R) (Gresser, Wong & Reker, 1998), el cual consta de 32 ítems. El alfa de Cronbach es de 0.893. Las dimensiones que mide instrumento son miedo a la muerte, se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.

La Evitación ante la muerte se relaciona con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma. La Aceptación neutral definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte,

expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene. La Aceptación de acercamiento se relaciona con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte (Dixon & Kinlaw, 1983 citado por Gala et al., 2002). La Aceptación de escape se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia, por tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas.

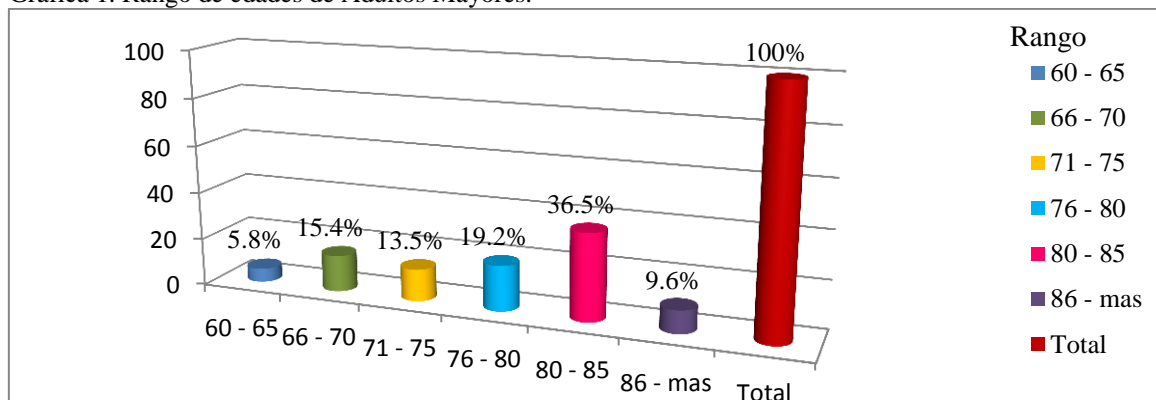
El diseño es tipo descriptivo trasversal, la presente investigación se llevó a cabo durante el mes de Diciembre del 2012. Inicialmente se contacta con la Directora del Centro de Asistencia del Centro de Investigación Familiar y Social, la captación de los datos se realiza a través del paquete estadístico SPSS 16. V para Windows. Finalmente se describe los datos encontrados.

El proyecto se somete a consideración del comité de investigación y ética de la escuela Dr. Santiago Valdés Galindo el cual es aprobado para su realización bajo los siguientes artículos: La siguiente investigación se centra sobre el artículo 3o. de la ley general en materia de investigación el cual tiene como objetivo comprender el desarrollo de acciones que contribuyan: I al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. Su vez se utiliza el artículo 13. El cual informa que la persona a investigadas deberán prevalecerá, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala. VI. deberá ser realizada por profesional.

Resultados

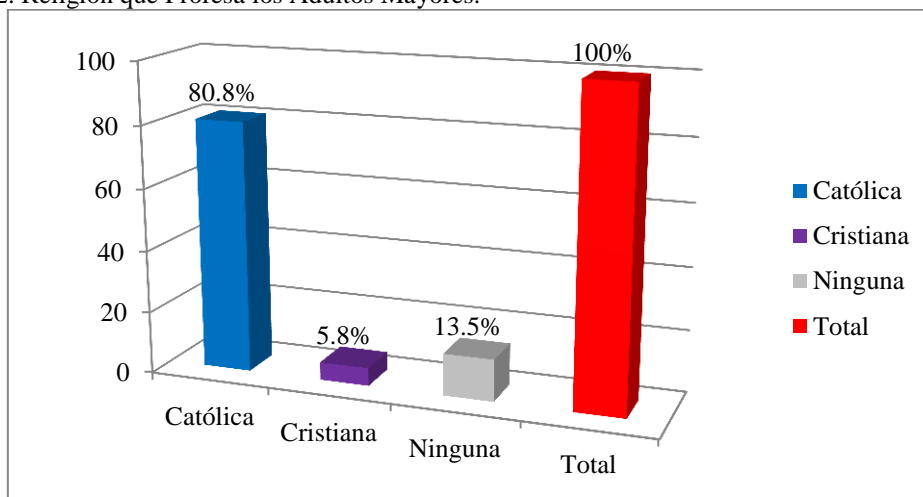
Respecto a la distribución de la muestra por grupo quinquenal se identifica que hay mayor presencia entre 80 a 85 años 36.5%; de 76 a 80 años 19.3%; de 66 a 70 años 15.4%; de 71 a 75 años 13.5%; de 86 a más años 9.6%; y 60 a 65 años 5.8%. La edad mínima que se encuentra fue de 61 años y la edad máxima de 94 teniendo como media 77.75 años (gráfico 1).

Gráfica 1. Rango de edades de Adultos Mayores.



Fuente: Elaboración propia

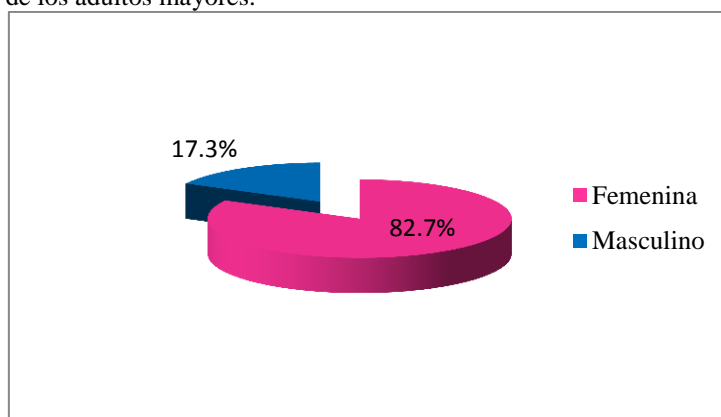
Gráfico 2. Religión que Profesa los Adultos Mayores.



Fuente: Elaboración propia.

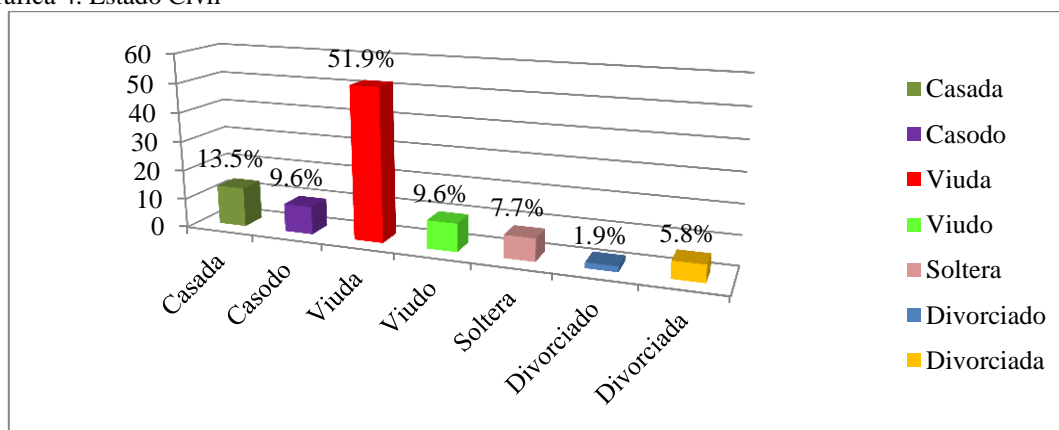
Referente a la religión se puede observar que los adulto mayores profesan más la religión Católica con 80.8%, con menor presencia la Cristiana en 5.8% y también se encontró que el 13.5% no refiere profesar ninguna religión (gráfico 2). Se puede observar que hay una mayor presencia del sexo femenino con 82.7%; y con menor presencia del hombres en un 17.3% (gráfico 3)

Gráfico 3. Genero de los adultos mayores.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4. Estado Civil



Fuente: Elaboración propia

n=52

La condición es civil muestran que hay mayor número en viuda 51.9%; seguido de 13.5% en casada; a su vez tanto casado como viudo se muestra con un 9.6%; se encuentra a su con el 7.7% en solteras; divorciada se encuentra con un 5.8% y con un 1.9% está divorciado.

Tabla 1. Actitudes hacia la muerte en Mujeres.

Ítem	TD	D	MD	I	MA	A	TA
ACEPTACIÓN DE ACERCAMIENTO							
16.-La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	9.3%		2.3%	7.0%	7.0%	20.9%	53.5%
25.-Veo la muerte como el pasaje a un lugar eterno y bendito	9.3%	9.3%			2.3%	30.2%	48.8%
15.-La muerte es la unión con Dios y la gloria eterna.	9.3%			9.3%	7.0%	20.9%	53.5%
22.-Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir.	14.0%	4.7%			4.7%	14.0%	62.8%
28.-Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	14.0%	7.0%	2.3%	14.0%		14.0%	48.8%
4.-Creo que iré al cielo cuando muera.	7.0%	16.3%		41.9%	11.6%	4.7%	18.6%
31.-Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte.	14.0%	7.0%		9.3%	14.0%	9.3%	46.5%
8.-La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva	4.7%	4.7%	2.3%	9.3%	7.0%	27.9%	44.2%
13.-Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	2.3%	2.3%		14.0%	2.3%	20.9%	58.1%
27.-La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	7.0%	4.7%		14.0%	9.3%	16.3%	48.8%
ACEPTACIÓN DE ESCAPE							
29.-Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	9.3%	16.3%	2.3%		4.7%	14.0%	53.5%
23.-Veo la muerte como un alivio de sufrimiento terrenal.	9.3%	4.7%			7.0%	16.3%	60.5%
9.-La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	27.9%	18.6%			7.0%	14.0%	32.6%
11.-La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	2.3%	11.6%	2.3%		2.3%	25.6%	55.8%
5.-La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	4.7%	2.3%		11.6%	2.3%	23.3%	55.8%
ACEPTACIÓN NEUTRAL							
24.-La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	4.7%					18.6%	76.7%
14.-La muerte es un aspecto natural de la vida.	2.3%				7.0%	27.9%	62.8%
6.-La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	2.3%	2.3%			4.7%	18.6%	72.1%
30.-La muerte no es buena ni mala.							
17.-No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	20.9%	14.0%	11.6%		7.0%	4.7%	41.9%
MIEDO A LA MUERTE							
32.-Me preocupa la incertidumbre de no saber, qué ocurre después de la muerte.	30.2%	16.3%		2.3%		9.3%	39.5%
18.-Tengo un miedo intenso a la muerte.	44.2%	18.6%	2.3%		14.0%	9.3%	11.6%
21.-Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco.	23.3%	18.6%	7.0%	7.0%	4.7%	9.3%	30.2%
7.-Me trastorna la finalidad de la muerte	34.9%	34.9%	2.3%	4.7%	7.0%		
2.-La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	46.5%	25.6%		2.3%	7.0%	4.7%	14.0%
20.-El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	32.6%	37.2%	4.7%	2.3%	2.3%	11.6%	9.3%
1.-La muerte es, sin duda una experiencia horrible.	58.1%	14.0%	2.3%	2.3%		2.3%	20.9%

Elaboración propia

n=43

Las respuestas se presentan de la siguiente forma: TA=Totalmente de acuerdo, A=Bastante de acuerdo, MA= Algo de acuerdo, I=Indeciso, MD=Algo en desacuerdo, D Bastante en desacuerdo y TD=Totalmente en desacuerdo.

Tabla 3. Actitud hacia la en Hombres.

Ítem	TD	D	MD	I	MA	A	TA
ACEPTACIÓN DE ACERCAMIENTO							
16.-La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	22.2%		22.2%	22.2%	11.1%		22.2%
25.-Veo la muerte como el pasaje a un lugar eterno y bendito	11.1%		22.2%		11.1%	22.2%	33.3%
15.-La muerte es la unión con Dios y la gloria eterna.	33.3%	11.1%	22.2%			11.1%	22.2%
22.-Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir.	22.2%			11.1%			55.6%
28.-Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.	11.1%			11.1%	11.1%	33.3%	33.3%
4.-Creo que iré al cielo cuando muera.	11.1%	11.1%		33.3%	11.1%	22.2%	11.1%
31.-Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte.	22.2%			11.1%		11.1%	55.6%
8.-La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva.	11.1%	11.1%		11.1%	22.2%	33.3%	11.1%
13.-Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	11.1%			11.1%		44.4%	33.3%
27.-La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	11.1%			11.1%	11.1%	33.3%	33.3%
ACEPTACIÓN DE ESCAPE							
29.-Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	11.1%	11.1%			22.2%	11.1%	44.4%
23.-Veo la muerte como un alivio de sufrimiento terrenal.	22.2%				22.2%		55.6%
9.-La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	44.4%	22.2%	11.1%		11.1%		11.1%
11.-La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	11.1%				22.2%	22.2%	44.4%
5.-La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	33.3%	11.1%			22.2%		33.3%
ACEPTACIÓN NEUTRAL							
24.-La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	11.1%			11.1%	22.2%	33.3%	55.6%
14.-La muerte es un aspecto natural de la vida.	11.1%					33.3%	55.6%
6.-La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	22.2%					22.2%	55.6%
30.-La muerte no es buena ni mala.	11.1%		11.1%				77.8%
17.-No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	11.1%				11.1%		77.8%
MIEDO A LA MUERTE							
32.-Me preocupa la incertidumbre de no saber, qué ocurre después de la muerte.	44.4%	22.2%			11.1%		22.2%
18.-Tengo un miedo intenso a la muerte.	44.4%	44.4%	11.1%				
21.-Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco.	33.3%	11.1%	11.1%				44.4%
7.-Me trastorna la finalidad de la muerte	55.6%				11.1%	22.2%	11.1%
2.-La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	55.6%					22.2%	22.2%
20.-El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	33.3%	33.3%	22.2%				11.1%
1.-La muerte es, sin duda una experiencia horrible.	33.3%	33.3%					33.3%

Fuente: Elaboración propia.

n=9

Las respuestas se presentan de la siguiente forma: TA=Totalmente de acuerdo, A=Bastante de acuerdo, MA= Algo de acuerdo, I=Indeciso, MD=Algo en desacuerdo, D Bastante en desacuerdo y TD=Totalmente en desacuerdo.

Tanto en las mujeres como en los hombres hay similitud a pesar de que hay una gran diferencia en cuanto a número de personas, en torno al pensamiento de la muerte en la aceptación de acercamiento se puede ver que ambos grupos están de acuerdo con el hecho de la muerte teniendo que la mayoría de sus respuestas van de estar: algo de acuerdo, bastante de acuerdo, y totalmente de acuerdo. Sin embargo también se puede observar que a las preguntas de escape hacia la muerte la mayoría contestó estar de algo de acuerdo, bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo, teniendo como hecho que la muerte es vista como una liberación de carga de la vida. A la aceptación neutral se encontró que la mayoría de las respuestas van de estar: algo de acuerdo, ha totalmente de acuerdo representado que la muerte es un proceso de la vida. En miedo hacia la muerte expresaron no tener miedo hacia el proceso de morir, teniendo como resultado de la encuesta que la mayor estar en total desacuerdo con el hecho del miedo (tabla 1).

La muerte ha sido señalada en occidente no solo como un hecho negativo sino como un tabú considerándose como el máximo mal que le puede ocurrir al hombre, dependiendo de las condiciones de la persona.

Analizando varias investigaciones relacionadas con la muerte se encontró que predomina el género masculino, siendo más de la mitad en los casos, referente al estado civil la mayoría de ellos se encontraba casados, siguiéndole la viudez, en relación al tipo de religión que practica la mayoría de los adultos mayores predomina la católica en la totalidad de los casos.

En las anteriores investigaciones, se demuestra que la actitud de acercamiento es expresada como el acercamiento con dios y el rencuentro con sus seres queridos, son más las mujeres la que presentan esta situación. La aceptación neutral es descrita como un proceso de la vida natural, donde no se considerada ni buena ni mala; este juicio es más aceptado por el hombre. En la aceptación de escape, el hombre ve a la muerte; como un alivio del dolor y la preocupación de la vida; por último el miedo a la muerte, es asimilado por las mujeres ya les preocupa la incertidumbre de que pasara después de este acontecimiento, o de que este proceso sea el final de todo lo que conocen.

Después de haber analizado la investigación en un grupo de adultos mayores, pudimos observar que a ellos la muerte no les causa temor, ya que saben que es parte del proceso de la vida, pero se encuentra una diferencia en relación al género, siendo la de mayor presencia la femenina, a su vez encuentran viudas, en lo que respecta a la religión son similares con los estudios encontrados.

Ante los procesos de aceptación y acercamiento se encontró que ambos géneros aceptan que la muerte es la unión con dios en su mayoría. Esto favorece la creencia en la existencia de Dios y la Creencia en la vida después de la muerte, pueden generar que en las personas la aceptación de la misma como varios revela esto según (Harding, Flannelly, Weaver & Costa, 2005).

Mientras que la situación de escape es vista por ambos géneros con un liberación de la carga de la vida; esto se puede considerar a lo que dice Barraza y Urganda (2007) que la muerte es vista como medio de liberación del sufrimiento y la llegada de la paz y la tranquilidad, sobre todo si las personas padecen una enfermedad, cabe destacar que en este grupo de personas, no se detecta una enfermedad grave, pues las personas estudiadas son auto suficientes, y el lugar estudiado reciben talleres, en los ocupan para hacer diferentes actividades como son: canto, baile, pintura. Por otra parte también hay diferencia que en este grupo, pues tanto mujeres como hombres, no expresan una actitud de miedo hacia este proceso, en esto si hay diferencia pues varios autores, expresan que el adulto mayor evita en lo posible evitar el tema de la muerte (Barraza & Uraga, 2007).

Muy diferente de lo que opina Uribe y Valderrama (2007) al encontrar que las mujeres adultas presentaban más actitudes y miedo hacia el tema de la muerte relacionado con el hecho de que generalmente son ellas quienes más se aferran a la vida, por los lazos más fuertes de dependencia hacia la familia y sus preocupaciones en torno de la misma. Pero también hay similitud a lo que expresa Erikson (1976) ya que el adulto se siente conforme y satisfecho con la manera en que han vivido su vida, encontrándole sentido, lo que lleva a afrontar la muerte sin miedo de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la

integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de la institución. A su vez centra el artículo 17 el comprende que la investigación es bajo riesgo dado que no interviene en ningún proceso biológico, psicológico.

Conclusiones

A pesar de que no se encuentra problemas para aceptar el hecho de la muerte, por el contrario ven a la muerte como un proceso de vida. Sin embargo a pesar de que esta población es sana en apariencias porque que aún cuentan con la capacidad para realizar tareas cotidianas por sí sólo, y se encuentran en una estancia donde realizan actividades de canto de manualidades; es evidente de que el hecho de que ven a la muerte con un medio de escape; por lo que trae a reflexionar sobre que tantos problemas a enfrentado a largo de sus vida el adulto mayor, que problemas carga hoy ante el proceso de envejecimiento, entre los cuales se puede destacar el abondo, falta económica, estados de enfermedad crónica.

Se puede concluir que los adultos mayores aceptan el hecho de la muerte aunque su perspectiva sea distinta en hombre y mujeres pues ella ven a la muerte un proceso para al cansar la gloria o el encuentro con dios; sin embargo en los hombre no creen el hecho de que a la vida después de la muerte; en lo que si tiene similitud es en el hecho de no saber si van hacer aceptados en el cielo expresando indicción ante el hecho; en lo que se tiene también similitud es en el hecho en que las ven a la muerte como un liberación de la vida, pues aseguran que el hecho de la muerte traerá paz a su días de vida, la aceptación de la muerte es tomada con un proceso natural de la vida, al cual no temen.

Se considera que enfermería se enfrenta diariamente a estos acontecimientos de muerte por lo tanto, creo que es de suma importancia que se le prepare con relacionado a la tanatología, para que pueda enfrentarse de una mejor manera ante esta situación tanto con el adulto mayor como con los familiares. Aunque resultados analizados con anterioridad demuestran que para el adulto mayor esta etapa es parte del proceso de la vida y la mayoría de ellos consideran a la muerte como algo natural, algo que tiene que pasar.

Ante una enfermedad de estado terminal es necesaria la implementación de leyes que apoyen al adulto mayor y al familiar en la toma de su decisión ante el proceso de agonía que se estará enfrentando.

Referencias

- Cuello, C. (2002). *La vejez y la muerte*. 4. Recuperado Diciembre, 10, 2012 de http://www.querencia.pscico.edu.uy/revista_nro4/célica_cuello.htm
- Barraza, M. & Uranga, R. (2007). *Reflexiones de una vida: Guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en fase terminal*. Recuperado Diciembre 5, 2012 de <http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/Revista>.
- Erikson, E. (1976). *Childhood and socuety* (4a Ed) Nueva York: Norton.
- Harding, S.R., Flannelly, K.J., Weaver, A.J & Costa, K.J. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religión and Culture*, 8,pp. 253-261.

- Instituto Nacional Geografía Investigación ([INEGI] 2010). Estadística de población.
- Pérez, R (2006). Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. *Geroinfo*, 1, pp.1-15.
- Malishev, M. C. (2003). El sentido de la muerte. *Ciencia Ergo Sum*. 10, pp. 51-58.
- Stefani, D & Feldberg, C. (2006) Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez. Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 22, pp. 267-272.
- Uribe, R. A.F. (2007) .Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*. 3, (8), 2007, pp. 109-120. Recuperado Diciembre, 10, 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Viguera, V (2005). *Los miedos en los adultos mayores*. Recuperado Diciembre, 5, 2012 de <http://www.isalud.org/htm/pdf/pdflazos/212LOS%20MIEDOS%20EN%20LOS>.
- Vilches, L. (2000). *Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior*. Chile: Departamento de psicología, Universidad de Chile.
- Zamarrón, C. & Dolores, M. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Portal de mayores*. 52, pp. 1-19.

Funcionalidad e independencia en el adulto mayor

Gabriela Moreno Mendoza¹³
María de los Ángeles Villarreal Reyna¹⁴

Resumen

La presente investigación pretende identificar la correlación entre las variables de habilidades funcionales y la independencia, de la población geriátrica que acude al servicio de geriatría de la consulta externa del Centro Estatal del Adulto Mayor. El estudio es de tipo descriptivo y transversal. De una muestra compuesta por un total de 220 adultos mayores en un rango de edad de 60-99 años. Se selecciona a los pacientes de una base de datos de manera aleatoria, los cuales se les aplicó 3 escalas validadas que miden el grado de funcionalidad e independencia del adulto mayor, éstas se realizaron cuando el paciente acude por primera vez al servicio de consulta externa de Geriatría del Centro Estatal del Adulto Mayor de enero a junio 2012, cabe mencionar que no existe réplica del documento.

Introducción

El proceso de envejecimiento conlleva, a la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva del organismo y los cambios en los sistemas anatómicos y fisiológicos, es suficiente para provocar deterioro funcional, y que a corto plazo lleva a la persona geriátrica a una situación de vulnerabilidad que requiere la utilización de atención y servicios médicos. Si estas necesidades no son cubiertas, se produce la dependencia, que más tarde, puede llevar a la institucionalización y finalmente al fallecimiento (Robledo, 2006).

Para Cyrus (2009) la consideración de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, es decir la mirada integral, se hace inevitable para cualquier intervención desde el área de salud. Y es precisamente el estado de la funcionalidad física y la independencia del adulto mayor, los conceptos claves que se abordará en la siguiente investigación. Por su parte Sánchez (2010) la vejez ya no se concibe como una etapa final de la vida sin contenido, sino que se convierte en un estadio de evolución, con patrones cambiantes de ocupación y actividad, desarrollo de habilidades y exploración de nuevos intereses. La figura del mayor comienza a ser protagonista de muchos aspectos de la vida social, adquiriendo nuevos roles y organizando su tiempo con la realización de una amplia gama de actividades antes prácticamente inexistentes.

Este giro en la perspectiva de la vejez compromete como profesionales de la salud a aceptar un nuevo reto que redunde en mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Este compromiso es el de entender y atender a la persona mayor como un agente activo, dinámico y capaz de incorporar tanto nuevos hábitos y actividades en su día a día, como de afrontar retos en los procesos de rehabilitación funcional.

¹³ Licenciada en Enfermería

¹⁴ Profesor Enfermería, UAdeC

Las actividades de la vida diaria son parte primordial de la funcionalidad e independencia en el adulto mayor, Sánchez (2010) expone que el término funcional se utiliza más para la esfera física, para identificar qué grado de independencia o autonomía alcanza un individuo en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y en la deambulaci3n. Las escalas para medir tanto Actividades B3sicas de la Vida Diaria ABVD como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tienen la siguiente utilidad:

Para detectar incapacidad, describir el estado funcional, determinar objetivos terap3uticos y monitorizar el curso cl3nico de los pacientes; Capaces de predecir la evoluci3n funcional, la mortalidad y el riesgo de institucionalizaci3n; Para evaluar la situaci3n funcional en ancianos fr3giles hospitalizados o institucionalizados; Aplicables al conjunto de la raza humana y menos influenciadas por el estado mental y el entorno social y cultural que las AIVD instrumentales y avanzadas; De administraci3n f3cil y r3pida habitualmente menos de 5 minutos (Primo, 2001).

M3todo

El objetivo del estudio pretende identificar la correlaci3n entre las variables de habilidades funcionales y la independencia, de pacientes geri3tricos que acuden al servicio de geriatria de la consulta externa del Centro Estatal del Adulto Mayor y realizar un comparativo de incidencia entre la dependencia e independencia y conocer las diferencias que existen en funci3n del sexo, edad y estado civil. El estudio es de tipo descriptivo y transversal. Se selecciona a los pacientes de manera aleatoria de una base de datos, los cuales se les aplic3 3 escalas validadas que miden el grado de funcionalidad e independencia del adulto mayor, 3stas se realizaron cuando el paciente acude por primera vez al servicio de consulta externa de Geriatria del Centro Estatal del Adulto Mayor de enero a junio 2012. De una muestra aleatoria compuesta por un total de 220 adultos mayores en un rango de edad de 60-99 a3os. Se realiza un 3ndice de distribuci3n de los resultados mediante el programa estad3stico SPSS V15.

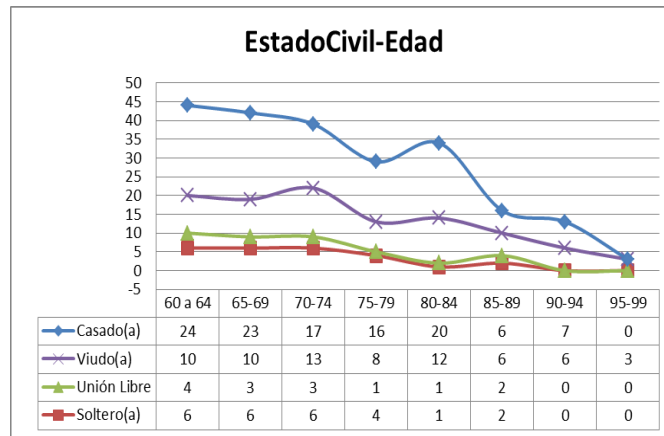
Se aplican escalas validadas de funcional e independencia en al adulto mayor, 3ndice de Katz que mide actividades de la vida diaria (Lawton & Brody, 1994) mide actividades de la vida instrumental y Time Up and Go que mide movilidad funcional. Donde las variables importantes es la funcionalidad e independencia del adulto mayor la cual es medida en 14 preguntas en total de los cuestionarios 3ndice de Katz, Lawton y Brody (1970) que incluye las siguientes actividades b3sicas e instrumentales de la vida diaria como: Ba3arse, vestirse, ir al sanitario, levantarse, comer, continencia, usar el tel3fono, ir de compras, tomar su medicamento, cuidado del hogar, transporte o salir a la calle, lavar, manejar dinero, cocinar.

Hallazgos

En el gr3fico 1 se observa que en la correlaci3n entre estado civil y edad los pacientes geri3tricos encuestados predominan m3s los viudos y casados. En el gr3fico 2 se infiere que existe un predominio de adultos mayores casados concentr3ndose la moda en la poblaci3n femenina. Mientras que en la tabla 3 se infiere que la dependencia, que los casados son m3s independientes que los solteros y los que se encuentran en uni3n libre,

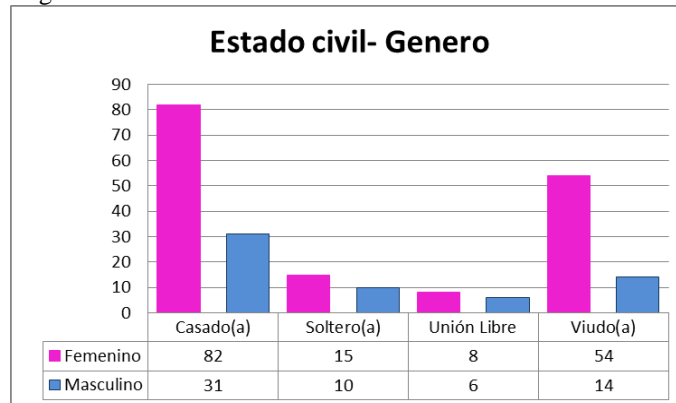
por lo cual en el caso de los casados se infiere que la compañía de la pareja los estimula a realizar tareas con mayor autonomía.

Gráfico 1. Estado civil-edad



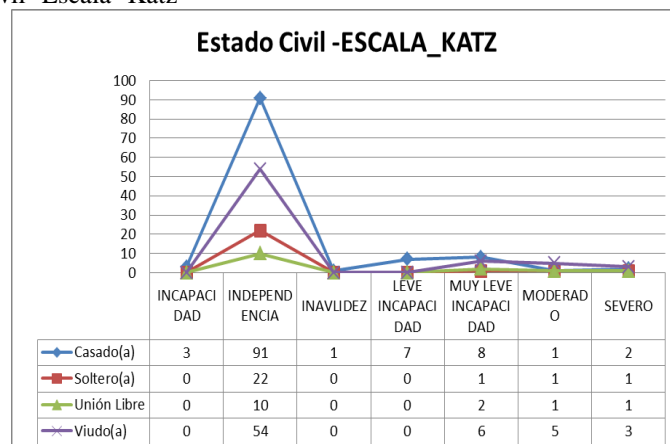
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Estado civil- genero



Fuente: Elaboración propia

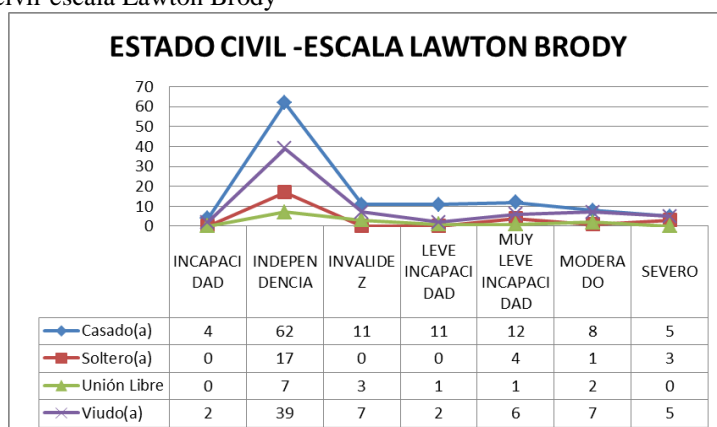
Gráfico 3. Estado Civil- Escala- Katz



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4 se mide la independencia y la dependencia en las actividades de la vida instrumental, se observa que los casados y viudos son más independientes que los solteros y los que se encuentra en unión libre.

Gráfico 4. Estado civil-escala Lawton Brody



Fuente: Elaboración Propia

En el cuadro 1, se mide la independencia y dependencia en las actividades de la movilidad funcional que los adultos mayores casados y viudos son más autónomos que los solteros y los que se encuentra en unión libre, se consideran más dependientes.

Cuadro 1. Comparación de escalas

		ESCALA_UP_AND_GO				Total
		AMERITA ASISTENCIA	DEPENDIENTE	MOVILIDAD INDEPENDIENTE	MOVILIDAD INTERMEDIA	
Estado Civil	Casado(a)	19	14	72	8	113
	Soltero(a)	2	0	20	3	25
	Unión Libre	3	0	9	2	14
	Viudo(a)	10	7	45	6	68
Total		34	21	146	19	220

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

En los hallazgos se observan que las determinantes relacionados con el género y la edad, en la longevidad, una de las características principales del envejecimiento demográfico, han llevado a una feminización de la tercera edad, es decir, la tercera edad está cada vez más dominada por los problemas de salud en mujeres mayores.

Se infiere que la independencia en cuanto estado civil de los adultos mayores casados, preservan su autonomía y mantienen la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir en pareja, convivir con la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. A diferencia de los solteros y los que viven en unión libre que son más dependientes de algún conocido o familiar.

Lobo (2007) considera que el incremento del número de ancianos requiere que se aumente la efectividad en todas las formas de atención médica y en el cuidado, dirigidas hacia la población adulta mayor. Esta necesidad de mejoría incluye la potenciación de la funcionalidad física, para mantener su autonomía y mejorar la calidad de vida.

Espinoza (2007) hace referencia en el real interés que se tiene en el bienestar de la población mexicana y de la necesidad de generar información para el diseño de políticas públicas, e investigaciones que aborden el estudio de la salud de los adultos mayores en México, que represente un interés científico especial. Mientras que Robledo (2006) opina que la actividad gubernamental en México en cuanto a salud pública se refiere, apuntan a lograr una mayor cobertura de los servicios de salud, de mejorar el nivel de atención médica en la población y una serie de acciones que promuevan la protección de la población adulta mayor, por lo que considero que aún falta mucho en esta materia ya que se tiene que descentralizar el Sistema Nacional de Salud y sumar esfuerzos en todos los sectores, tanto los que participamos en el área de la salud, como políticos de todos los poderes y sociedad civil.

Referencias

- Beck JC ML, et al. (1994). Geriatría: Evaluación Funcional. *Aten Médica*, 7(8):17-35.
- Cyrus, E. B. (29 de Mayo de 2009). *Fisioterapia Geriátrica*. Recuperado el 20 de noviembre de 2012, de <http://geriatriatfusp.blogspot.mx/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>.
- Espinoza, R. W. (2007). Adultos mayores en contexto socioeconómico amplio, salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*.
- Francisco Primo Herrero, C. M. (01 de Enero de 2001). *Revistas hospitalarias*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2012, de http://www.revistahospitalarias.org/info_2001/02_164_04.htm.
- Hazard WR, Blass JP et al. (1999). *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 4th ed. EUA: Mc Graw Hill.
- Hilda Irene Novelo de López. (Edición Especial) (2003). Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. *Salud Pública*.
- Humanos, C. D. (2012). *Adultos Mayores y discapacidad*. Recuperado el 1 de septiembre de 2012, de <http://www.cdhpuebla.org.mx/index.php/Discapacitados/adultos-mayores-y-discapacidad.html>.
- OMS (2001). *Hombres envejeciendo y salud*. Ginebra: Organización mundial de la Salud.
- Jorge Alegre Ayala, A. I. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*. Madrid España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Katz S, Downs TD et al. (1970). Progress in development of the index of A.D.L. *Gerontologist*, 1:20-30.
- Lawton MP, Brody EM (1969). Assesment of older people: self maintaining and instrumental activities of dayli living. *Gerontologist*, 9:179-186.
- Lemus, S. d. (2005). Integración Social y habilidades funcionales en los adultos mayores. *Redalyc*, 33-55.
- Lobo Alejandrina, S. M. (2007). Anciano institucionalizado, calidad de vida y funcionalidad. *ELSEVIER*, 6-22.
- Matias S, Nayak usl et al. (1986). Balance in enderly patients: The Get up and Go test.. *Arch Phys Med Rehabil*, 67:387-389.
- OMS (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”, en: *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Agosto 2002

<http://geriatriatfusp.blogspot.mx/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>.

- Podsiadlo D, Richardson S (1991). The timed Up & Go a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* ,39:142-148.
- Salgado A Guillen F et al. (2002). *Manual de Geriatría*, 3 ed. Madrid Editorial Masson, 2002.
- Salud, O. P. (3 de mayo de 2008). *Plan de acción de la salud de las personas mayores*. Recuperado el 2012 de diciembre de 1, de http://www.mayoressaludables.org/sites/default/files/plan_de_accio_n_sobre_la_salud.pdf.
- Salud, P. N. (01 de enero de 2001). *Programa de Atención Al Envejecimiento*. Recuperado el 10 de diciembre de 2007, de Gobierno Federal: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>.
- Sánchez, A. I. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Robledo, L. M. (2006). *Geriatría*. México: Manual Moderno.

Calidad de vida de los adultos mayores con diabetes en Saltillo, Coahuila.

*Fidel Espinosa Ordoñez¹⁵
Ma. de los Ángeles Trujillo Pérez¹⁶*

Resumen

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Saltillo, la población sujeto de estudio representó las personas mayores de 60 años, con un universo de estudio de 206 832 habitantes distribuidos en 155 984 viviendas (INEGI, 2005); se situó en las líneas de estudios sobre la problemática de los grupos vulnerables, aplicado a la cuestión de los adultos mayores diabéticos y su calidad de vida. Para efecto de esta investigación se retomaron los datos únicamente de 444 adultos mayores que tienen la enfermedad de la diabetes. Siendo el 63.1% son mujeres y el 36.5% hombres con las siguientes categorías: Datos socio demográficos como información que permite identificar los datos generales del adulto mayor, como el sexo, si sabe leer y escribir y su estado civil actual.

Introducción

El hombre como cualquier otro ser viviente, se ha encontrado siempre frente a un conjunto de problemas existenciales como individuo y como especie. Para poder hacerles frente, ha prodigado cuidados tanto sobre sí mismo como sobre sus congéneres, en un principio de forma intuitiva y evolucionando, después por vías empíricas hacia la profesionalización.

En los últimos cien años la ancianidad se ha convertido en un problema social importante. La sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, fuese de edad avanzada. Uno de los puntos que preocupa especialmente a nuestra sociedad es que, dado que los ancianos son un colectivo de no activos que deben ser alimentados por el grupo de los activos, la relación numérica entre ambos es proporcionalmente desfavorable, cada día más, para el segundo grupo.

Pero la sociedad también preocupa a los propios ancianos, ya que son ellos los que reciben gran parte de las consecuencias negativas del hecho. Los ancianos no han creado el problema de la ancianidad, son parte de él. Asumir este hecho y poner los medios para que los individuos consigan vivir una vida plena y satisfactoria a cualquier edad, es tarea de todos.

Este proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73%

¹⁵ Maestro en Población y Desarrollo, UAdeC.

¹⁶ Profesor de Tiempo Completo Facultad de Trabajo Social, UAdeC.

a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardio-vasculares y el cáncer. La contribución de los diferentes grupos de edad a la mortalidad también se modificó. En 1950 la mitad de los decesos en el país se concentraban en los menores de 5 años y 15% en los mayores de 65 años. En 2005 más de 50% de las muertes se produjeron en personas de 65 años y más, y menos de 10% en menores de 5 años (Plan Nacional Desarrollo 2007-2012).

Según la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, a nivel nacional, en el 2005 fallecieron 67,159 personas de diabetes, 36, 280 mujeres y 30,879 hombres. A nivel estatal (Coahuila) y solamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2008 fallecieron 960 y en el 2009, 1030 y 1270 en el 2010 (Sistema Institucional de Mortalidad SISMOR 2011). Aunque cabe destacar que existen más muertes relacionadas con esta enfermedad como las enfermedades del corazón, las isquémicas del corazón y las hipertensivas. Para el enero del 2010 solamente en el IMSS en la ciudad de Saltillo fueron atendidos un total de 82,618 pacientes con la enfermedad de Diabetes (Coordinación delegacional de información en salud y análisis IMSS Coahuila, 2011).

El manejo de la enfermedad y el autocontrol en los adultos mayores con diabetes tipo II determina en gran medida los tipos y grados de complicaciones en el organismo del diabético. Según datos de la Unidad de Medicina Familiar #82 en el 2011 se atienden en el programa DiabetIMSS un promedio de 40 personas con diabetes diariamente. Según el Programa Nacional de Salud 2007-2012 la mortalidad por diabetes se ha incrementado de manera dramática en México en los últimos años tanto en mujeres como en hombres. La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas (alrededor de 20%).

Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. “La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal. Además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera” (Programa Nacional de Salud 2007-2012:30)

El adulto mayor y el envejecimiento

Se entiende como adulto mayor según La Ley de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Coahuila de Zaragoza “Toda persona que cuente con sesenta años o más de edad y que, por cualquier motivo, se encuentre domiciliada o en tránsito en el territorio del Estado, sea cual fuere su condición física o mental” (Ley publicada en el Periódico Oficial el viernes 10 de junio del 2005).

La vejez según Moragas (1991), se puede conceptualizar de tres maneras distintas, siendo estas: *vejez cronológica*, *vejez funcional*, y *vejez etapa vital*. La vejez cronológica, se refiere al hecho de haber cumplido una determinada edad, en el caso de México, los 60 años. La vejez funcional, es un término asociado con una etiqueta peyorativa de *viejo*, entendida como algo incapaz o limitado, expresado para las limitaciones de la vejez. Finalmente, la vejez etapa vital, se expresa de manera equilibrada y moderna, como el transcurso del tiempo el cual produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las que le antecedieron, con una realidad propia, limitada solamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas de la persona

Por su parte Zetina (2009) habla de un envejecimiento biológico asociado a una disminución en la eficiencia del funcionamiento del organismo y que más tarde o más temprano lleva a la muerte. En este sentido plantea que existen dos tipos de envejecimiento primario derivado de la herencia y que su envejecimiento avanza de acuerdo al estilo de vida y el envejecimiento secundario que hace referencia a la falta de capacidades por enfermedad o como resultado de traumas anteriores.

Moragas (1991) reconoce que también se le puede considerar al envejecimiento como la *tercera edad*, aludiendo con ello, a una de las más importantes transiciones en la vida, o dicho en sus propias palabras “la antesala a la muerte”, ubicado este término dentro de la concepción cronológica de la vejez. Redondo puntualiza, que esta etapa se asocia al conjunto de dimensiones que afectan a la biografía personal, la pareja, la viudez, los hijos, los nietos, el trabajo, el retiro del trabajo, los amigos, la muerte de los amigos y familiares, entre otras relaciones (Redondo, 1988 citado por Acevedo et al., 2011).

El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento de nacer se inicia un transcurso continuo de deterioro que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Estas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones de su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y su calidad de vida. Es decir, el envejecimiento es un fenómeno individual, que, aunque conocido, sorprende cuando se evidencia en uno mismo, porque nadie envejece por otro.

Según Langarica (1985), el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas, y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.

El proceso de envejecimiento no puede plantearse de forma comparativa con otras fases de desarrollo del hombre. Es importante tener en cuenta que las diferencias intra-generacionales cambiarán las características del colectivo de los ancianos en épocas distintas. Las fórmulas que son válidas para los ancianos actuales pueden no serlo para los ancianos futuros ya que las condiciones y características de vida de unos y otros diferirán enormemente (valores culturales, alimentación, ambiente, enfermedades).

Fillenbaum (1984) agrega que este proceso de envejecimiento produce impactos importantes en el estado de salud del adulto mayor de 65 o más años, reflejado directamente en los órganos de los sentidos, sistema nervioso y en algunas funciones

cognitivas de la memoria. Disminuyendo de igual manera, la agudeza visual, la visión periférica y la posibilidad de diferenciar algunos colores. El propio autor destaca que, los cambios en el sistema neurológico, retardarán el tiempo de respuesta del adulto mayor, por lo que ellos necesitan más tiempo que un joven para procesar la información y reaccionar.

Sin embargo el concepto de vejez, tercera edad, adultos en plenitud o adultos mayores responde más a juicios sociales e intereses institucionales que a uno biológico, cronológico, funcional o vital y/o psicosocial. En algunos sectores de nuestra sociedad, principalmente entre los empleadores, los empresarios, los industriales, los comerciantes, entre otros, se tiene la idea de que la vejez es una etapa caracterizada por la decadencia física y mental, la cual proyecta una imagen de discapacidad, de estorbo, de inutilidad social, de personas con un conocimiento obsoleto y rebasado por la modernidad (Acevedo et al., 2009).

Según Ocampo (2004) en algunos contextos la etapa del envejecimiento se ha asociado a la pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico); en estos casos, los estereotipos de la cultura occidental han llevado a que las personas experimenten cierto temor frente a la llegada de esta etapa de su desarrollo, que puede llevar incluso a debilitar la posibilidad de contar con sistemas de apoyo social, familiar y de la salud más integrales y de mejor calidad, exponiendo al adulto mayor no sólo a la soledad, sino a la desprotección de los sistemas de salud y al abandono por parte de sus familiares.

Durán agrega, en el caso que se origine una pérdida de las habilidades funcionales normales en la persona, sus roles y tareas definidas socialmente, los sujetos se verán afectados en su nivel de socialización frente a otros. Es decir, que el aislamiento social estará limitando la posibilidad de poder recibir asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida diaria, como pueden ser el vestirse, bañarse, utilizar los servicios o el apoyo para el suministro y consumo de alimentos, ausencias que enuncian lo que se conoce como el problema del envejecimiento (Duran et al., 2008).

La diabetes

Anteriormente la diabetes era una enfermedad de adultos mayores, pero las condiciones han cambiado, ahora esta enfermedad se presenta hasta en el ámbito infantil. Sin embargo es en los adultos mayores donde se presenta con mayor frecuencia esta situación. Siendo la diabetes tipo II la que se presenta en adultos mayores, incluso desde los 30 años. Esta situación es peligrosa para el adulto mayor, ya que si no tiene un control adecuado sobre la enfermedad esta se le puede complicar con otro tipo de enfermedades comunes en los adultos mayores.

La Diabetes Mellitas (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiper glucemia: es causada por varios trastornos, incluyendo la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células del páncreas, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en la energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente del combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células¹⁷ (Dirección de prestaciones médicas IMSS, 2009).

La diabetes es una enfermedad ocasionada por la incapacidad del organismo para generar insulina o utilizarla correctamente. El páncreas produce esta hormona para regular el uso de la glucosa (azúcar) en el organismo. Por esta razón la insulina es vital para que el proceso metabólico se lleve a cabo correctamente; es decir que el azúcar, el almidón y otros alimentos sean transformados en la energía que necesitamos para nuestra vida diaria.

Calidad de vida

El envejecimiento de la población constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos relevantes de las últimas décadas. La creciente población de adultos debe ser integrada al desarrollo y a la modernidad lo que depende en gran medida del Estado y de las instituciones que atienden a dicho grupo etario, pero también de los mismos adultos mayores y de los individuos que se aproximan a esa etapa de la vida, generando con ello una mejor Calidad de Vida (CV), entendida como:

La expresión del grado de concreción de los presupuestos básicos o tareas que una sociedad debe cumplir, es decir, la efectividad de la organización social para garantizar la existencia de los seres humanos, en tanto especie y el grado en que permite el desarrollo de su potencialidad. Consiste en la satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas individuales y sociales en función del medio ambiente en el que se vive, donde la satisfacción no sólo se refiere al acceso a los objetos materiales para satisfacer la necesidad, sino también a la participación social del sujeto en la creación de sus propias condiciones de vida, donde la satisfacción de la necesidad no solo tiene el sentido de cubrir carencias, sino que implica la potenciación de la acción social en la búsqueda permanente de su cobertura y de otras afines o asociadas (Guzmán, 2010: 23)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la CV como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Las recomendaciones se tornaron en incluir aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales en las investigaciones que aborden esta temática; por esta razón, el organismo entendió la CV como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida las cuales se miden objetivamente y se pueden medir independientemente de los sentimientos y el grado de satisfacción con la vida las que se definen en un grado subjetivo, y que se sólo se pueden mirar a través de los interesados (Cardona, Estrada & Byron, 2006).

Para el caso de este estudio se entiende la calidad de vida como el estado de bienestar o satisfacción en el diario vivir, compuesta por la dimensión física, social,

¹⁷ La cantidad de azúcar en la sangre fluctúa normalmente, pero dentro de límites estrechos. Después de no comer en la noche, la mayoría de la gente tiene entre 70 y 110 miligramos de glucosa por decilitro de sangre (mg/dL). Según Collazo-Clavell (2001) si el azúcar de su sangre se encuentra consistentemente en 126 mg/dL o más, en ayunas, la persona está en el rango de cifras con posibilidad de diabetes.

emocional, intelectual, espiritual y ocupacional. Integrado tanto por elementos subjetivos construido en el contexto de valores, talento e historia personal, así como elementos de tipo objetivo en el que se consideran las características del medio propiamente dichas; consiste en reencuadrar la vejez como una etapa de la vida natural de todas las personas, rompiendo así con la línea tradicional de las investigaciones sobre los adultos/as mayores que reproduce concepciones erróneas cuyo eje es la enfermedad asociada a la vejez (Arriaga, 2006: 37).

Bajo este orden de ideas Alfaro, Carother y González (2006) exponen que la valoración de CV debe formar parte del protocolo de estudio integral del paciente geriátrico, que incluya un estudio demográfico, cognitivo, funcional y clínico, realizada por Especialistas en Geriátrica o Gerontología. Que según los propios autores, dicha práctica ha probado su utilidad en geriatría, ya que detecta problemas que realmente impactan al adulto mayor y que él auto percibe. Agregan a manera de ejemplo, que la adecuada valoración subjetiva y objetiva en los adultos mayores diabéticos pueden incidir a tiempo para proteger de factores de riesgo y de complicaciones de la diabetes mellitus.

Inga y Vara (2006) argumentan que la CV de los adultos mayores no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en alguna área específica tales como la salud, la ambiental, la social o la espiritual. Esto debido a que la vida humana es un constructo multifacético, y la vida de cada individuo está formado por una complejidad de experiencia y oportunidades. Sostienen que las percepciones de la CV son multifacéticas y únicas para cada individuo. Sin embargo como lo señala Bowling (1997) en la realidad, muchas herramientas diseñadas para medir la CV en los adultos mayores se fundamentan y concentran en temas relacionados con el actual estado de salud, así como con el nivel de funcionamiento.

Para complementar el concepto de calidad de vida, se retoma además el planteado por Inga y Vara (2006) quienes complementan su posición presentando dos grandes dimensiones a considerar dentro de la CV: la objetiva y la subjetiva, respecto a la primera, se centra en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndole un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la CV utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte socio demográfico. Entre los indicadores objetivos se encuentran aquellos relacionados con la salud (esperanza de vida, mortalidad, nutrición, servicios de salud, etcétera), los educacionales (índice o nivel de instrucción y el acceso a los servicios educacionales) y los de tipo económico (ingresos per cápita, el Producto Nacional Bruto, o de tipo social como el índice de delincuencia, etcétera). La segunda dimensión, la subjetiva, está determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos dirigidos a la elaboración de metodologías que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. Esta tendencia considera que lo más importante en la CV es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar (Victoria et al., 2005).

Como dice Sen (2004) se refiere a los indicadores de amar con la necesidad de relacionarse con otras personas y formar identidades sociales y al indicador de ser el cual se refiere a la necesidad de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la

naturaleza, estos dos indicadores se caracterizan como el desarrollo personal de individuo.

Familia y Calidad de vida

La sociedad globalizada y mercantil en la que vivimos actualmente, en donde la concepción que se tiene de los adultos mayores es que son personas que van en decadencia, que ya no tienen motivos para seguir viviendo o para emprender cosas nuevas, la familia constituye, sin lugar a dudas una unidad de apoyo y cambio para estas individuos.

Frías (2006: 3) plantea que la familia es el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se nace, se crece, se vive y se muere como persona. Es la institución natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes. Es en la familia en donde se reciben los primeros contactos biológicos, psicológicos y afectivos, en ella se protege la vida y se da seguridad a sus miembros, es donde se comienza la vida social, se va construyendo su historia, adquieren identidad confianza y aprenden las tradiciones. La familia es un centro de intimidad y apertura, es decir, un encuentro conmigo mismo y con quienes me rodean para tener las herramientas necesarias para la convivencia social.

Por su parte Satir 1988 (citada por Masís, 1994) plantea que la familia se concibe como un microcosmo que se puede estudiar en situaciones críticas como: el poder; la intimidad; la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo. La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos. No importa el tipo de familia que se tenga, lo importante es que se cumplan las funciones para que cada uno de los miembros funciones y se adapte a la sociedad. Según, Jones (1995) la familia proporciona: Intimidad, proximidad; y relaciones satisfactorias; Promueve la educación de los hijos; Proporcionan bienestar material a los miembros; Salud física, mental y autoestima; El cuidado del niño; Establece límites y pone reglas; Genera en los integrantes un sentido de identidad; Brinda la función cultural, económica y educativa.

Por lo anterior se destaca la importancia de las relaciones intrafamiliares, las cuales están determinadas por múltiples factores: unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos, de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y la armonía de las relaciones de la familia y el bienestar y la seguridad de los adultos mayores. Bajo este orden de ideas Martínez et al. (1999) distingue que entre el adulto mayor y su familia se establece casi siempre una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana que le permite seguir sintiéndose útil.

Los mismos autores agregan que la desprotección del adulto mayor recae en la responsabilidad de la familia, al igual que en otros aspectos de la sociedad frente a las diferentes crisis, que de alguna manera, se sigue confiando en que la familia continuará con la fortaleza para resolver los problemas que el estado y la sociedad no pueden solucionar. Por lo cual la institución familiar ha funcionado en buena medida, pues en general el país y la sociedad aún no han podido resolver el embate de la dinámica y realidad social tan cambiante, pero dicha institución ha demostrado que aún se puede

sostener y mantener pese a cualquier desastre que en el mundo se presente (Martínez et al., 1999).

Sin embargo hallazgos de la CONAPO (1999) exponen que en la actualidad la capacidad de la familia parece disminuir ante lo cambiante de su estructura y las transformaciones en las relaciones internas y las condiciones de domicilio debido a la creciente urbanización, las migraciones y los problemas laborales. Desafortunadamente señala el propio organismo, hay evidencias serias de su debilitamiento ante las tendencias de la estructura familiar, la composición de los hogares, los fenómenos migratorios, lo inacabable de la pobreza y una modernidad globalizada que devalúa a las personas envejecidas y porque no a las relaciones negativas que se establecen al interior de la familia.

Trujillo (2005) denota que esto último tiene que ver con la pregunta que se hace con respecto a los posibles errores que el adulto mayor haya podido cometer a lo largo de su vida, en especial lo relativo a la educación y fomento de los lazos afectivos con sus hijos. Situación que se agrava cuando existió el abandono parcial o total, viéndose así dañado los posibles arreglos familiares en un futuro (Trujillo, Tovar & Lozano, 2007).

El apoyo de la familia desempeña un papel importante para las personas que presentan un padecimiento crónico, ya que la presencia de apoyo puede alentarles a cumplir con la prescripción médica, a mantener conductas de salud, como el ejercicio y la alimentación y a mejorar su estado emocional, disminuyendo y/o amortiguando los efectos negativos del padecimiento (Chapell, 1990; Romero, 2004).

El apoyo familiar se puede ver de diferentes puntos de vista ya sea económico, educativos o emocionales todo depende de la cultura familiar o el aprendizaje de esta. El apoyo a la familia viene en muchas formas y tamaños, pero el objetivo último es el “hacer lo que sea necesario” para apoyar a la familia. El apoyo familiar es un factor importante cuando el paciente percibe una enfermedad que atenta la estabilidad de su familia, es clave en el control metabólico de la enfermedad al proporcionar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento (Meraz, 2005). De acuerdo con diversos autores el apoyo familiar tiene bases en las redes sociales y deriva de las relaciones interpersonales familiares (Barrera, 1983; Lin, 1989; 1986; Shumaker, 1985).

La importancia de la familia en el mundo actual radica en que de ella depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y por otra parte resulta responsable en gran medida de su estabilidad emocional. En este sentido Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera (2006) señalan que es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sin número de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores de pacientes discapacitados.

Bajo este orden de ideas Dueñas et al. (2006) aclara que la familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etcétera y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, por ejemplo, la presencia de una enfermedad incapacitante en

uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como cuidador directo, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el *síndrome del cuidador*.

Salud y Calidad de vida

La CV relacionada con la salud es un concepto que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interactúan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Es importante tener en cuenta que el intenso proceso de envejecimiento de la población no debe ser considerado sólo como un problema, sino también como una oportunidad social que es necesario aprovechar. El envejecimiento de la población es la expresión de un logro humano: vivir más y vivir mejor.

La CV es una cuestión importante independientemente de la edad, pero en esta etapa de la vida se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son, entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia, en general, y el incremento de las enfermedades crónicas, en particular. Poco a poco se van dejando de lado los planteamientos en los que las intervenciones en Gerontología se asemejaban a las intervenciones que se realizaban con cualquier otro grupo etario, en el que el paradigma de pensamiento que subyacía a cualquier intervención era siempre la plena curación. Así pues, lo importante no es sólo curar, sino también cuidar. Tan importante es que una persona de ochenta y cinco años esté objetivamente bien de salud (en cuanto a que no tenga unas cifras elevadas de colesterol, o de triglicéridos, o de glucosa en sangre), como que se “sienta bien”. En esta forma son seguramente tan importantes en la atención e intervención con personas mayores las variables subjetivas como las objetivas (Yanguas, 2006).

La CV constituye, en el momento actual y futuro, un reto primordial para la gerontología, el hecho de que se esté empezando a investigar e intervenir en cuestiones relativas a la calidad de vida en Gerontología es un paso fundamental. La salud es uno de los elementos clave en una vida larga, satisfactoria y competente. Por ello resulta un punto de referencia común para describir el bienestar, así como para juzgarnos a nosotros mismos o a los demás como “mayores” (Yanguas, 2006).

En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de poder llevar una vida independiente. Por este motivo la conservación de la salud para poder vivir independiente constituye uno de los principales objetivos y preocupaciones de las personas mayores y de la Gerontología. Tanto es así que parece claro que, para aumentar la esperanza de vida de las personas mayores de 60 años, la intervención sobre los estilos de vida saludables resulta una acción ineludible (Yanguas, 2006).

La preocupación sobre la salud de las personas mayores no carece de fundamento. El envejecimiento normal trae consigo una serie de modificaciones físicas internas y externas, así como cambios en las funciones de los órganos y, aunque en general el equilibrio físico se mantiene, el organismo pierde capacidad de reserva. Además, aunque en el proceso fisiológico normal de envejecimiento la capacidad de relación con el medio se mantiene, adaptándose a los parámetros de la edad, en un

proceso patológico, por el contrario, dicha capacidad se altera a causa de la enfermedad (Yanguas, 2006).

La definición de salud más aceptada y difundida es en la actualidad la desarrollada por la OMS, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (WHO, 1958 citado por Yanguas, 2006). Teniendo en cuenta la anterior definición se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas objetivas obtenidas únicamente por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos, dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor.

La CV es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud (Hörnquist, 1989 citado por Yanguas, 2006) la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud. La CV relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (Lawton, 2001 citado por Yanguas, 2006)

Calidad de vida relacionada con la afectividad y estado de ánimo

La afectividad es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer lazos con otras personas. Una afectividad positiva es la primera garantía de estabilidad emocional y seguridad, tanto en uno mismo como en los demás (Silva, s/f).

Se considera la afectividad como principal elemento gravitante en la integración y dirección funcional en todo ser humano. El ser humano no puede permanecer impasible ante la aparición de intereses propios de su ámbito. El espectro de intereses varía según la persona. Cada persona tiene su modo propio de ser y obrar, tiene sus propios intereses, sus focos de apetencia, frente a estímulos que pueden llegar a ser muy semejantes o aun iguales, en cada uno, la respuesta compromete de modo distinto. Conviene tener en cuenta que la personalidad influye en la afectividad como componente primordial desde la más temprana existencia. Son los afectos negativos los que ponen relieve con más evidencia en la necesidad de su valoración, con frecuencia se ha juzgado lo afectivo como una reacción emocional transitoria. Lo afectivo confiere dirección a la acción psíquica, y la fuerza del interés lleva a la valoración y moviliza a la persona (Proasi, 2001).

La atención de un paciente no es fácil por la misma impotencia de solucionar tanto deterioro, es por eso que como respuesta natural de las personas se dan a la búsqueda del apoyo social como otro método de afrontamiento contra la adversidad. El apoyo social es el proceso mediante el que los otros aportan sus recursos afectivos y prácticos para incidir en las necesidades de la persona que sufre una crisis. El apoyo social es un término que se refiere a la red de amistades o personas que tiene una persona, ese grupo de personas a las que uno puede acudir en momentos de necesidad, crisis o malestar emocional. Por ejemplo el cónyuge, los parientes, los compañeros, los mejores amigos, los vecinos más queridos, los compañeros de trabajo, los padres, o los

amigos de asociaciones o grupos religiosos. A nivel afectivo, el apoyo social aporta oportunidades de cuidado, ánimo, apoyo, compañía y una sensación de identidad y estatus personal (Revee, 1994). Es importante el afecto que se da y el que se recibe, ya que en función de los lazos afectivos, estará determinado un cierto grado de pertenencia y pertinencia, tan primordial para las personas que presentan alguna enfermedad o por la misma naturaleza del ser humano ávido de amor, cariño y compañía.

Metodología

La investigación es de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo, no experimental ya que como lo señala Sabino (1992) su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales del fenómeno estudiado, por lo que la información se recogió en un solo momento lo que permitió conocer la calidad de vida del adulto mayor con diabetes. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Saltillo, la población sujeto de estudio representó las personas mayores de 60 años, con un universo de estudio de 206 832 habitantes distribuidos en 155,984 viviendas (INEGI, 2005); se situó en las líneas de estudios sobre la problemática de los grupos vulnerables, aplicado a la cuestión de los adultos mayores diabéticos y su calidad de vida. La población a quien se le aplicó la encuesta, fueron 1500 adultos mayores con edades de 60 hasta 100 años, de los cuales 805 representaron mujeres (54%), así como de 692 hombres (46%).

Como instrumento de recolección se consideró y adaptó una cédula de entrevista original de Ribeiro (2009), la cédula está integrada por 213 preguntas: 207 pre-codificadas y 6 abiertas; se aplicó en un tiempo promedio de 30 minutos. La cédula está constituida por 10 secciones: datos sociodemográficos, composición e historia familiar, ayuda recibida y otorgada, vivienda, trabajo, pensiones e ingresos, seguridad social y servicios de salud, salud, afectividad y estado de ánimo. Para efecto de esta investigación se retoman los datos únicamente de 444 adultos mayores tienen la enfermedad de la diabetes. Siendo el 63.1% son mujeres y el 36.5% hombres con las siguientes categorías: Datos socio demográficos como información que permite identificar los datos generales del adulto mayor, como el sexo, si sabe leer y escribir y su estado civil actual. Familia ya que constituye el principal soporte de apoyo para los adultos mayores con diabetes. Las variables que integraron esta categoría fueron: estado civil, número de hijos, cuántos hijos viven actualmente, tipo de familia, número de personas que viven en el hogar, edad del cónyuge, si se interesan por sus necesidades y dificultades y por último si recibe ayuda y como la calificaría. Salud es importante conocer si el adulto mayor cuenta con seguridad social y si está en tratamiento, si acude con su doctor familiar o no, como se siente en relación a su salud y que cuidados preventivos realiza para mantener su salud, si cuenta con alguna adicción. Afectividad y estado de ánimo sin lugar a dudas que estos aspectos influyen para que el adulto mayor con diabetes se preocupe y ocupe de su enfermedad. Por eso es importante conocer como es la relación con sus hijos, con su cónyuge, si tiene compañía durante el día, si se siente sólo, si hay planes y proyectos futuros, si se aburre con frecuencia, que necesita para ser feliz y cuál es su estado de ánimo la mayor parte del día. Finalmente el procesamiento de los datos se realizó empleando el software Stistical Package for Social Sciences versión 18.0 para Windows que generó una base de datos, susceptible de ser interpretada a la luz de las variables seleccionadas.

Resultados

El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos, desde el mismo momento de nacer se presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Estas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones de su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo, sus condiciones y su calidad de vida.

Por otra parte la familia representa el núcleo donde se desenvuelve el ser humano por primera vez y de la dinámica que al interior se establezca se formaran los valores, las costumbres y las tradiciones. De igual modo la familia puede ser un apoyo en los momentos de tribulaciones que se presenten a cada uno de sus integrantes; de manera particular cuando se es adulto mayor y se padece una enfermedad crónica no transmisibles, como la diabetes, se requiere de mayor apoyo por parte de ésta para que el adulto mayor pueda vivir con mejor calidad de vida su vejez. En este sentido los resultados de la investigación se presentan por cada una de las categorías estudiadas.

Familia

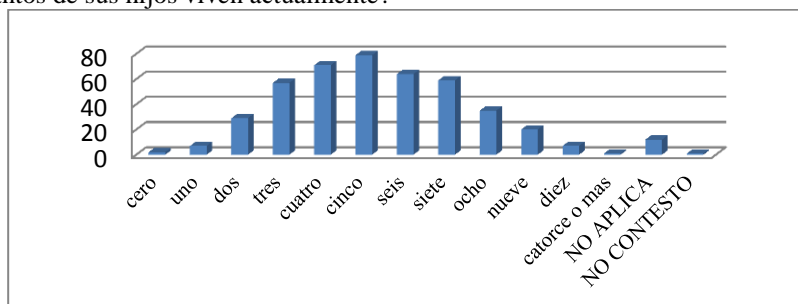
El aumento de la esperanza de vida y en consecuencia el incremento de los adultos mayores, aunado a los altos índices de pobreza ha generado investigaciones para conocer el grado de bienestar del anciano, específicamente en relaciona a las redes de apoyo social entre las que se destaca la familia. Al deteriorársela salud del adulto mayor, se destacan como fuentes de apoyo social los familiares entendiéndose como fuentes de apoyo “todas aquellas formas de ayuda que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en la diferentes etapas de su vida”.

En este sentido los resultados de la investigación son los siguientes: el 63.1% son mujeres y el 36.5 % son hombres, mientras que el .5% no contesto. Detonándose mayor prevalencia de la diabetes en las mujeres constatando los resultados que arrojó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), Donde se analizó la información de 5,480 adultos mayores de 60 años de edad en donde la prevalencia de diabetes fue de 15.4% en los hombres y 19.6% en las mujeres.

El 64.4 % si sabe leer y escribir, el 23.6% no sabe leer y escribir, el 11.3% solo sabe leer. Este dato es importante ya que para el autocontrol de la enfermedad es necesario que la persona con diabetes sepa manejar la información escrita como recetas, indicaciones médicas, e información general que le permita lograr sus objetivos.

El 67.6% está casado, el 20.5% está viudo, el 7.0% está divorciado, el 4.3% está soltero y el .7% no contesto. Para la atención de la enfermedad de la diabetes es de importancia contar con la compañía de una pareja que este al pendiente del cuidado del paciente y que sea un apoyo en los momentos de crisis y momentos difíciles de la enfermedad.

Gráfica 1. ¿Cuántos de sus hijos viven actualmente?



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 1 se puede observar que en el 17.8% viven actualmente 5 de sus hijos, en el 16.0% viven actualmente 4 de sus hijos, en el 14.4% viven actualmente 6 de sus hijos, en el 13.3% viven actualmente 7 de sus hijos, en el 12.8% viven actualmente 3 de sus hijos, en el 7.9% viven actualmente ocho de sus hijos, en el 6.5% viven actualmente 2 de sus hijos, en el 4.5% viven 9 de sus hijos. En esta pregunta las respuestas son muy variadas y es importante que el 74.3% cuente con 3,4, 5, 6 o 7 de sus hijos que viven actualmente, ya que aunque no garantiza si se puede decir que se tendrá apoyo en los momentos en se presentaran las complicaciones de la enfermedad donde el paciente se vuelve dependiente del cuidado de otras personas.

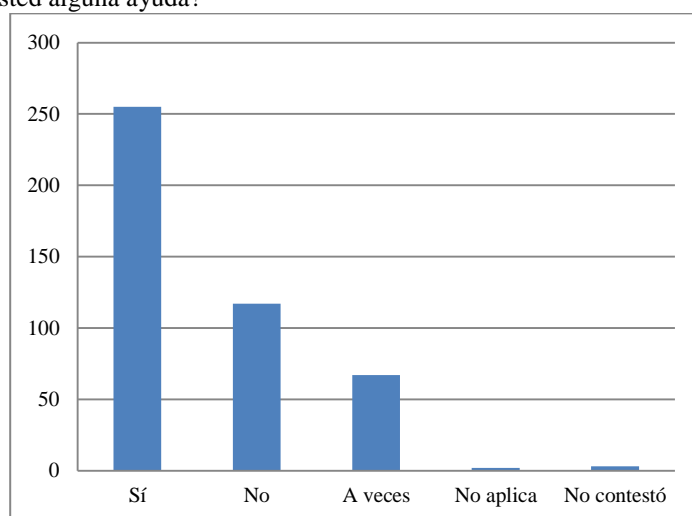
El número de personas que viven en el hogar el 44.4% contesto que son 2, el 18.9% contesto que 3, y el 9.7% contesto que 1. En la gran mayoría viven más personas en el hogar de la persona con diabetes y eso permite saber que en primera estancia no está solo en caso de alguna emergencia o situación de necesidad del paciente así mismo permite la interlocución con otras personas y poder externar algún sentimiento ya se de alegría, tristeza, enojo, júbilo etc.

En la pregunta de la edad del cónyuge, la repuesta con más porcentaje fue el 6.5% con 65 años, después el 5.6% con 64 años, el 5.2% con 68 años. En la gran mayoría de las con diabetes la edad del cónyuge oscila entre los sesenta y sesenta ocho años y pone de manifiesto que están en posibilidades, hasta cierto punto, de hacer alguna actividad inherente al cuidado del paciente con diabetes.

El 82.9% dice vivir en casa propia, el 11.7% dice que la casa es rentada o prestada por uno de sus hijos, el 3.2% dice que es rentada o prestada por otra persona. Es de gran importancia el que la mayoría de los encuestados sea propietario de la vivienda, ya que les da certidumbre y representa por lo menos un gasto más al no tener que pagar renta.

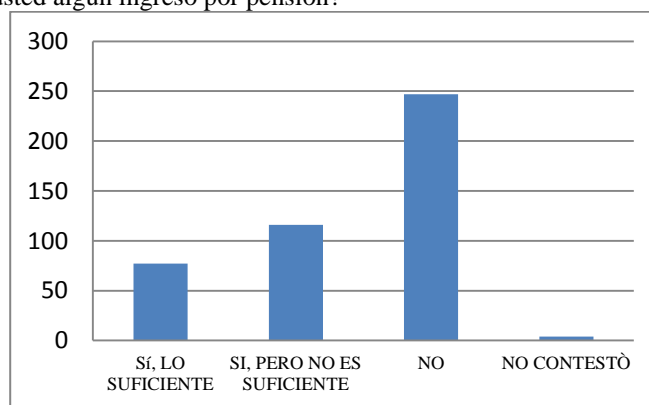
En la gráfica 2 podemos ver que el 57.4% si recibe alguna ayuda, el 26.4% no recibe alguna ayuda, el 15.1% dice recibir alguna ayuda a veces. En 57.4 de los casos las personas reciben ayuda y eso representa un estado de seguridad, en la que las personas sienten en parte con la certeza de que serán provistos con algo que les permita hacer llevadera su vida diaria.

Gráfica 2. ¿Recibe usted alguna ayuda?



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3 ¿Percibe usted algún ingreso por pensión?



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 3 el 55.6% dice no recibir algún ingreso por pensión, el 26.1% dice que sí, pero no es suficiente, el 17.3% dice que sí, lo suficiente. En la situación de adulto mayor, cuando no se tiene una fuente de ingresos, se torna muy importante el recibir una pensión, que según él sea el caso y haya generado ese derecho la persona que ha trabajado a lo largo de su vida, le permita satisfacer sus necesidades básicas, aunque el sistema de pensiones en México es considerado deficiente, si existe una cobertura en una parte de la población, siendo el I.M.S.S quien otorga la mayoría de las pensiones. Sin embargo este porcentaje de pensionados aumenta el 27.3% con la pensión del cónyuge, como lo muestra la tabla siguiente:

Tabla 1. Pensión de cónyuge

Instituciones	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	248	55,9
ISSSTE	49	11,0
Otras instituciones	18	4,0
No recibe pensión	124	27,9
No contesto	5	1,1
Total	444	100

Fuente: Elaboración propia

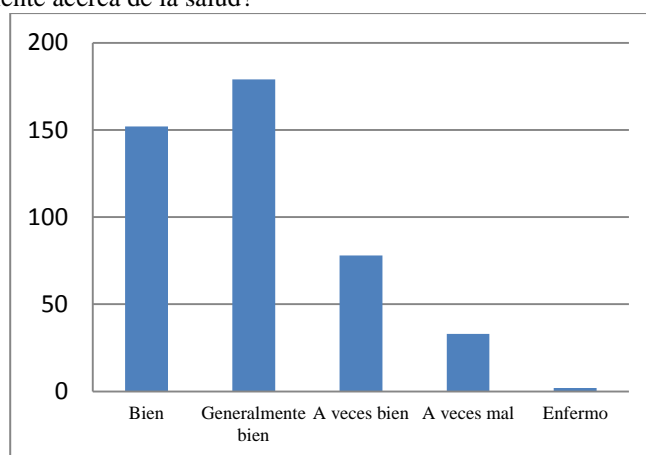
Eso significa que el 70.7% de los entrevistados y/o sus cónyuges reciben una pensión, eso representa un ingreso directo y seguro que les permite una planificación aunque sea austera en muchos casos. El 55.9% dice que la institución de la que proviene el pago de algún pago por pensión es el IMSS, el 27.9% no recibe ningún pago, el 11.0% recibe de ISSSTE. Entre el IMSS y el ISSSTE cubren el 66.9% de los pagos por pensión en la unidad de análisis.

Salud

Según el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 en México se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, y las lesiones. Esto se debe al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que nos aquejan, predominantemente como sociedad, demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que exige el empleo de alta tecnología y que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad y de la sociedad en su conjunto (Programa Nacional de Salud 2007-2012:17).

Los resultados que arrojó la información es que de los 444 adultos mayores el 93.2% está afiliado al sistema de seguridad social tanto del IMSS como del ISSSTE, mientras que el 5.9 % no tiene esta prestación. El 61.9% no tuvo en los últimos 5 años un problema serio de salud, mientras que el 37.6% si lo tuvo. Al momento de tener diagnóstico como persona con diabetes se debe tener los cuidados necesarios para evitar en lo posible las complicaciones inherentes a la enfermedad y también tratar de que se minimice el riesgo de complicaciones con otras enfermedades como la hipertensión, del corazón, etc.

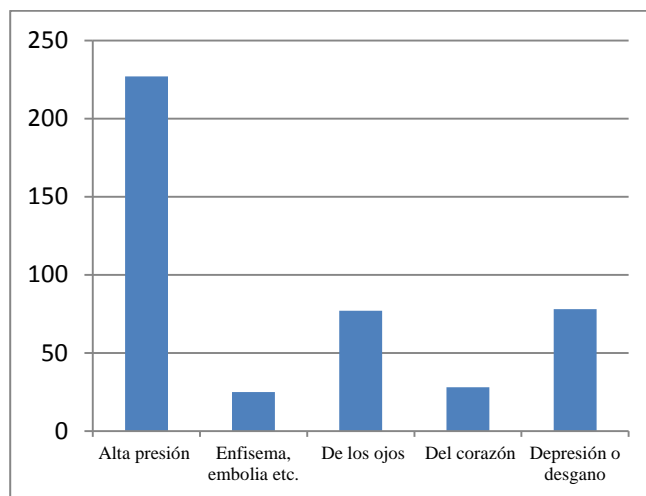
Gráfica 4. ¿Cómo se siente acerca de la salud?



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 4, el 40.3% se siente generalmente bien acerca de la salud, el 34.2% se siente bien, el 17.6% a veces bien, el 7.4% a veces mal. El 74.5% dice sentirse generalmente bien o bien, es significativo saber que las personas con diabetes están controlados en y no tienen aún las complicaciones de la enfermedad, como son las retinopatías, nefropatías, neuropatías, etc.

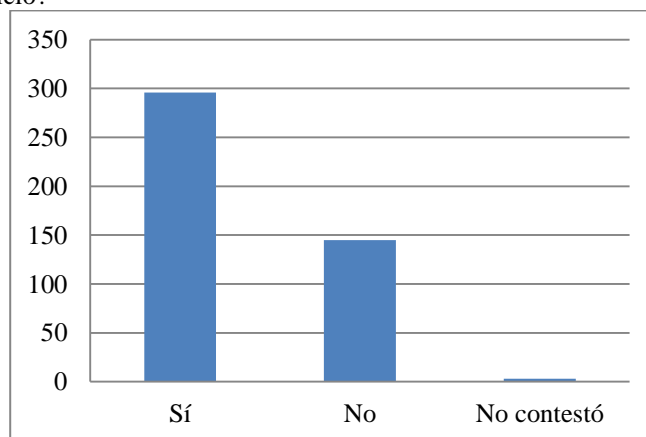
Gráfica 5. Enfermedades relacionadas con la diabetes



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 5, el 51.1% tiene alta presión o enfisema como enfermedades relacionadas con la diabetes, el 17.6% tiene depresión o desgano relacionado con la diabetes, el 17.3% tiene enfermedades de los ojos relacionados con la diabetes. El 86.3% come sanamente, el 13.7% no come sanamente. Como se puede apreciar en la gráfica, el 86.3% dice comer sanamente suponiendo así que al momento de ser atendidos y diagnosticados con diabetes reciben información acerca de los cuidados alimenticios y de la dieta que han de llevar para minimizar las complicaciones y tener una vida más sana.

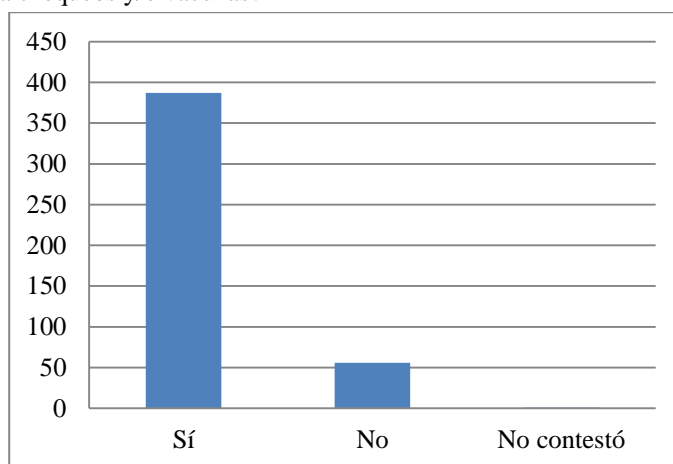
Gráfica 6. ¿Hace ejercicio?



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 6, el 66.7% hace ejercicio, el 32.7% no hace ejercicio y el .7% no contestó. Una de las recomendaciones médicas para el tratamiento y control de la diabetes mellitus, es el ejercicio o la actividad física acorde con las posibilidades que se tengan según el estado físico del paciente ya que ello representa una de las posibilidades de que el organismo metabolice las azúcares de los alimentos, de una forma adecuada.

Gráfica 7. ¿Se realiza chequeos y/o vacunas?

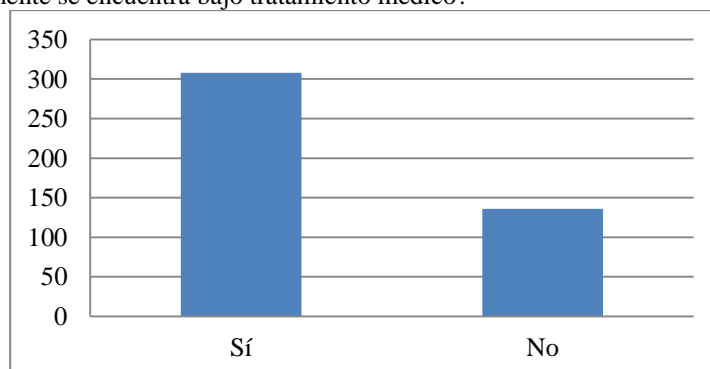


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 7, el 87.2% si se realiza chequeos y/o vacunas, el 12.6% no se realiza chequeos y/o vacunas y el .2% no contesto. La cifra del 87.2% donde dicen que si se realiza chequeos o vacunas es muy representativa ya que en la pre diabetes, o diabetes mellitus es de vital importancia el que el paciente se esté checando con pruebas de laboratorio, de presión arterial, con chequeos generales etc. Para poder atender alguna cifra que este fuera del rango normal o de los parámetros conocidos como normales, y que sea un profesional de la salud quien indique las acciones a seguir en el tratamiento de cualquier enfermedad.

El 59.2% utiliza complementos alimenticios, mientras que el 40.5% no utiliza complementos alimenticios, y el .2% no contesto. Para poder compensar el deterioro normal de organismo, es necesario en la mayoría de los casos recurrir a una mejor dieta, a otro tipo de alimentos, a ingerir sustancias específicas y una de las mejores opciones son los suplementos alimenticios los cuales deberán estar prescritos por el médico o un especialista en salud. En el 59.2% donde los entrevistados dicen utilizar complementos alimenticios, entendemos que los utilizan a recomendación de un profesional, determinado por sus necesidades específicas.

Gráfica 8. ¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico?



Fuente: Elaboración propia

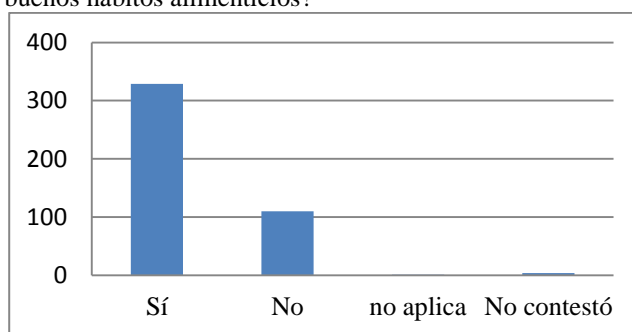
En la gráfica 8, el 69.4% si se encuentra actualmente bajo tratamiento médico y el 30.6% no se encuentra actualmente bajo tratamiento médico. Con la cobertura que se tiene en salud en la ciudad de Saltillo, es de importancia que el 69.4 de los entrevistados se encuentren bajo tratamiento médico, ya que eso nos hace suponer que han recibido

atención médica y les recetaron los medicamentos necesarios para poder garantizar un mejor estado de salud.

Por otro lado al preguntarle si fumaban el 49.8% no fuma, el 19.4% fuma poco, el 13.7% fumaba mucho, pero ya lo dejó. Para el manejo y control de la enfermedad, es de importancia dejar o evitar el hábito del cigarro, ya que el fumar merma la salud en general, y es importante eliminar todas las acciones nocivas para el organismo.

De igual manera se les cuestionó si bebían alcohol y el 70.9% no bebe alcohol, el 16.7% tomaba pero ya lo dejó, el 8.1% bebe menos de 5 copas o cervezas por semana. El abuso en el consumo de alcohol siempre representa un riesgo para la salud. Y al contar con un diagnóstico de diabetes será el Médico quien revise la situación específica en la persona y determine en su caso si autoriza el consumo y en qué medida.

Gráfica 9. ¿Tiene usted buenos hábitos alimenticios?



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 9, el 74.1% si tiene buenos hábitos alimenticios, el 24.8% no tiene buenos hábitos alimenticios, mientras que el .9% no contesta. Hoy en día, se tienen más y variadas posibilidades de acceder a varios tipos de alimentos, hay mucha publicidad acerca de productos alimenticios nuevos donde se puede acceder a una serie de menús o dietas de las cuales las personas hacen uso, es por eso que es importante que en el caso de los entrevistados el 74.1% dice tener buenos hábitos alimenticios, y es esa buena alimentación la que les permitirá tener un control de las cifras de glucosa en la sangre.

Afectividad y estado de ánimo

Al preguntarles a los adultos mayores con diabetes como es la relación con sus hijos el 76.4% contestó que la relación con sus hijos es buena con la mayoría de ellos, el 18.5% contestó que si con algunos, el 1.4% con 1 o 2 solamente, el .2% no con ninguno. La familia es considerada como el grupo donde se nace y se crece, es a su vez donde se deben estrechar los lazos afectivos y de ayuda, que le permitan al adulto mayor sentirse protegido y ayudado por los demás miembros, y el 76.4% dice que la relación con sus hijos es buena, entonces debemos entender que en los momentos en que se requiera tendrá el soporte en los hijos.

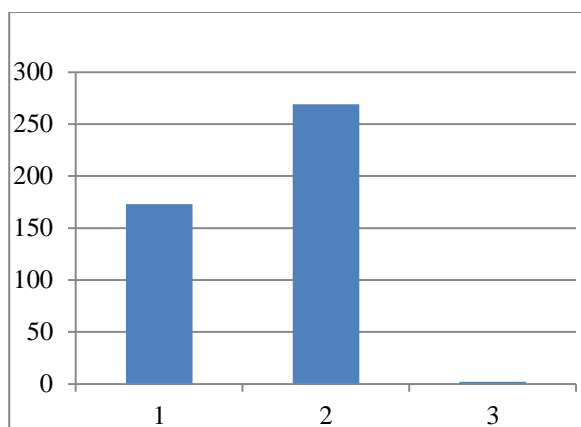
Mientras que el 47.7% considera que si la relación con su cónyuge es buena, el 21.6% contestó que a veces, el 30.2% no tiene cónyuge. En los adultos mayores cuando los hijos son ya titulares o parte de otras familias, el o la cónyuge se convierten en la persona más cercana en la vida diaria, y es la persona del primer contacto y la que será

sabedora de cualquier situación anormal o especial en la salud del adulto mayor, entonces cuando el 47.7% contestó que su relación con su cónyuge es buena, y el 21.6% contestó que a veces, se entiende que se tienen condiciones para que sean atendidos y acompañados en los momentos de enfermedad, el 30.2. % que dice no tener cónyuge está en circunstancias de riesgo al sentirse imposibilitado por la enfermedad.

El 47.5% contestó que si tiene compañía una parte del día, el 43.2% dijo que todo o casi todo el día, el 7.4% dijo que si, solo un rato cada día, el 1.6% dijo que no, siempre o casi siempre está solo. El dato del 90.7% que contestó que tiene compañía una parte del día o casi todo el día se torna importante ya que, Aunque la diabetes en su etapa donde se está controlado no es incapacitante, si es de mucha ayuda como adulto mayor estar en compañía, ya se para simplemente no sentirse solo o tener la posibilidad de externar alguna inquietud o algún sentimiento que se quiera compartir y no caer en el aburrimiento, en el desgano o en una crisis de soledad.

Al cuestionarles si se sienten solos 51.8% contestó que no, que nunca se siente solo, el 34.4% dijo que si, a veces, el 14.0% dijo que si, frecuentemente. Según las respuestas el 86.2% no se siente sólo o a veces, lo cual repercute en el estado de animo de las personas, ya que al no sentirse sólo o sola, se mantiene el sentido de pertinencia y pertenencia en la vida familiar o social.

Gráfica 10. ¿Tiene planes y proyectos futuros?



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 10, el 60.6% contestó que no, el 39.0% dijo que sí. Desgraciadamente el 60.6% de los entrevistados no tiene planes a futuro, y es de importancia porque cuando no se tiene fe o esperanza en seguir con vida o salud, no se tiene certidumbre en lograr hacer algo a futuro, lo cual merma en parte el gusto por seguir avanzando y consiguiendo logros en base a los objetivos personales, familiares, y profesionales. Mientras que el 39.0% contestó que si tiene planes y proyectos a futuro y a su vez representa una oportunidad de realización de las personas con ganas y deseos se continuar con sus proyectos de vida.

Al hacer la pregunta de cómo se sienten en relación a su vida el 64.6% contestó que no se siente vacío, el 28.4% contestó que a veces, el 6.8% contestó que si siente que su vida está vacía. La pregunta es un tanto dura y difícil quizá de contestar, pero es relevante que 100% la contestó. Y es el dato del 64.6% dice que no siente que su vida está vacía, donde si se tiene esa percepción es que están llevando una vida activa o

acorde con sus planes, y el 28.4% contestó que a veces, y es de considerarse hasta cierto punto normal que se presente, ya que como humanos no se está exento a tener lapsos donde se siente que no se tienen más que hacer en esta vida o en este momento de la vida, pero también es normal que se superen estas crisis y que sean las mismas personas quienes tomen nuevos bríos y den rumbo o retomem el mismo hacia la consecución de sus planes y objetivos de vida.

Por esto al preguntarles si se aburren con frecuencia el 41.2% contestó que a veces, el 40.1% contestó que no, el 18.5% contestó que si se aburre con frecuencia. Con la cifra del 81.3% en que se conjuntan las respuestas de que no se aburre con frecuencia o se aburre a veces, se entiende que en los entrevistados hay varias actividades o tiene una dinámica de vida, en la que buscan ocupar el tiempo libre y de esa forma no caer en el aburrimiento y no dar oportunidad de caer en la tristeza o soledad y mucho menos en el problema de la depresión de la cual sabemos que se torna en un problema serio y de serias consecuencias, y que en esta parte de la vida donde se pueden tener otras problemáticas que exigen estar en posibilidades de darles solución, no se puede caer en situaciones de tristeza o falta de ganas de seguir interactuando con los demás.

Conclusiones y propuestas

El presente expone la situación que prevalece en las personas adultas mayores en Saltillo con la enfermedad de la diabetes, en relación a su calidad de vida, con su salud y su estado de ánimo, ya que en base a las respuestas de los entrevistados se identifica que se tienen algunas carencias, como no se tiene una cobertura del cien por ciento en seguridad social, pero en general los adultos mayores tienen acceso a una serie de servicios y prestaciones, que les permiten en gran medida satisfacer las necesidades básicas.

Los adultos mayores ostentan una buena calidad de vida ya que los entrevistados dicen en general, estar en una situación buena y de posibilidad de seguir procurando cuidarse y realizar una vida normal, con oportunidad de evitar algunas de las complicaciones de la enfermedad de la diabetes.

La cobertura que proporcionan en seguridad social, en cuanto a la atención de la diabetes tipo II tanto el IMSS, ISSSTE, el Hospital General e instituciones privadas es muy buena prácticamente del cien por ciento, ya que si una persona necesita atención en el manejo de la enfermedad, tendrá la oportunidad de acceder a estas instituciones con plena confianza de aunque no sea derecho habiente en alguna de las instituciones, puede usar el seguro popular del Gobierno Federal, y que se le garantice el derecho a recibir atención médica, y cabe mencionar que no es fortuito, ya que está claramente previsto en la Ley Estatal de Adultos Mayores vigente en el Estado de Coahuila.

En cuanto al número de adultos mayores con prestación de pensión económica es importante mencionar que 70.7% de los entrevistados y/o sus cónyuges reciben una pensión, eso representa un ingreso directo y seguro que les permite una planificación, aunque sea austera en muchos casos, a su vez les representa certeza en garantizarla satisfacción de sus necesidades básicas.

La familia como pilar de la sociedad representa el apoyo fundamental que le da al adulto mayor la posibilidad de sentirse protegido en esta etapa de la vida donde se ven mermadas las capacidades físicas, económicas, psicológicas, y demás.

Una vez analizado los resultados de las entrevistas, se identifica que en Saltillo se conserva en gran medida el sentido de unidad en las familias, y que el adulto mayor representa una figura importante dentro del grupo, aunque hay ocasiones donde no se les podrá dar y procurar el bienestar deseado por las condiciones económicas, sociales y culturales que prevalecen en la sociedad.

El adulto mayor está contemplado como uno de los grupos vulnerables de la sociedad y es naturalmente, ya que como dice la frase de uso cotidiano, el tiempo no perdona, y es el tiempo quien se encarga de pasar factura de las acciones y omisiones hechas en las etapas tempranas de la vida, llámese niñez, adolescencia, juventud, y etapa adulta. Por ello la enfermedad de la diabetes tipo II, está en un punto donde se le está dando la dimensión más apegada a la realidad, donde las cifras de personas con esta padecimiento han crecido de manera importante y se está trabajando en el sector salud, en los medios de comunicación y en la sociedad en general. Para que la tendencia de aumento de personas con diabetes, no sea tan representativa y evitar en lo posible que los adultos jóvenes de hoy se conviertan en un futuro en adultos mayores con enfermedades y complicaciones físicas que le impidan desarrollar su vida de manera normal, y alcanzar una buena calidad de vida.

En relación con el estado de ánimo y la afectividad del adulto mayor entrevistado se percibe que aunque tienen compañía y se llevan bien con su cónyuge e hijos, les faltan actividades para que no sientan la soledad, actividades que les permita sentirse útiles, aprovechar la experiencia de vida que tienen y elaborar un proyecto de vida para que no se aburran en sus hogares.

En términos generales se cumplió con los objetivos planteados originalmente ya que se respondió a la pregunta de investigación, y se conoció de manera integral, como es que los adultos mayores, perciben y viven su etapa de adultez, y se conoció a partir de las respuestas de las entrevistas la situación en que se han llevado en los últimos tiempos. Los adultos mayores ostentan una buena calidad de vida ya que los entrevistados dicen en general, estar en una situación buena y de posibilidad de seguir procurando cuidarse y realizar una vida normal, con oportunidad de evitar algunas las complicaciones de la enfermedad de la diabetes.

A manera de retroalimentación, el conocer lo externado por los entrevistados amplía el panorama y el conocimiento en cuanto a sus condiciones de vida, ya que quizá a veces presuponemos muchas cosas, incluso se hacen aseveraciones sin sustento que a la postre nos crean escenarios irreales que no ayudan a crear planteamientos adecuados a contextos determinados en la sociedad. A partir de lo anterior se proponen una serie de sugerencias que invitan al abordaje de esta enfermedad en los adultos mayores:

- Impulsar actividades dirigidas a controlar la Diabetes que incluyan la promoción de la actividad física, el control de peso, los hábitos alimenticios, el auto monitoreo de la glucosa, la detección de casos y la mejora continua del tratamiento de los pacientes.

- La creación y promoción de grupos de ayuda mutua para personas con Diabetes, sobrepeso e hipertensión.
- Impulsar una política integral para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo II, sobrepeso, obesidad, y riesgo cardiovascular. A través de campañas de promoción de conductas saludables y control de riesgos específicos.
- Consolidar un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud, con la detección oportuna de la diabetes y la prevención y control del sobrepeso, la obesidad, los riesgos cardio-vasculares. .
- Impulsar las formas de participación social de los adultos.
- Crear centros de día que ofrezcan servicios médico-sociales y de apoyo familiar, ofreciendo atención a las necesidades básicas, terapéuticas y socio-culturales del adulto mayor.
- Diseñar políticas económicas, sociales y educativas que generen un cambio de cultura hacia el adulto mayor.
- Promover en medios masivos de comunicación, el cuidado y la atención de las personas adultas mayores.
- Promover las políticas, programas y proyectos con niños y adolescentes que fomenten la responsabilidad compartida al interior de la familia sobre la atención del adulto mayor.
- Incrementar las campañas de salud para la atención de los adultos mayores.
- Incluir en los programas educativos temas gerontológicos.
- Realizar las modificaciones arquitectónicas en todas las áreas físicas de hogares y hospitales.
- Crear programas que dignifiquen al adulto mayor, involucrando su integridad y con el objetivo de mejorar su bienestar biopsicosocial, así como su autoestima y calidad de vida.
- Crear programas de actividades recreativas y culturales para el adulto mayor.

Referencias

- Acevedo, J., Trujillo, A. & López, M. (2010). *Vulnerabilidad del adulto mayor: hacia la identificación de las condiciones de vida y la cobertura institucional de los adultos mayores de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México*. [Libro en imprenta]
- Alfaro, A. N., Carothers, M. & González, Y. S. (2006). Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*.
- Antolinez Eco Mario Leonardo, Nieto & Luz Marina. Alonso Palacio (2007). *Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional*. En http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/232/13_Esta%20nuestro%20pa%20preparado.pdf. Extraído de la red el 24 de febrero del 2011
- Aréchiga Hugo & Marcelino Cerejido (Coordinadores) (1999). *El Envejecimiento: Sus Desafíos y Esperanzas*. Siglo XXI Editores S .A de C.V.
- Arriaga Bueno Reyna Alicia (2006). *Tesis Estudio de las condiciones de desarrollo social de la población de adultos mayores del estado de Coahuila. El caso de Saltillo, Monclova y Torreón*. U. A. de C. Facultad de Trabajo Social.
- Borjas Benavente Adriana (2006). *Desarrollo Social: Balance y Desafíos de las Políticas Gubernamentales*. Cámara de Diputados LIX Legislatura México DF.

- Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (2ª ed.). Philadelphia: University Press.
- Burke Mary M. (1998). *Enfermería Gerontológica, Cuidados Integrales del Adulto Mayor*. Harcourt Brace de España S.A. Madrid España.
- Caballero Ana M., Naranjo, M. & Fong, Y. (2002). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Ministerio de Salud Pública. Rev. Cubana Enfermería*. En línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008&lng=es&nrm=iso Extraído de la red 25 de febrero del 2011
- Cáceres Rodas Rhina Ivette. (2004). Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000. *Población y Salud en Mesoamérica*. En línea: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-3/1-2-3.pdf> Extraído de la red 27 de enero del 2011
- Calderón, N. (1992). *Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos*. *Rev. Me. IMSS*, 30. En línea: www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm93/consultorio.html. Extraído de la red 3 de marzo del 2011
- Campo, A., Urruchurtu, Y., Solano, T., Vergara, A. & Cogollo, Z. (2008). Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS 15) en Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*.
- Campusano, C., Brusco, M. F., Campino, C., Rodríguez, L. & Arteaga, E. (2006). Comparación de distintos métodos para evaluar la función androgénica en el adulto mayor. *Rev. Méd Chile*, 134.
- Cárdenas, H., Bello, C., Feijóo, M. & Huallpa, E. (2004). Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú. *Rev. Cubana de Salud Pública*, 30.
- Cardona, Doris., Estrada, Alejandro & Byron, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor en Medellín. *Biomédica*, 26. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84326204>. Extraído de la red 27 de enero del 2011
- Carelli, V. (1998). Personal meaning of death in relation to fear death. *Death Studies*, 22.
- Castro Guzmán Martín (2010). *Desarrollo Social y Calidad de Vida*. Edit. Miguel Ángel. Porrúa. México D.F.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1999). *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*. Distrito Federal, México: CONAPO
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2001). *La población de México en el nuevo siglo*. México: CONAPO
- Dirección General de Información en Salud (2011). En línea: <http://dgis.salud.gob.mx> Extraído de la red el día 5 de febrero de 2011
- Mensías Pavón, Fabián (2011). *Trastornos del Estado de Ánimo. Neurona GYM ejercitando neuronas*. En línea: <http://www.neuronagym.com.mx/enfermedad/trastornos-estado-animo>. Extraído de la red en día 5 de abril del 2011
- Córdova Villalobos, José Ángel (2007-2012). *Mensaje del Secretario de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012*
- Dueñas, E., Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara. S. & Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones Psicosociales. *Colombia Médica*, 37.

- Durán, D. M., Orbegoz, L. J., Uribe, A. F. & Uribe, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychological*, 7.
- Panapo, Caracas (1992). Publicado también por Ed. Panamericana, Bogotá. Ed. Lumen, Buenos Aires
- Fillenbaum, G. (1984). *The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment*. OMS: Ginebra. En línea: <http://www.lahora.com.ec/judicial/20261099/paginas/judi4.htm> Extraído de la red 24 de noviembre del 2010
- Gutiérrez, J., Serralde, A. & Guevara, M. (2007). Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Nutrición Hospitalaria*, 22.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos & Baptista Lucio, Pilar *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill, México 1997 México, D. F.
- Higashida Hirose, Bertha (2001). *Ciencias de la Salud*, 4 edición. MC Graw-Hill 2001 en línea: <http://www.dgb.umich.mx:8082/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=a>. Extraído de la red 23 de marzo del 2011
- Historia de la Diabetes (2011). En línea: http://www.iqb.es/d_mellitus/ho1.htm Extraído de la red 17 de febrero del 2011
- Huenchuan Sandra (2009). *Envejecimiento derechos humanos y políticas públicas*. Naciones Unidas, Santiago de Chile 2009.
- INEGI (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. México: INEGI.
- INEGI (2005b). *II Censo de población y vivienda 2005*. Gobierno de México. México, D. F.
- Inga, J. & Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima- Perú. *Universitas Psychological*, 5.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2006). *Grupos de Autoayuda para pacientes con sobrepeso Obesidad, hipertensión y diabetes mellitus*. Coordinación de Áreas Médicas. Guía de Operación
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2008). *Memoria Estadística 2005, 2006 y 2007*. En línea: www.imss.gob.mx Recuperado el 5 de junio de 2008
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). IMSS. *Programa interinstitucional de prevención y atención al paciente diabético*. Dirección de Prestaciones médicas. Unidad de atención Médica. Coordinación de Áreas Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). Sistema Institucional de Mortalidad (SISMOR)
- Instituto Nacional de Salud Pública (2011). Recuperado el día 12 de febrero del 2011.
- Islas Andrade Sergio & Alberto Lifshitz (2000). *Diabetes Mellitus 2* Edición. Mc Graw-Hill Interamericana
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). En línea: www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf. Extraído el día 8 de abril de 2011
- Instituto Nacional Para la Educación de los Adultos (1995). *Necesidades educativas básicas de los adultos*. México DF.
- Jansson, A. (2001). El costo social de la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en el adulto mayor. *PHAROS*, 8, 69-93.
- Langarica Salazar Raquel (2011). *Vejez y Envejecimiento*. En línea: http://www.uam.es/personal_pdi/ela consultado el día 2 de marzo 2011.
- Lazcano M. Salazar (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Aquichan*
- López, A. (2008). Migración, remesas y arreglos residenciales de los adultos mayores en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 23.

- López Vergara R. & Llorente Rubio (2011). *Papel de los familiares y de los profesionales de salud en la diabetes*. En línea <http://www.diabetes.bayer.es/user/ediarticulos.htm> Extraído de la red el 30 de marzo del 2011
- Martínez, L., Menéndez, J., Cáceres, E., Baly, M., Vega, E. & Prieto, O. (1999). Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. *RESUMED*, 12.
- Martínez Marín M. Luisa (2005). *Vejez y Envejecimiento* en línea. http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/2/tema2.pdf Extraído de la red en 10 de abril del 2011
- Masís Sanabria Sandra (1988). *Dos enfoques de la terapia familiar: Virginia Satir & Murray Bowen*. En línea: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000189.pdf> Extraído de la red el 24 de marzo del 2011
- McDougall, G. (1995). Memory self-efficacy and strategy use in successful elders. *Educational Gerontology*, 21.
- Montes de Oca, V. (2003). El envejecimiento demográfico en el debate mundial: reflexión académica y política. *Papeles de población*, 35.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- Muñoz López, Temístocles (2000). Apuntes sobre muestreo. *Perfiles*. Año 3, Número 15. Coordinación General de Estudios de Posgrado e Investigación. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo.
- Nassbaum Martha C & Sen Amartya (compiladores) (1996). *La Calidad de Vida*. Editorial FCE. México.
- Ocampo, R. (2004). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle central de Costa Rica*. Tesis de Maestría No Publicada, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- ONU (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York
- Pedrero, E. T. (2000). *Ensayo el adulto mayo*. <http://www.psicomundo.com.mx/>. Extraído de la red el 12 de Junio de 2005
- Peláez, M. & Ferrer, M. (2001). Salud Pública y los Derechos Humanos de los adultos mayores. *Acta Bioethica*, 7.
- Peña Pérez, Belém; Terán Trillo, Margarita; Moreno Aguilera, Fernando; Bazán & Castro, Manuel (2009). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina*. En línea <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/473/47312308002.pdf> Extraído de la red el 16 de febrero del 2011
- Pérez Serrano Gloria (2004), *¿Cómo intervenir en personas mayores?* Editorial. DYNKINSON, SL. Madrid España.
- Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012). En línea <http://pnd.presidencia.gob.mx/>. Extraído de la red el 7 de febrero del 2011.
- Prado Antonio, Sojo Ana (2010). *Envejecimiento en América Latina; Sistemas de Pensiones y Protección Social Integral*. Naciones unidas, Santiago de Chile 2010.
- Proasi Víctor Emilio (2001). *La Afectividad y su Dinamismo*. Editorial de Ciencia y Cultura. Buenos Aires, Argentina 2001
- Ribeiro Ferreira Manuel & Mancinas Espinoza Sandra (coordinadores) (2009). *Textos y Contextos del Envejecimiento en México; Retos para la familia y el Estado*. Plaza y Valdés S. A de C. V México D. F 2009.
- Redondo, N. (1998). *Ancianidad y Pobreza*. Buenos Aires: Humanitas.

- Reeve John Marshall (1994). *Motivación y Emoción*. Editorial. McGraw-Hill/ Interamericana de España, S. A. U. 1994 España.
- Rowland, D. (1984). Old Age and the Demographic Transition. *Population Studies: A Journal of Demography*, 38, 73-87.
- Sabino Carlos (1992). *El Proceso de Investigación*. Ed. Panapo Caracas
- Sáez Carreras Juan (2003). Educación y aprendizaje en las personas mayores. Editorial. Dynkinson, SL. Madrid España.
- Salgado, A. (1976). *Planificación gerontológica intra y extrahospitalaria*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: Universidad Computense de Madrid.
- Sánchez, D. (2008). Adultos mayores en la planeación del espacio turístico rural en Tamaulipas. *Papeles de Población*, 55.
- Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud (2007-2012). *Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una mejor salud*. México D.F. http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
- Shamah Levy Teresa, Lucía Cuevas Nasu, Verónica Mundo Rosas, Carmen, Morales Ruán, Leticia Cervantes Turrubiates & Salvador Villalpando Hernández (2005). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, septiembre-octubre, año/vol. 50, número 005
- Instituto Nacional de Salud Pública (2011). En línea <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/106/10650506/10650506.htm> Extraído de la red el día 15 de febrero del 2011
- Suárez, R. & Pescetto, C. (2005). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health*, 17, 419-428.
- Tm. Talento médico (2010). Año 2, No 17 revista mensual. Saltillo Coahuila agosto 2010.
- Trujillo, S. (2005). Agenciamiento individual y condiciones de Vida. *Universitas Psychologica*, 4.
- Victoria, C., González, M., Fernández, J. & Ruiz, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. *Revista de Psicología Iztacala*, 8, 3.
- El sampetrino (2011). Diario en línea de San Pedro Coahuila Publicado 12 noviembre 2010 por redacción. Recuperado el 6 de febrero del 2011.
- El sampetrino.com (2010). Diario en línea de San Pedro Coahuila Publicado el 30 octubre 2010 por redacción. Recuperado el día 6 de febrero del 2011.
- Notimex el Universal (2011). *Males Crónico – degenerativos problemas de salud en México*, Recuperado el día 6 de febrero del 2011
- Yanguas Lezaun, José Javier (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 2006, Madrid España.
- Zetina Lozano, María Guadalupe (1999). *Conceptualización del proceso de envejecimiento, papeles de población 019*. Universidad Autónoma del Estado de México. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio>. Recuperado el día 8 de febrero del 2011.

Vivencias de esposas de adultos mayores en convivencia con el consumidor de alcohol.

*Araceli Vázquez Acevedo¹⁸
Viviana Guadalupe Lucio Contreras¹⁹
Ana Laura Carrillo Cervantes²⁰*

Resumen

La familia, como contexto socializador del individuo, es el elemento central, más importante a nivel de intervención, como preventivo, en relación al consumo de drogas. Está comprobado que el sistema familiar desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso y de adicción (Johnson, 1990). En tal sentido se plantea una investigación cualitativa fenomenológica, ya que se describen las variables en cuanto a la perspectiva de las vivencias propias. La población objeto de estudio la conformaron 6 sujetos esposas de adultos mayores con problema de alcoholismo que asisten a un grupo AL-ANON de la Ciudad de Saltillo, Coahuila. Las experiencias comentadas por las esposas coinciden en que ha sido una experiencia difícil y cruel. Los cambios que se daban en la pareja con estado de ebriedad son emocionales y psicológicos. Las participantes de este estudio expresar que habían sufrido violencia física, y todas concluyen que sus esposos no eran violentos, ni agresivos cuando se casaron, sino cuando estaban bajo efectos del alcohol, ellos se transformaban y era cuando las agredían.

Introducción

Generalmente el hablar del fenómeno del alcoholismo creemos que es poco frecuente en personas mayores de 60 años de edad y está más relacionado con personas jóvenes; la realidad es que el mismo sistema no permite detectar fácilmente a las personas mayores que ingieren bebidas etílicas de forma exagerada. En algunos casos el alcoholismo en la etapa adulta es el resultado de historias de abusos, pero en la mayoría adopta la forma de un escape a una realidad difícil de asumir, la vejez (Lomerli, 2003).

En México el alcoholismo es la primera causa de muerte por adicciones entre los mexicanos y 8 de cada 1000 personas reportaron consumir alcohol diariamente en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. En total, casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008).

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre el organismo, son ampliamente conocidos, y son, posiblemente, el motivo desencadenantes de aquellas las personas con un problema de adicción a este toxico comiencen un tratamiento de desintoxicación y deshabilitación, aunque el problema real de esta adicción como en

¹⁸ Licenciado en Enfermería, UAdeC

¹⁹ Licenciado en Enfermería, UAdeC

²⁰ Profesor Escuela de Enfermería, UAdeC

muchas otras sea probablemente las consecuencias familiares, sociales y laborales, que en la mayor parte de las ocasiones resultan devastadoras (Lloret, 2001).

El antecedente más remoto del término codependencia es el coalcoholismo, que al parecer surgió en 1951, cuando Lois Wilson, esposa de uno de los cofundadores de Alcohólicos Anónimos (AA), decide fundar AlAnón, pues ella y otras esposas de alcohólicos en recuperación descubrieron que también sufrían un deterioro emocional, físico, mental y espiritual, y que necesitaban de las mismas herramientas que sus esposos para recuperarse (Rocha-Ortiz, 2011).

En este sentido, la familia, como contexto socializador del individuo, es el elemento central, más importante a nivel de intervención, como preventivo, en relación al consumo de drogas. Está comprobado que el sistema familiar desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso y de adicción (Johnson, 1990).

De manera que dejando a un lado los factores genéticos se puede afirmar que los procesos de socialización familiar destacan su importancia al ser la base de predisponentes tales como las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores y en última instancia las habilidades de comunicación.

El desarrollo del conocimiento sobre alcoholismo ha enfatizado sus aspectos negativos, por lo que las investigaciones se han centrado en el mismo como el desvío individual y no como un comportamiento social, pues el problema del alcohol no afecta únicamente a quien tiene la adicción, sino que involucra a la familia, especialmente a las mujeres, quienes cuidan y se responsabilizan del alcohólico en el diario convivir (Pessanha, 2004).

Se refiere que siempre que uno de los miembros de la familia desarrolla una conducta adictiva, otro desarrolla codependencia. En este contexto, el uso y abuso de sustancias adictivas como el alcohol y las drogas va en incremento, así como situaciones de violencia físico, sexual y psicológica, que resultan de la relación adicto/co-dependiente, dañando la autoestima de los integrantes de la familia, en especial a las mujeres (Guevara, 2007).

El alcoholismo y el adulto mayor

El consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales problemas de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los problemas asociados al alcohol han cobrado proporciones alarmantes, y el uso inmoderado de esta sustancia contribuye al incremento de muertes prematuras y aumento de la discapacidad en la población, ya sea como consecuencia de los padecimientos asociados al consumo y dependencia alcohólica, como por los accidentes y violencias que se efectúan bajo los efectos del alcohol (OMS, 2002).

Particularmente en México, el consumo de bebidas alcohólicas así como los problemas relacionados con su abuso, son parte de la vida cotidiana debido a que la cultura mexicana es altamente permisiva con el consumo y abuso del alcohol, así como con los comportamientos relacionados con la ingesta. Las consecuencias derivadas de

esta situación dependen en gran medida del patrón de consumo, referido como episódico con ingestión de elevadas cantidades, donde gran parte de las ocasiones que se ingiere alcohol, aun cuando no sea frecuente, se llega a un estado de embriaguez (SSA, 2002).

Estudios realizados, mencionan la existencia de un grado significativamente alto de depresión, una mayor carencia afectiva infantil, familias con padres alcohólicos, inestabilidad familiar, pobreza en su autoestima, afectación en su autocontrol, relaciones interpersonales violentas y con fuertes sentimientos de rechazo (Moya, 2007).

Dentro de todo esto, llama la atención que muestran una fuerte tendencia a ligarse con parejas cuyo consumo de alcohol es alto, hombres que generalmente son agresivos y tienden a abusar de ellas física y sexualmente, y con quienes continúan viviendo por tiempos prolongados, sin que exista una razón aparente para continuar esa relación que las daña (Martínez, 2007).

El abuso de alcohol está relacionado con hospitalizaciones psiquiátricas, ausentismo laboral, jubilaciones anticipadas y los accidentes en el trabajo. La violencia doméstica es una experiencia común en la vida cotidiana de las familias con antecedentes de alcoholismo (Noto, 2004). Minayo (1998) señala que si bien todos los estudios muestran evidencia empírica de que el alcohol es la sustancia más importante en relación con las diversas formas de violencia, su estatus legal hace que sea socialmente aceptado y se consume ampliamente. La evidencia de los problemas causados por el alcoholismo citado anteriormente muestra el impacto causado por el paciente en casa y también cuando se encuentra hospitalizado.

Estudios relacionados

Vargas y Hernández (s/f) desarrollan un estudio vinculado a la codependencia en esposas de alcohólicos. Bajo el objetivo de medir la codependencia que tienen las esposas de alcohólicos, fue un estudio cualitativo en el cual la muestra fue de 15 esposas que acudían al grupo Al-Anon. Sus resultados fueron 95% presento codependencia leve y el 5% presento moderada. Por su parte, Hernández y Antonia (2008) en su estudio llamado relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. Los propios autores realizan una revisión sobre el tema de la codependencia y su relación con comportamientos socialmente aprendidos sobre la base de una división de género. La codependencia en mujeres de adictos a alcohol y sus consecuencias individuales, familiares comunitarias también se menciona. En este contexto se realiza una breve síntesis de los patrones de comportamiento derivados del rol social asignado a la mujer en México en relación con esta temática.

Tobo (2005) en su investigación llamada el sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas, en la cual su objetivo era conocer y analizar la percepción de la vida de las mujeres quienes conviven con esposos que consumen bebidas alcohólicas. Su estudio fue de diseño cualitativo descriptivo. La colecta de datos fue realizada a 6 mujeres de Colombia mediante entrevista semi-estructurada y observación. El material obtenido fue clasificado en categorías; por estas se puede establecer que el significado dominante de “sufrimiento”, atribuido por las

mujeres, está determinado por el contexto sociocultural, en el que se reflejan aquellos valores y comportamientos culturales.

Riquelme y Merino (2002) en su estudio llamado sistemas de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos, el cual tenía como objetivo identificar y relacionar los estilos de enfrentamiento más usados en la familia de los enfermos de alcohólicos con variables socio demográficas y psicosociales. Fue un estudio retrospectivo y relacional con una muestra de 46 personas con familiar alcohólico. Sus resultados fueron que el tipo de enfrentamiento resultó ser comparativamente más efectivo para las familias de los enfermos alcohólicos también fue el estilo optimista, con valor ligeramente superior a los estilos confrontativo, apoyante y autoconfiante, que demuestra una regular efectividad. Se sugieren estrategias de apoyo psicológico mediante un programa centrado en ellas.

Vasconcelos y Martin (s/f) en su artículo Los Cuidadores de los pacientes alcohólicos en la ciudad de Santos Brasil el cual tuvo como objetivo analizar el significado del alcoholismo a los cuidadores de pacientes dependientes de alcohol. Se llevó a cabo un estudio cualitativo es la observación etnográfica y entrevistas en profundidad con diez cuidadores de pacientes alcohólicos en tratamiento en los servicios de salud mental de los Santos. El estudio mostró que las relaciones familiares eran inestables y conflictivas. Era difícil reconocer la dependencia. El alcoholismo fue aceptado como una enfermedad cuando el paciente fue hospitalizado. El abuso de alcohol se oculta por el valor social del consumo y de las relaciones de género desiguales. Había una restricción social de los cuidadores. Las mujeres han asumido el cuidado y eran organizadores de una inestable y sufrieron todos los días.

Derivado de los hallazgos encontrados se plantea el siguiente objetivo de investigación conocer las vivencias de las esposas de alcohólicos que reciben apoyo emocional de un grupo AL-ANON de la ciudad de Saltillo Coahuila.

Metodología

Es estudio desarrollado fue de corte cualitativo, con un enfoque fenomenológico, la población objeto de estudio la conformaron 6 sujetos esposas de adultos mayores con problema de alcoholismo que asisten a un grupo AL-ANON de la Ciudad de Saltillo, Coahuila. Los criterios de Inclusión para la realización del estudio fueron: Tener más de 60 años de edad; Que deseen participar en el estudio; Asistentes al grupo; Que sean esposas de pacientes con esta enfermedad. En tanto que los criterios de exclusión fueron: No contestar al 100% la encuesta realizada.

Para la realización del estudio de investigación se utilizó una encuesta conformada por 4 ítems de respuesta abierta las cuales fueron grabadas durante la entrevista, la validación como elemento de confiabilidad es un aspecto crítico de los estudios cualitativos (tabla 1). Para la recolección de datos, se procedió a la aplicación del instrumento de investigación en la población de estudio, en los domicilios correspondientes de cada una de las participantes para lo cual antes de su aplicación se le explicó a cada una el objetivo del estudio, se les solicito personalmente y por escrito su consentimiento, se les dio a conocer que su anonimato y la confiabilidad de la información proporcionada se respetaría, además de proporcionar un ambiente de

privacidad, que tendrán libertad de retirarse cuando lo desearan, y al final se agradeció su participación. Los datos obtenidos por las entrevistas se transcribieron fidedignamente y fueron analizados usando el método de análisis de contenido, después de la lectura de cada transcripción se identificó temas que se repetían los que se denominaron códigos unificados luego estos se agruparon en categorías para finalmente reagruparlos en códigos temáticos. Finalmente el estudio se apega a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987).

Tabla 1. Códigos Unificados De Las Esposas.

Códigos unificados de las esposas
1. Difícil
2. Daño
3. Nervios
4. Cambios de estado de animo
5. Tomar diario
6. Experiencia cruel
7. Maltrato físico
8. Infidelidad
9. Desempleo
10. Coraje
Códigos unificados de las esposas
11. Maltrato verbal
12. Desconfianza
13. Sin intimidad
14. Sin apoyo económico
15. Odio
16. Vergüenza
17. Desconfianza
18. Religiosidad
19. Lastima
20. Recapacitar
Códigos temáticos finales
1. Aspecto emocional
2. Aspecto físico
3. Aspecto personal

Fuente: Elaboración propia

Resultados

Código 1. Aspecto emocional

En este código se incluyen los siguientes tópicos tales como: “Difícil, daños, nervios, experiencia cruel, maltrato verbal, desconfianza, odio, vergüenza, desconfianza, odio, vergüenza y lastima. Las esposas expresaron sus emociones mencionando de forma detallada Su sentir al respecto expresan: “vivir con un alcoholico es de lo más difícil daña a uno... ojala nunca pasen por lo mismo, más difícil de lo que te puedes imaginar, él se ponía muy mal fuimos pocas veces a alcoholicos anónimos. Es muy difícil trauman a uno y a la familia hasta la fecha estoy en estado de nervios, estamos muy dañados fueron muchos años se descomponía mucho.” Las experiencias comentadas por las esposas coinciden en que ha sido una experiencia difícil y cruel.

Código 2. Aspecto físico

En este código se engloba las agresiones físicas, se menciona “fui muy maltratada por él, golpes, perdí 2 bebés por mala alimentación que me tenía” como este caso hay otros tres de las participantes de este estudio expresar que habían sufrido violencia física, y todas concluyen que sus esposos no eran violentos, ni agresivos cuando se casaron, sino cuando estaban bajo efectos del alcohol, ellos se transformaban y era cuando las agredían. Una más expreso “pues si era agresivo, si, si era agresivo algunas veces llegamos a pelearnos, reconozco que algunas veces lo provocaba con el coraje por lo provocaba también empezaba la discusión, la pelea”, era tanto el coraje que hacia la pareja al verlo en ese estado que propiciaba hasta un enfrentamiento físico entre ambos, sin pensar en la fuerza con la que él contaba que por ser hombre iba a ser más fuerte, tampoco pensaban en los hijos ya que ellos escuchaban todo.

Código 3. Aspecto Personal:

En este código se unificaron los aspectos de infidelidad, desempleo, falta de intimidad, cambios en el estado emocional producidos por el alcohol. Solo una sujeto fue quién expreso que en su relación sufrió una infidelidad, sin embargo todas las participantes coincidieron que el alcohol fue la principal causa de desempleo ya que algunos faltaban mucho, llegaban en estado ebriedad y alguno consumían alcohol durante las horas de trabajo, al tener el problema de falta de trabajo también tenía problemas económicos ya que al no contar con un sueldo la mujer era la que tenía que trabajar para solventar los gastos familiares y menos buscaban trabajo en el caso de una donde su esposo le robaba las pertenencias para venderlas y comprar alcohol. Ella misma expresa “ya en sus últimos años yo no lo soportaba y ni él a mí, dormíamos separados y teníamos 2 años sin tener relaciones” concordando dos de ellas “Todo se pierde ya no hay confianza para nada ni lo íntimo” cuatro de las participantes coincidieron que no solamente había falta de intimidad, la confianza el deseo sino ya no compartían la recámara con su pareja ya cada quien contaba con su recámara.

Los cambios que se daban en la pareja con estado de ebriedad son emocionales y psicológicos mencionaron “Mi relación con él era mal, ya teníamos muchos años tener una relación mal pues tener una relación con una persona alcohólica no deja dormir, manotea mucho hablar con él, yo llegue a llegar a platicar, me despierto mucho me manoteas me pegas llegue a decirle que, vamos su poner una regla o te acuestas con migo o con tu botella y prefirió su botella entonces tú en tu recámara y yo en la mía, era mucho problema demasiado” al igual que ella varias participantes coincidieron que era molesto dormir con ellos por que en ocasiones “roncan mucho”, “alucinan” y que la solución fue dormir en habitaciones separadas.

Todas las participantes describieron sus experiencias, así las participantes describen los aspectos emocionales, ya que en base a estudios coincidimos con Hernández que comenta que la persona que consume alcohol afectando la salud física y mental tanto de quien consume, como de aquellos que viven cotidianamente con él, dañando la autoestima en especial en las mujeres así como lo refieren las participantes del estudio donde se concluye que las relaciones familiares son inestables y en constante conflicto. Al igual se coincide con la investigación realizada por el autor Tobo VENI ya que las participantes al igual con ella concluyeron que la ida es un sufrimiento para ellas y los hijos; aunque diferimos con la autora en los motivos de por qué no tomaban la decisión de separarse encontró que se detenían por los hijos por no tener independencia

económica y otras que decían quererlos nuestros resultados nos arrojaron que las participantes no los dejaban por lástima que no tenían a donde ir, quien viera por ellos y por no querer que anden en las calles. Sin embargo con el autor Vasconcelos CDSE coincidimos en sus resultados ya que la familia de la persona con problemas de alcohol cambia su ritmo de vida ya que tienen que guardar todo bajo llave, esconder las pertenencias de valor por que las vendía para comprar botellas de alcohol.

Conclusiones

En la enfermedad del alcoholismo no solo se ve afectada la persona que tiene problemas con el consumo de alcohol sino al núcleo familiar en particular las esposas ya que los cambios de personalidad y la agresividad, generan miedo a los integrantes, además en muchas ocasiones en lugar de enfrentarlos son ignoran pero llevan sentimientos encontrados como sufrimiento, vergüenza, coraje, nervios entre otros daños emocionales los cuales algunas participantes mencionaron que no se superan a través del tiempo. Sin embargo aunque la esposa trate de ocultar la enfermedad a la familia, la sociedad e hijos es algo que tarde o temprano queda fuera de contexto y es incontrolable ya que va pasando el tiempo y el paciente sigue en consumo afectando de manera económica a la familia ya que en ocasiones se pierden las pertenencias de las para obtener recursos y de este modo seguir consumiendo.

Se puede corroborar por testimonios que el paciente alcohólico inicia por ser un bebedor social hasta que el alcohol lo domina. Ya que todas las participantes expresaron que antes de casarse eran bebedores sociales no se explicaban el fenómeno del cambio al consumir alcohol diario e inicia la sobreprotección con los hijos y la incapacidad para que el esposo pudiera permanecer en un trabajo, las orilla a ella llevar el control en aspectos en el hogar tanto económicos como emocionales; esto conlleva a que ellas se refugien en un ser divino o en su religión.

Todas estas experiencias mencionan que intentos los hay pero en ocasiones recae de 6 participantes tres de sus esposos dejaron de tomar no por que quisieran sino fue por salud, ya que en alguna ocasión estuvieron hospitalizados de gravedad, 2 participantes siguen consumiendo alcohol se quedaron solos, sin familia sin dinero sin ningún apoyo y no recapitaron. Es lamentable escuchar esas palabras de me arrepiento como “haberme casado con él ya que una mujer se casa con la creencia de que se será feliz toda la vida y el único motivo de separación sería la muerte” sin embargo no cuentas que misteriosamente va generándose una enfermedad que se va fortaleciendo, y no le das importancia al consumo excesivo alcohol hasta que lentamente en lugar de ser ocasional se convierte cada vez más frecuente.

Recomendaciones

Participante 1: Piénsenlo muy bien porque ya después es muy difícil dejarlo y te afecta mucho.

Participante 2: No cambian es muy feo vivir con una persona así.

Participante 3: “Que los dejen, que se den cuenta a tiempo desde novios, separándose de por vida para que no te desgracien la vida, pero sin perdonar por qué no dejan de

tomar jamás, se lastima él, te lastima ti y a los hijos, evítenlos porque va a ser su desgracia en todos los aspectos...”

Participante 4: “Y un consejo si entonces ese consejo si se los doy, de a tiempo, a tiempo... Que los jovencitos no tomen hay tantas cosas aquí en la vida, que no hagan eso, porque es un dolor que no”.

Participante 5: “Pues cuando ya uno piensa voy a hacer esto, voy a tomar esta decisión piénsalo una dos tres veces ya cuando ya deberás piensas que no la puedes sobre llevar pues entonces tomar la decisión de que te vas a separar de que es lo que vas a hacer a mí me sirvió mucho a ir a Ala non después ir a la iglesia eso me ayudó mucho a sobrellevar esa situación, que le echen ganas.”

Participante 6: “Yo les aconsejaría que realmente no vale la pena este... Siento que una persona con la ayuda de Dios obviamente si puede cambiar pero realmente si es un noviazgo no tiene caso.”

Referencias

- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/encuestas_ena2008.html
- Guevara W. (2003). *La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento*. *Boletín Consejo Superior de Investigaciones CSI/UNMSM* [on-line] 2003 [citado 29 oct 2007]; (48): 13-15. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe>
- Martínez Ham (2007). Alcoholismo Femenino un nuevo reto social. <http://www.diproredinter.com.ar/Psiquiatria/psiquia2.html>
- Minayo MCS & Deslandes SF. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Pública*; 14(1): 35-42.
- Moya GJ. (2007). Algunas Reflexiones Sobre el Alcoholismo Femenino. *Cuadernos Trabajo Social*; (17):83-98.
- Noto, A. R., Fonseca, A. M., Silva, E. A. & Galduróz, J. C. F. (2004). Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas: um levantamento no Estado de São Paulo. *J Bras Depend Químicas*; 5 (1): 9-17.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo (2002). Ginebra: OMS.
- Pessanha D. (2004). Alcoholismo: acusação ou diagnóstico. *Cad Saude Publica*, jan/fev; 20(1): 7-13.
- Secretaría de Salud (MX) (2002). *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México (DF): Encuesta Nacional de Adicciones-ENA 2002 Disponible en: www.salud.gob.mx

Apoyo social y depresión en adultos mayores que asisten a un centro de recreación en Saltillo, Coahuila.

*Wendy Juana María García Meza²¹
Tannia Rocío Rosales González²²
Daniel Sifuentes Leura²³*

Resumen

El presente trabajo expone el grado de depresión y el apoyo social que poseen los Adultos Mayores (AM) que acuden a un centro de recreación. Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional y transversal, empleando una muestra de 51 AM que asisten a un centro de recreación en la ciudad de Saltillo, Coahuila. Se empleó una cédula de datos sociodemográficos; la escala IDERE para medir depresión estado y rasgo; Inventario de Recursos Sociales en AM (Díaz & Veiga, s/f), la cual explora aspectos estructurales, funcionales y la satisfacción subjetiva de las relaciones sociales y la escala de apoyo social OARS. Se destaca que el 51% de la población muestra niveles altos de depresión estado; evidenciando también valores altos de depresión rasgo (41%). Cabe destacar que la depresión rasgo se correlacionó significativamente con la depresión estado ($p < 0.0001$). En cuanto al nivel de depresión, las mujeres son las más afectadas; el apoyo social no se relacionó con la depresión ($p > 0.0001$). Evidencia que expone la necesidad de una política social centrada en fortalecer la atención de la problemática aquí expuesta.

Introducción

La falta de apoyo social es una fuente doble de depresión, pues puede ser la causa o la consecuencia del ánimo depresivo; entre los factores se encuentran la disminución del contacto con amigos y parientes, la existencia de pocos amigos con los que se puede contar, la disminución de la satisfacción en los vínculos amistosos y familiares, la escasa confianza en el cónyuge, evidencias de insatisfacción matrimonial como la comunicación negativa o falta de ésta, las fricciones y hostilidades. Generando un círculo vicioso pues la falta de apoyo social causa depresión y la depresión incrementa la ausencia de apoyo social.

Las personas deprimidas pueden tener menor apoyo social, menor cantidad de relaciones cercanas o íntimas y que aporten apoyo en sus vidas; sin embargo una persona puede estar rodeada de relaciones, tanto familiares como amistosas o sociales y aun así se siente solo y con falta de apoyo. Sin embargo, también se puede contar con un solo amigo, vecino o tener confianza sólo en su pareja y percibir un buen grado de satisfacción en el apoyo social (Chappa, 2003).

Entre los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran los factores sociales, que son de mayor fuerza de asociación y se evalúan a través de las siguientes variables: género, tipología familiar, apoyo social, dependencia económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil (Escobar, Puga & Martín, 2008).

²¹ Licenciado en Enfermería, UAdeC

²² Licenciado en Enfermería, UAdeC

²³ Profesor Escuela de Enfermería, Uadec

El apoyo social puede ser conceptualizado a partir de una perspectiva cualitativa-funcional, la cual se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, correspondería al apoyo social percibido (Escobar, Puga & Martín, 2008). La familia es uno de los recursos que proporcionan mayor apoyo social al AM, al brindarles atención y protección (Domínguez, Espín & Bayorre, 2001).

El apoyo social es una variable que debe tenerse en cuenta en la evaluación de la depresión y convertirse en un objeto terapéutico sobre el cual se debe trabajar, ya que las pérdidas de lazos sociales desempeñan un papel importante en la determinación de una perturbación del funcionamiento diario. La mujer sin apoyo social representa un grupo de mayor vulnerabilidad a la depresión (Chappa, 2003).

Cuando la persona carece o es defectuoso el apoyo social, su vulnerabilidad para enfermar aumenta, y su capacidad para adaptarse de manera creadora al medio y asimilar los diferentes eventos de vida, disminuye (Pérez, 2008). Además de que las personas con buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s/f).

Después de la familia, los amigos y vecinos son una fuente importante de apoyo de los AM, aun cuando hay casos en que a pesar de existir la familia, representan prácticamente toda su ayuda. (Hernández, Urbina & Vera, 2010). Se debe considerar que, durante la vejez, los aspectos psicosociales se relacionan significativamente con el riesgo de depresión. El cuidado de los ancianos no debe limitarse a la salud física; por el contrario, resulta importante asegurar el mantenimiento y el apoyo por parte de una red de contención social (Bergdahl, Allard & Gustafson, 2007).

Pérez y Arcía (2008), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en ancianos mayores de 60 años para determinar la influencia de los factores biosociales en el estado depresivo. La muestra empleada fue de 149 AM. Se constató que la depresión predominó en ancianos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados y con un bajo nivel de escolaridad. En cuanto a los factores sociales, el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyó notoriamente a su actual grado de depresión. En el 77,8 % de los AM el apoyo social fluctuó de moderado a bajo. La edad avanzada de los sujetos puede explicar la carencia del apoyo proveniente de las áreas: laboral, de pareja e índice de contacto social. Sin embargo, la más sensible fue la exhibida por el área familiar, seguida por la afectación en el área de las relaciones sociales.

Bergdahl, Allard y Gustafson (2007) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar los factores médicos, sociales y psicológicos asociados con la aparición de depresión y la existencia de diferencias según el sexo en pacientes ancianos con depresión, participaron 106 AM de 85 años. Se encontró entre los hombres una asociación entre la depresión y la falta de allegados con quien contar o conversar; tienen menos interacción social con miembros ajenos a la familia en comparación con las mujeres; en consecuencia, el mantenimiento de una red de apoyo social se ve obstaculizado a medida que avanza la edad. En las mujeres la depresión se asoció con la escasez de visitas, refirieron deseos de ver con mayor frecuencia a sus familiares.

Castro, Ramírez, Aguilar y Díaz (2006) llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo correlacional con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la depresión en población de AM. Emplearon una muestra de 511 participantes. Entre los resultados encontró que el 41.7% presentaba síntomas depresivos; 13.7% fue depresión leve, 14.3% moderada y 13.7% severa. Además que la prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia ($p < 0.0001$).

Mella et al (2004), realizaron un estudio de tipo descriptivo predictivo correlacional, con el objetivo de determinar la relación existente entre la variable bienestar subjetivo en el AM y las variables depresión, apoyo social percibido, género y edad, en 145 beneficiarios del Sistema de Salud Municipal de Talcahuano. Encontraron que la depresión y apoyo social percibido ($r = -0.601$, $p = 0.000$) se correlacionaban significativamente. A mayor apoyo social menor grado de depresión.

Barrientos (2007) con un diseño de estudio cuantitativo, descriptivo y transversal; donde se utilizaron 3 instrumentos y la muestra fue de 21 AM con el objetivo de detectar del apoyo social y prevalencia de depresión en el AM dependiente. Se observó la relación entre la variable apoyo social y grado de depresión; que a menor grado de apoyo social percibido por los AM, mayor es el nivel de depresión que presentan. En tanto que en el grupo que declara percibir apoyo social normal es menor la cantidad de personas con estado depresivo. Los AM que presentan depresión leve corresponden a casi la mitad de la población de estudio (47%), un tercio presenta diagnóstico normal (29%) y otro 24% corresponde a los AM con diagnóstico de depresión establecida.

Metodología

El presente trabajo se desarrolló considerando un diseño descriptivo correlacional (Polith, 2000), prospectivo y transversal. El estudio se llevó a cabo con AM que asisten a un centro de recreación en la ciudad de Saltillo, Coahuila. Se realizó un censo de la población, encuestándose un total de 51 AM. Tomándose el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987) basándose en los artículos 3° de la disposición general; 13°, 14° 17° y 20° del capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos. Se emplearon: una escala de datos sociodemográficos, la escala de recursos sociales OARS, el inventario de Días y Veiga para funcionalidad social en el AM y el inventario de depresión estado (IDERE) y rasgo (IDERER).

Se aplicó la escala de depresión IDERE²⁴ Estado-Rasgo con un confiabilidad de 0.72, capaz de distinguir si la depresión se manifiesta como un estado transitorio,

²⁴ Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. Trece son positivos en los estados depresivos, mientras que los restantes son ítems antagónicos con la depresión. Se debe seleccionar la alternativa que mejor describe el estado en ese momento; tiene cuatro opciones de respuesta: No en lo absoluto (1 punto), poco (2 puntos), bastante (3 puntos) y mucho (4 puntos). La escala de depresión como rasgo permite identificar a las personas que tienen propensión a sufrir estados depresivos y también ofrece información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems (10 inversos y 12 directos) que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos). Tanto la depresión estado como la

producto de una situación en un momento determinado, o si las manifestaciones depresivas ya se han instalado como un “modus operandi” habitual en la personalidad (Ramírez, Grau, Martín & Grau, 1989). La escala de recursos sociales OARS²⁵, mide el funcionamiento social, explora aspectos estructurales y de percepción de apoyo. Tiene un alfa de Cronbach de 0.78. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS V15. Obteniéndose frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, estadística descriptiva para variables continuas y por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se determinó emplear pruebas no paramétricas. Utilizándose la prueba de Pearson.

Resultados

El género femenino fue el de mayor prevalencia, el 43.1% son casados y el 92.2% se dedica al hogar. En cuanto a la edad, se encontró X-73.20 años con un máximo de 92 y un mínimo de 52 años. La religión predominante fue la católica con 88.2% (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

	<i>F</i>	%
Género		
Femenino	45	88.2
Masculino	6	11.8
Estado civil		
Soltero	2	3.9
Casado	22	43.1
Divorciado	4	7.8
Viudo	20	39.2
Separado	3	5.9
Religión		
Católica	45	88.2
Cristiana	3	5.9
Mormón	2	3.9
Ninguna	1	2
Ocupación		
Trabajo	4	7.8
Hogar	47	92.2

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la percepción del AM de los recursos sociales, el 43.1% son casados y viven con su pareja, seguido por los AM que viven solos (31.4%), el 23.5% viven con los hijos y el resto (13.8%) vive con otros familiares. En el último año el 21.6% de los AM visitaban a su familia y/o amigos menos de una vez o solo lo hacían en vacaciones,

depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas. Las cifras que están cercanas a los puntos de corte pueden resultar de interés, pero realmente tienen valor diagnóstico los valores superiores a 50.

²⁵ Valora la percepción de recursos sociales del individuo. Basándose en las respuestas se evalúan los recursos sociales según una escala de seis puntos. Estos comprenden desde recursos excelentes, buenos recursos, levemente incapacitado, moderadamente incapacitado, gravemente incapacitado y totalmente incapacitado. El inventario de Díaz y Veiga que evalúa la funcionalidad social, explora datos estructurales de las redes sociales (tamaño y frecuencia de contactos), funcionales (apoyo emocional e instrumental) y la satisfacción subjetiva de las relaciones. Explora cuatro tipos de interacción social: pareja, hijos, familiares y amigos. En cuanto las consideraciones éticas, se toma el reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación (Secretaría de salud, 1987). Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante.

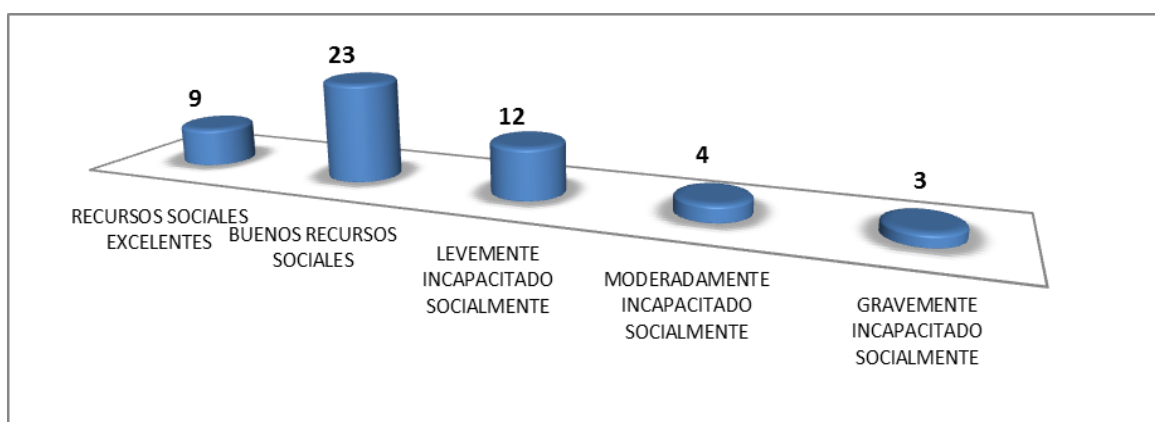
motivo por el cual no asistían al centro, el 29.4% por visitar de una a tres veces a la semana a su familia y amigos, mientras que el 49% nunca dejó de asistir.

El 19.6% no conoce a ninguna persona lo suficientemente bien para visitarla en su casa, el 33.3% conoce de una a dos personas, el 9.8% de tres a cuatro y el 35.3% tiene la confianza de visitar a cinco o más personas. La mayoría (31.4%) de los AM habló por teléfono con sus amigos, familiares u otras personas más de una vez al día y el 27% dos o más veces en la última semana. También se cuestionó sobre la frecuencia que el AM convivió con personas que no vivieran con él en la última semana, obteniendo que el 33.3% convivió con personas diferentes una o más veces al día, el 41.2% de una a seis veces por semana. Sin embargo el 23.5% ninguna vez convivió con personas ajenas a su vivienda. La mayoría (74.5%) de los AM señala tener alguna persona en quien pueda confiar. Además de mencionar la frecuencia en que se encuentran solos en casa, donde el 51% nunca se encuentra sólo, el 37.3% a menudo y el 11.8% a veces.

El 51% ve a sus familiares tan a menudo como quisiera, mientras que el 45.1% se siente triste por la poca frecuencia en que los ve. Además, el 13.7% mencionan que no tendrían a alguna persona que cuidaría de ellos si se encontraran enfermos o incapacitados, mientras que la mayoría de los AM (86.3%) perciben que si tendrían a alguien que cuidara de ellos; de éstos, el 72.5% menciona que hay alguien que lo cuidaría indefinidamente, el 11.8% sólo los cuidarían durante un periodo corto y al 5.9% sólo lo ayudarían de vez en cuando. Siendo en su mayoría (72.5%) los hijos, los que fungirían esta función.

La mayor parte (45.1%) de los AM manifiesta tener buenos recursos sociales que son las relaciones satisfactorias y adecuadas y al menos una persona le cuidaría indefinidamente; o las relaciones sociales que son muy satisfactorias y amplias, y sólo se podría obtener ayuda a corto plazo y sólo el 5.9% se encuentra en el entorno social gravemente incapacitado, donde las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad y escasas y solo se conseguiría ayuda de vez en cuando; o las relaciones sociales son satisfactorias y adecuadas, pero no se conseguiría ayuda de vez en cuando (figura 1).

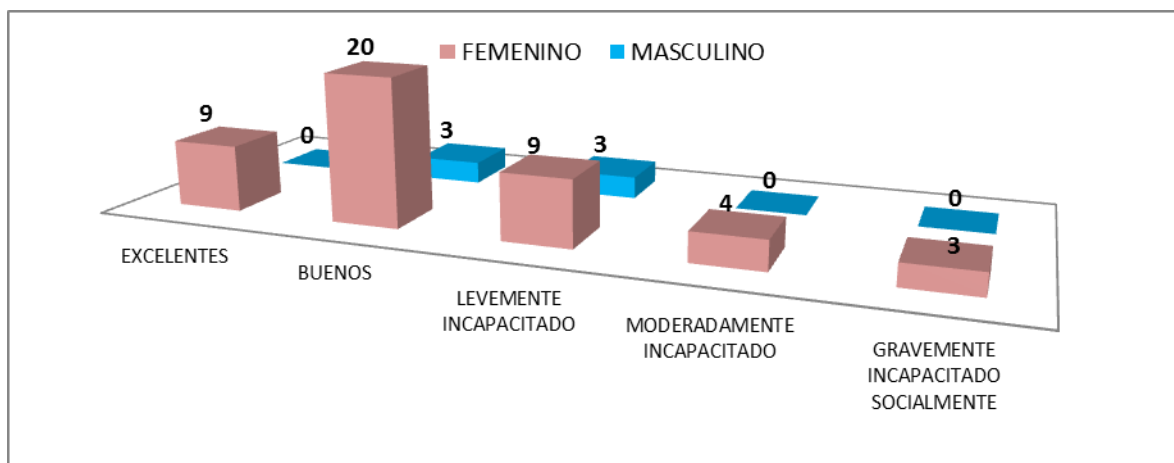
Figura 1. Recursos Sociales



Fuente: Elaboración propia

Respecto al género, el femenino manifiesta tener mejores recursos sociales que varía desde buenos a excelentes. Aunque también el 15.6% presenta de moderadamente a gravemente incapacitado socialmente (figura 2).

Figura 2. Recursos sociales por género



Fuente: Elaboración propia

Sobre el inventario de recursos sociales, el 98% cuenta con familiares e hijos. El 100% de los AM casados infiere ver a su cónyuge todo el año, pero el 13.7% mencionan que no hablan con él y el 94.1% tiene relación con amigos. El 2% de los cónyuges, 23.5% de los hijos, 17.6% de familiares próximos y el 2% de los amigos no brindan ningún tipo de apoyo a los AM (tabla 2).

Tabla 2. Funcionalidad social

Con que frecuencia ve y habla con.....			
	Los ve una o más veces a la semana (%)	Menos de una vez al año (%)	De una o más veces al mes (%)
Hijos	66.7	19.6	11.8
Cónyuge	100	0	0
Familiares próximos	45.1	17.6	33.3
Amigos	25.5	21.6	23
Tipo de apoyo otorgado			
	Apoyo emocional (%)	Apoyo instrumental (%)	Apoyo instrumental y emocional (%)
Hijos	32.9	13.7	43.1
Cónyuge	5.9	11.8	23.5
Familiares próximos	58.8	5.9	13.7
Amigos	80.4	2	7.8
Satisfacción con la relación			
	Mucho (%)	Poco (%)	Algo (%)
Hijos	60.8	19.6	17.6
Cónyuge	25.5	9.8	7.8
Familiares próximos	58.8	25.5	19.6
Amigos	58.8	17.3	19.6

Fuente: Inventario de funcionalidad social de Díaz y Veiga (s/f)

La satisfacción de la relación con el cónyuge es menor que la satisfacción de la relación con los hijos, familiares próximos y amigos. Mientras que el 41.2% de la

población adulta mayor vive con su cónyuge, el AM indica que los hijos (37%) cuidarían de él (ella) en caso de ser necesario, por lo cual se infiere que el AM a pesar de que viva con su cónyuge sería un hijo (a) el que la cuidaría. Se observa que un porcentaje significativo de familiares y amigos no frecuentan al AM, pero éste menciona que ellos le proporcionan en su mayoría sólo apoyo emocional, mientras que de los hijos percibe tanto apoyo emocional como instrumental y se siente muy satisfecho con la relación (tabla 2).

En las tablas 3 y 4 se muestran sólo los porcentajes de las preguntas positivas para la depresión estado y rasgo. El 58.8% se percibe contrariado. El 52.9% se siente incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea. Sin embargo el haber perdido la confianza en sí mismo rebasa a los porcentajes anterior con un 68.6% (tabla 3).

Tabla 3. Depresión estado

	No en lo absoluto %	Un poco %	Bastante %	Mucho %
Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación	66.7	19.6	2	11.8
Estoy preocupado	35.3	33.3	11.8	19.6
Siento deseos de quitarme la vida	70.6	11.8	5.9	11.8
Deseo desatenderme de todos los problemas que tengo	47.1	19.6	13.7	19.6
Me canso más pronto que antes	25.5	35.3	7.8	31.4
Estoy contrariado	58.8	19.6	7.8	13.7
He perdido la confianza en mí mismo	68.6	9.8	9.8	11.8
Siento que nada me alegra como antes	39.2	21.6	9.8	29.4
Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea	52.9	15.7	11.8	19.6
Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo dormirme	39.2	13.7	15.7	31.4

Fuente: Inventario de depresión estado (IDERE)

El 27.5% no se siente reconocido por los demás, el 31.4% le afectan mucho los desengaños y al 33.3% siente que la gente no le estimula las cosas buenas que realiza (tabla 4). En general, presentan un nivel de depresión estado medio y alto para la depresión rasgo.

Tabla 4. Depresión rasgo

	Casi nunca %	Algunas veces %	Frecuentemente %	Mucho %
Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	58.8	11.8	9.8	19.6
Pienso que las cosas me van a salir mal	68.8	11.8	11.8	7.8
Sufro cuando no me siento reconocido por los demás	43.1	33.3	11.8	11.8
Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones	49	19.6	3.9	27.5
Me deprimó por cosas pequeñas	45.1	19.6	13.7	21.6
Me siento aburrido	62.7	27.5	2	7.8
Soy indiferente ante situaciones emocionales	51	15.7	7.8	25.5
Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	39.2	21.6	7.8	31.4
Me falta confianza en mí mismo	66.7	11.8	7.8	13.7
Me ahogo en un vaso de agua	58.8	13.7	9.8	17.6
Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago	49	13.7	3.9	33.3

Fuente: inventario de depresión rasgo (IDERER)

El género femenino a comparación con el masculino, presenta un alto nivel de depresión tanto estado como rasgo. El 66.67% del género masculino manifestó un nivel medio de depresión estado y en la depresión rasgo este aumentó considerablemente en el nivel bajo. Por esto, no se observa relación directa entre la depresión de estado con rasgo en los hombres (tabla 5).

Tabla 5. Categoría IDERE e IDERER por sexo (%)

IDERE	Bajo (menor 35)	Medio (36-47)	Alto (mayor 47)
Femenino	13.3	48.89	37.79
Masculino	16.7	66.67	16.7
IDERER	Bajo (menor 34)	Medio (35-43)	Alto (mayor 43)
Femenino	35.56	22.22	42.22
Masculino	50	16.67	33.3

Fuente: IDERE e IDERER

Cabe destacar que la depresión rasgo se correlacionó significativamente con la depresión estado ($p < 0.0001$). En cuanto al nivel de depresión, las mujeres son las más afectadas, con el 37.79% en depresión estado y 42.22% en depresión rasgo. Asimismo que el apoyo social no se relacionó con la depresión ($p > 0.0001$).

En el estudio no se encontró relación entre el apoyo social y la depresión, lo cual no coincidió con ninguno de los estudios relacionados; con lo reportado por Pérez y Arcía (2008), puesto que mencionan que el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyó notoriamente a su actual grado de depresión, la diferencia puede radicar en que emplearon a 149 AM que estaban diagnosticados con depresión y estaban en tratamiento.

Así mismo, con lo reportado por Bergdahl, Allard y Gustafson (2007) que emplearon una muestra 106 AM de 85 años con depresión y Castro, Ramírez, Aguilar y Díaz (2006), emplearon una muestra de 511 militares retirados y derechohabientes que acudieron a consulta médica al Servicio de Geriatria en la Unidad Especialidades Médicas (UEM) donde observaron riesgo a desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia ($p < 0.0001$).

Mella et al. (2004), en su estudio en el cual participaron 145 beneficiarios del Sistema de Salud Municipal de Talcahuano. Encontró que la depresión y apoyo social percibido ($r = -0.601$, $p = 0.000$) se correlacionaban significativamente. A mayor apoyo social menor grado de depresión. Al igual que Barrientos (2007), con una muestra de 21, pero dependientes, a menor grado de apoyo social percibido por los AM, mayor es el nivel de depresión.

Conclusión

Se concluye que la depresión no se relaciona con el apoyo social en los AM que asisten al centro recreativo Madero, sin embargo la depresión estado tiene una relación directa con la depresión rasgo, esto quiere decir que los AM que presentan mayor depresión en este momento presentarán mayor depresión en un futuro. Además que no se trata de contar con un número mayor de personas sino de sentir el apoyo como algo genuino y confiable.

Por otra parte a pesar de que una cantidad considerable de AM viven con su cónyuge, expresan que en un momento dado de necesitar quien los cuide parcial o totalmente sería un hijo(a) y no su cónyuge. La depresión se detectó más en mujeres que en hombres. Se puede aseverar que los resultados pueden estar influidos por algunos factores tales como, la mayoría eran personas que percibían que vivían con su pareja pero que no tenían una relación tan apegada al cónyuge, eran viuda, separadas o en su defecto vivían solas.

Por otra parte la satisfacción mayor que un AM refiere en el estudio proviene de la relación que tiene con sus hijos, familiares y amigos dejando una vez más la relación del cónyuge en porcentajes inferiores de satisfacción. La mayoría de los AM perciben que su estado emocional a pesar de que puedan tener el apoyo social no se perciben plenas con su vida y refieren querer más atención por parte de su familia para sentirse "felices". No obstante destaca en el estudio que el AM sigue teniendo contacto social con sus amigos, lo cual es favorable para su desarrollo y para seguir estableciendo redes sociales.

Cabe mencionar que el hecho de que la población de este estudio asista a un centro de recreación sea un punto clave para que la relación entre apoyo social y depresión no lleven una relación directa como en otros estudios, ya que estas áreas no son estancias de cuidado integral sino áreas de esparcimiento. Sin embargo la depresión persiste sin considerar lo anterior.

Por lo anterior, una política social que puede ser propuesta derivada de este estudio es que así como hay derechos y deberes de los AM ya establecidos, así deber de existir una área específica multidisciplinaria que se encargue del AM de manera integral, no solo percibiendo lo que el AM muestra como necesidad superficial si no la que presenta de fondo, ya que diversos AM indican que se les proporciona apoyo material y emocional, de acuerdo a lo que se puede establecer por la encuestas pero a pesar de eso presentan depresión estado y rasgo en niveles altos es por ello que se puede haber valoraciones de funcionalidad familiar y la funcionalidad social que no se basen en área de necesidad subjetiva, es decir, lo que el AM refiere necesitar o no, si no de manera objetiva para realmente asegurarse el estado de vida que lleva el AM cumpla con los requerimientos que debe detener el mismo y que esto esté protegido bajo estándares de ley que sirvan como protección y aseguramiento de una vida digna no solo percibida así por el AM sino también por la sociedad.

Referencias

- Barrientos Villalobos, P. (2007). Percepción del apoyo social y prevalencia de depresión en el adulto mayor dependiente acogido en el centro integral del adulto mayor Padre José Fernández del hogar de Cristo de Puerto Montt. *Tesis*, 57.
- Bergdahl, E., Allard, P., & Gustafson, Y. (2007). La depresión durante la vejez res más frecuente entre las mujeres. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1125-1140.
- Castro Lizárraga, M., Ramírez Zamora, S., Aguilar Morales, S., Aguilar Morales, L., & Díaz de Anda, V. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Medigraphic*, 39(4), 132-137.

- Chappa, H. J. (2003). Modelo interpersonal y social. En C. H. J, *Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento Psicofarmacológico y cognitivo social* (págs. 130-131). México,DF: Médica panamericana.
- Domínguez, T., Espín, A., & Bayorre, H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 418-422.
- Escobar, M. A., Puga , D., & Martín , M. (s.f.). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona. *Revista española de salud pública*, 82, 637-651.
- Hernández Guzmán, C., Urbina Sanchés, L., & Vera López, L. (2010). Apoyo social percibido por los adultos mayores. *Educare 21. Revista online de formación enfermera*, 8(5).
- Marquez-Cardozo, E., Soriano , S. S., García, H. A., & Falcón, G. M. (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Revista de atención primaria española*, 36(6), 345-346.
- Mella, R., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Redalyc*, 13(1), 79-89.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Sf). Módulos de valoración clínica. En O. P. Salud, *Evaluación social del adulto mayor* (págs. 87-93).
- Pérez Martínez, V., & Arcía Chávez, N. (2008). comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista cubana de Med Integr*, 24(3).

Deserción escolar en cuatro minorías de Chihuahua: un tipo de Aislamiento Social

*“Nadie te dice cosas feas, sólo que no te eligen para nada;
Estas con ellos pero no estas es como ser invisible”
Kanimi, una niña Rarámuri de 11 años*

*Alberto Ochoa-Zezzatti
Nemesio Castillo
Emmanuel García²⁶
Kyara Vallessacchi²⁷*

Resumen

El propósito de la presente investigación es poder analizar desde una perspectiva Multivariable la situación existente en cuanto a la deserción escolar que presentan las cuatro minorías más representativas en Chihuahua, determinar las causas que originan este comportamiento social y las recomendaciones en cuanto a una política pública que debería de existir para poder promover una disminución del mismo. Existen diversos factores que pueden incidir en cuanto a la deserción escolar tales como: Violencia incluyendo amenazas a su integridad física y mental (Bullying Escolar), Trabajo Infantil, Efectos de la Desnutrición y Complicaciones Culturales.

Primeramente, en la sección 1 de nuestra investigación, explicamos el concepto de Deserción Escolar en especial lo que respecta a su significado y efectos en los niños y jóvenes en Chihuahua. En la sección 2 se explica un estudio realizado con respecto a la percepción social que se tiene acerca de los problemas ocasionados por la deserción escolar esto visto desde la perspectiva de las cuatro minorías. En la Sección 3, describimos un análisis situacional, relacionado con una muestra de niños de las cuatro minorías con el apoyo de una Organización No Gubernamental. Finalmente en la Sección 4, realizamos un análisis Multivariable de la información obtenida utilizando Social Data Mining y detallamos nuestras consideraciones finales acerca de esta situación social que afecta las esperanzas, sueños e ilusiones de los niños que abandonan por una u otra razón la escuela.

Introducción

Descripción de la Deserción Escolar, y su efecto en las Minorías de Chihuahua.

Chihuahua, el estado más grande de la Federación Mexicana y ubicado en el Norte del país, es una Sociedad Multicultural al igual que las otras entidades federativas cercanas a la fronteras, desde mediados de los años 80's, oleadas temporales provenientes desde Zacatecas, Durango, Coahuila y Veracruz; junto a minorías étnicas representadas por el grupo más conocido como lo son los Rarámuri y dos grupos religiosos diferentes (Mennonitas y Mormones) dan como resultado un mosaico diverso que debe de convivir no siempre en las mejores condiciones para desarrollarse en el entorno educativo, un aspecto importante a destacar es que la deserción escolar existe en cada uno de los tres primeros niveles escolares (Kinder, Primaria y Secundaria), pero afecta en una proporción más alta a los niños y niñas de las cuatro minorías, esta investigación

²⁶ Juárez City University

²⁷ Universidade Federale do Tocantins

pretende explicar las razones que justificarían el cúmulo de factores que determinan que dichos grupos minoritarios sean más vulnerables para abandonar sus estudios.

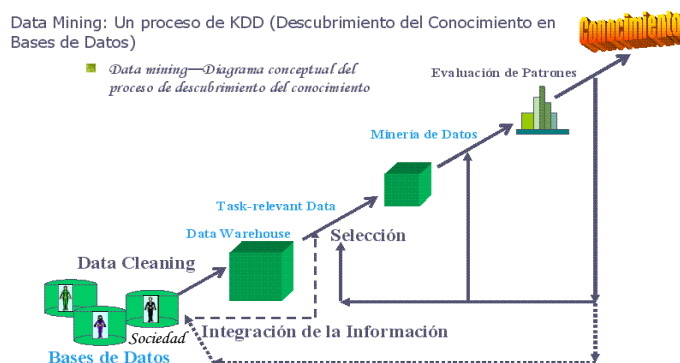
Se entiende por deserción escolar, a la interrupción parcial o total de los estudios en los tres primeros niveles educativos causada por una situación determinante que impida que los padres o tutores dejen de enviar al niño o a la niña a la Escuela, ya que en estos tres niveles educativos, es obligatoria, laica y gratuita, y se considera una infracción de carácter grave no enviar a un niño o niña de esta edad comprendida entre los 3 y 15 años a recibir la instrucción básica. Una nueva generación de niños y jóvenes nacidos en Chihuahua pero de padres inmigrantes de la Federación deben cargar con el estigma de ser diferentes dentro de su propia Sociedad, junto a las otras tres minorías enfrentan el día a día relacionado con la falta de una política pública que salvaguarde las diferencias étnicas, culturales, sociales y religiosas que deben de conformar cada aula en todo el Estado de Chihuahua.

Para poder determinar en una forma más objetiva, esta comparativa, decidimos utilizar Social Data Mining, en especial un análisis de Sociolingüística para poder evaluar los comentarios vertidos en una serie de entrevistas colectivas realizadas en el Estado de Chihuahua durante Enero del 2012, y por otra parte una investigación de indicadores educativos, para los cuatro grupos minoritarios, en la mayor parte de estos indicadores se describen de una manera informal, los pormenores del abandono escolar realizado por niños y jóvenes de estas minorías e incluso muchas veces se puede tener acceso a datos de edad, domicilio, situación socioeconómica y categoría social.

Metodología utilizada

El nombre de Data Mining, está relacionado con las similitudes entre buscar por información valiosa en grandes bases de datos —por ejemplo: encontrar información de las tendencias del comportamiento social en grandes cantidades de Gigabytes almacenados— y el minado de una montaña para encontrar una veta de metales valiosos. Minería de Datos automatiza el proceso de encontrar información predecible en grandes bases de datos (ver figura 1). Preguntas que tradicionalmente requieren un análisis manual intensivo ahora pueden ser directamente y fácilmente respondidas desde la información [1].

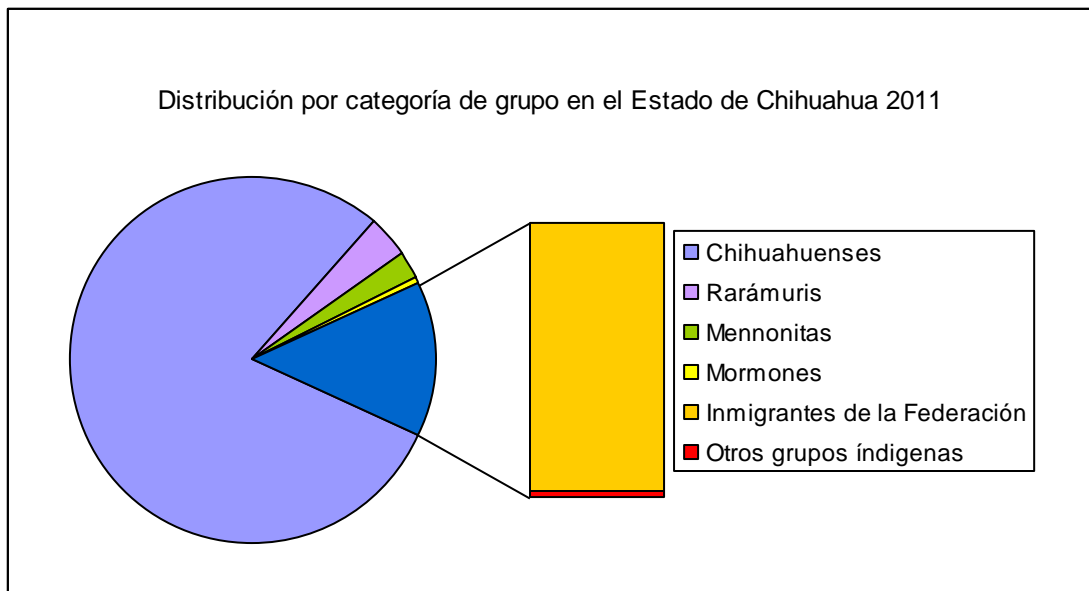
Figura 1. Proceso de Minería de Datos. La sociedad de la información se ubica dentro de Bases de Datos, las cuáles son limpiadas y almacenadas en un Data Ware House, entonces son minadas mediante un ciclo hacia atrás dentro de los procesos de selección y evaluación de patrones respectivamente.



Fuente: Elaboración propia

El primer paso para desarrollar una adecuada proyección de predicción numérica basada en Minería da Datos, fue determinar la proporcionalidad que existe entre los diferentes grupos por categoría para el Estado de Chihuahua y poder determinar la cantidad de individuos en edad escolar (primaria y secundaria), los cuales representan el 28% de la población (ver figura 2).

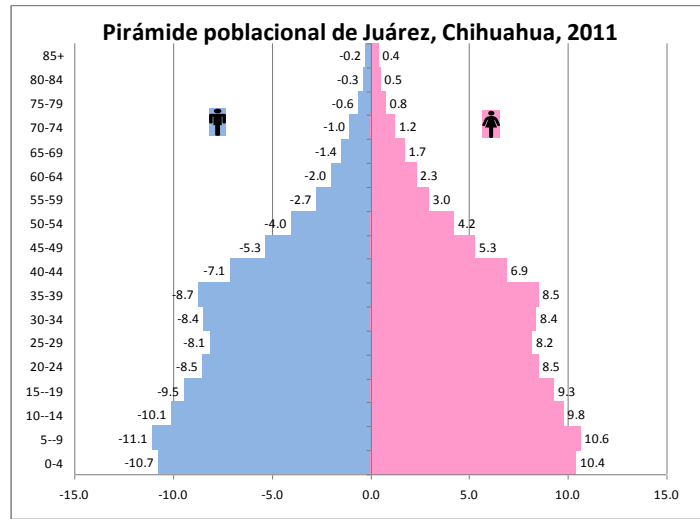
Figura 2.- Distribución por categoría de los grupos sociales en Chihuahua para 2011.



Fuente: Elaboración propia

Uno de los aspectos más importantes que se pueden observar en Chihuahua es la diversidad en cuanto a patrones culturales establecidos por cada categoría, una perspectiva de ver la cotidianidad desde un constructor diverso y amalgamado para cada una de ellas. Para poder determinar el número de niños en edad escolar para los primeros tres niveles escolares, nosotros utilizamos una pirámide poblacional para la ciudad más poblada del estado, en este caso es Ciudad Juárez con una población estimada de 1.027,364 habitantes (Estimación para 2012) y determinamos el rango de niños y jóvenes relacionado con un rango de edad de 3-15 años como se muestra en la figura 3, en dicha sociedad son los niños y jóvenes que han arribado de otras sociedades de la Federación, quienes más vulnerabilidad tienen para abandonar sus estudios en estos tres primeros niveles educativos, en el último ciclo escolar 2010-2011 hasta 87500 alumnos de estos tres primeros niveles escolares, ya no se volvieron a inscribir para siguiente ciclo escolar.

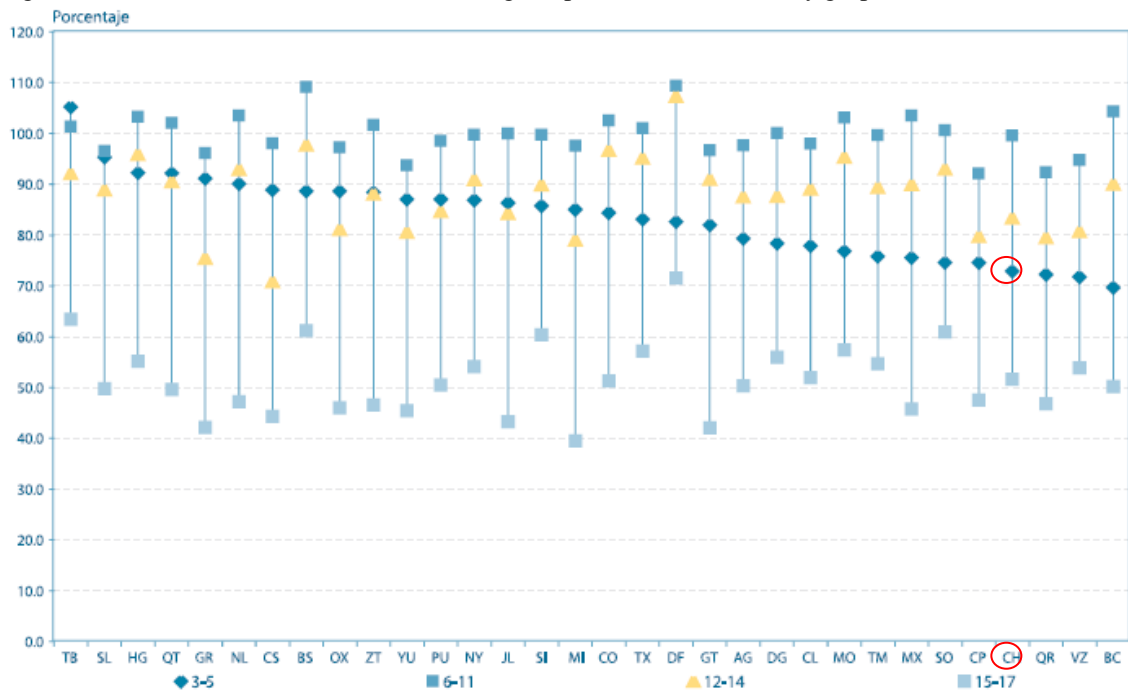
Figure 3.- Pirámide Poblacional en Ciudad Juárez con la distribución de mujeres y hombres con sus respectivos rangos de edad.



Fuente: Elaboración propia

Chihuahua tiene tasas de cobertura para Preescolar de 63.9%, Primaria de 99.9% y finalmente de 75.9% para Secundaria, lo que nos ubica en el lugar #29 dentro de la Federación, esto debido a que la falta de cobertura en áreas rurales del estado, la discriminación y asilamiento social en el grupo de inmigrantes de la Federación, incluyendo a niños y jóvenes de segunda generación, el trabajo infantil en pequeñas comunidades menores a 1500 habitantes, la desnutrición e indicadores de pobreza en grupos indígenas, y aspectos culturales asociados con la religión, incluyendo un imaginario colectivo que determina que un niño solamente estudie un solo año de preescolar (ubicando a Chihuahua en la posición #26 en ese rubro), esto se detalla en la Figura 4, la cual muestra la Tasa de Matriculación con avance regular y su comparativa por entidad y edad.

Figura 4.- Tasa de Matriculación con avance regular por entidad federativa y grupo de edad (2007/2008)



Fuente: Elaboración propia

Para poder comprender, de una forma más detallada la problemática existente de la deserción escolar en Chihuahua, utilizamos una comparativa entre los países de la Organización de la Cooperación para el Desarrollo Económico (OECD), se decide determinar si existe una relación entre el tamaño de sus respectivas minorías y la deserción escolar, para de alguna forma poder justificar si existe algún tipo de relación entre estos dos atributos sociales para justificar lo que ocurre en el Estado de Chihuahua.

Tabla 1.- Indicador de bienestar futuro para 2012 –Obtenido mediante el análisis de 27 factores diversos-, junto a una comparativa de porcentaje de población minoritaria y deserción escolar en los primeros tres niveles educativos.

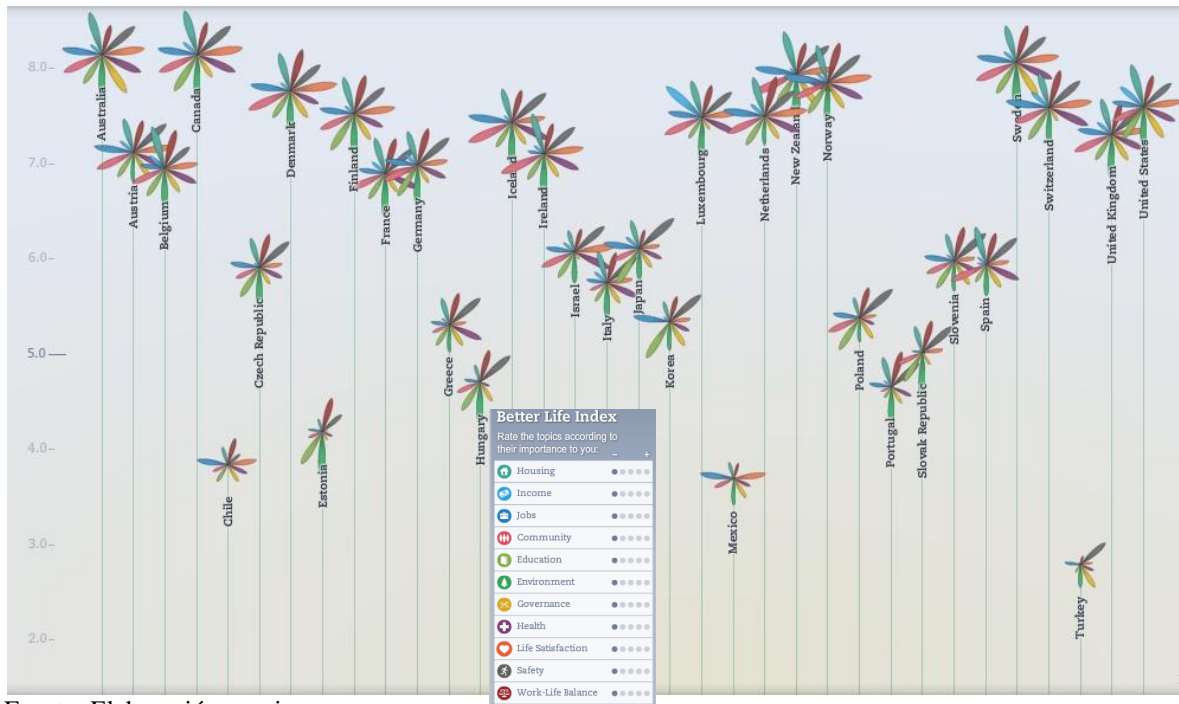
País	2011	% de Población Minoritaria	% de Deserción Escolar
Dinamarca	7.8	4.56	1.5
Canadá	7.7	34.88	3.4
Noruega	7.6	5.72	1.2
Australia	7.5	24.67	4.7
Países Bajos	7.5	7.84	3.6
Suecia	7.5	8.65	2.4
Taiwán	7.5	4.67	1.8
Finlandia	7.4	6.35	2.1
Israel	7.4	14.78	5.7
Austria	7.3	9.16	4.8
Irlanda	7.3	8.74	5.3
Nueva Zelanda	7.2	19.78	4.2
Estados Unidos	7.2	38.77	6.7
Luxemburgo	7.1	14.67	3.1
Reino Unido	7	11.32	8.2
Bélgica	6.9	9.28	6.9
Islandia	6.9	3.64	2.7
Brasil	6.8	10.75	7.4
Francia	6.8	14.78	4.6
México	6.8	8.27	9.3
Alemania	6.7	15.36	4.9
OECD	6.7	14.72	7.9
Chile	6.6	8.97	2.5
Italia	6.4	11.38	11.7
República Checa	6.2	14.72	7.9
España	6.2	16.98	9.4
Japón	6.1	4.74	6.7
Eslovaquia	6.1	8.64	8.5
Eslovenia	6.1	6.12	8.3
Corea del Sur	6.1	5.81	3.1
Grecia	5.8	7.94	10.7
Polonia	5.8	5.63	5.2
Indonesia	5.5	11.88	9.7
Turquía	5.5	8.93	11.4
Rusia	5.3	17.85	5.8
Sudáfrica	5.2	21.97	14.6
Estonia	5.1	5.23	7.3
India	5	43.67	14.7
Portugal	4.9	9.34	9.5
China	4.7	8.21	4.2
Hungría	4.7	10.76	5.9

Fuente: Construida con datos estadísticos de la OECD.

Analizando con detenimiento la tabla 1, se revela que no existe una relación pausable entre la población minoritaria y la deserción escolar, de hecho para algunas Sociedades estos grupos de minorías tienen apoyos federales para buscar la representatividad de los mismos, como ocurre con los habitantes de Rapa Nui en Chile, los Sino-Brasileños en Brasil, los Keeling Musulmanes en Australia y la Comunidad Rarotongués en Nueva Zelanda, dichos grupos tienen una protección constitucional para acceder con apoyos gubernamentales en los tres primeros niveles educativos y no abandonar los mismos.

Con respecto a la comparativa con Chihuahua y siguiendo en forma estricta un análisis de Social Data Mining, caracterizamos con datos de la OECD, el índice de Bienestar de Vida para cada una de las 34 Sociedades que conforman dicho Organismo (ver figura 5), al analizar la comparativa conformada por 11 atributos: Housing (Acceso a habitación de buena calidad), Income (Ingreso económico), Jobs (Acceso a empleos remunerados basado en los estudios realizados), Community (Organización comunitaria en la Sociedad), Education (Acceso al sistema educativo de cualquier nivel), Environment (Educación Ambiental y cuidado al medio ambiente), Governance (Un Gobierno democrático y al tanto de sus Ciudadanos), Health (Servicios de salud para toda la Sociedad), Life Satisfaction (Satisfacción con las expectativas de vida), Safety (Seguridad pública ofertada a la Sociedad) y Work-Life Balance (Relación Trabajo-Vida personal en la población económicamente activa) pudimos observar que sólo Turquía presenta indicadores menores a los de México y Chihuahua como Sociedad está más cerca de Turquía en lo que respecta a estos atributos sociales, por lo que podemos esperar indicadores similares de deserción escolar, pero al realizar dicho comparativa nos damos cuenta que la deserción es 3% mayor para la población mayoritaria y 11% más alta para las minorías.

Figura 5.- Representación visual del Índice de Bienestar de Vida para las 34 Sociedades que conforman la OECD.



Fuente: Elaboración propia

Tasa neta de cobertura. En la siguiente ecuación (Ecuación 1) es presentado, el cálculo relacionado a como se obtiene la tasa de cobertura de los primeros tres niveles escolares.

$$\frac{A_{en_{niv}}}{P_{en_{niv}}} \times 100$$

$A_{en_{niv}}$ Alumnos con edades normativas en_{niv} correspondientes al nivel educativo niv al inicio del ciclo escolar de referencia
 $P_{en_{niv}}$ Población en edad normativa estricta en_{niv} para cursar el nivel educativo niv
 en_{niv} Edad normativa correspondiente al nivel niv . Las edades normativas son:
 3 a 5 años si niv es preescolar;
 6 a 11 años si niv es primaria;
 12 a 14 años si niv es secundaria.
 niv Nivel educativo: preescolar, primaria y secundaria

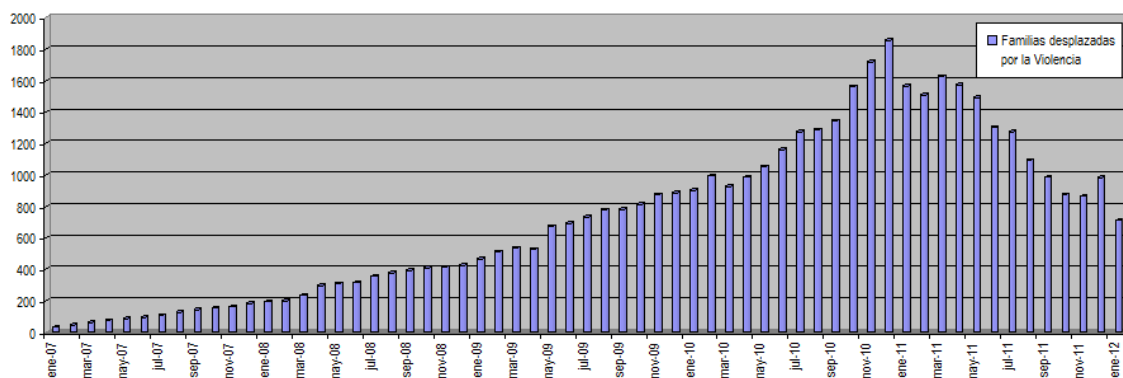
(1)

Una comparativa adecuada de la deserción escolar en Chihuahua con respecto a sus grupos minoritarios es posible de analizar, si podemos identificar que existe un patrón de comportamiento sostenido desde el primer nivel escolar analizado como es el de preescolar, hasta el último del alumno bajo la figura de menor, como lo podría ser el de bachillerato, en este último nivel escolar la cifra para el 2011 en el estado de Chihuahua es de 19.7% cifra superior a la media nacional, la cual se ubica en un 12.3%, de hecho la entidad ocupa el tercer lugar en deserción escolar a nivel Bachillerato entre las 32 Sociedades que conforman la Federación Mexicana.

Otro de los factores que deben ser analizados, es la violencia existente en Ciudad Juárez, la cual es a su vez la Ciudad más poblada en el estado de Chihuahua, concentrando el 37% de los habitantes del estado, desde 2007 presenta tasas de homicidios arriba de la media nacional y desde 2008 se ha colocado con una de las tasas más altas a nivel internacional teniendo en el 2010 un total de 3116 muertes, y un acumulado de 15,950 muertes para Enero de 2012 (ver tabla 2), esto ha generado un éxodo masivo que ha afectado el horizonte de planeación de la Ciudad y por ende del crecimiento de la matrícula en los primeros tres niveles escolares, debido a que las personas bajo amenaza y con las mejores posibilidades económicas escapan de la ciudad, un total de 47,415 familias –Esto justificaría en parte la pérdida de al menos 450,000 habitantes-, los cuáles han abandonado la Ciudad como se puede observar en la figura 6.

Figura 6.- Familias abandonando la Ciudad debido a la inseguridad.

Familias desplazadas por la Violencia



Fuente: Datos del CIS a partir de un Modelo Inteligente de Predicción Numérica desarrollado por los autores.

Tabla 2. Muertes por año, proporción por sexo y edad promedio establecido por género.

Año	Muertes con violencia*	Proporción Sexo	Promedio de edad
2012	1981**	F: 21.5%; M:78.5%*	F: 21.4; M: 20.3*
2011	2047	F: 27.3%; M:72.7%	F: 23.7; M: 21.6
2010	3116	F:16.9%; M: 83.1%	F: 24.2; M: 22.3
2009	2974	F:13.7%; M: 86.3%	F: 25.7; M: 22.6
2008	1783	F:11.4%; M:88.6%	F: 26.2; M: 23.1
2007	615	F:27.2%; M:72.8%	F: 26.7; M: 24.6
Total	12585		

Fuente Hemerográfica realizada por el CIS y el Observatorio Ciudadano ambos de la UACJ.

**Utilizando un modelo de predicción numérica, ajustado a variables de seguridad y cambio de gobierno a nivel nacional, 217 muertes al 15 de Agosto del 2012.

Como se puede observar en la tabla 2, el porcentaje de este tipo de asesinatos es un indicador a la alza desde el 2007 –aunque tuvo una disminución significativa en el 2011-, esto sin duda a que ha cambiado radicalmente la edad en la muerte de las víctimas y el cambio en la proporción del sexo de las personas que han sido asesinadas, los datos para el 2012 son el resultado de un Modelo de proyección numérica realizado en el Centro de Investigaciones Sociales de la UACJ, y ajustado con los datos de los años previos durante el presente sexenio de gobierno, aunado a ellos dos rubros importante de violencia continúan a la alza en 2012, el carjacking y el asalto a mano armada en espacios públicos.

Tabla 3.- Incidencia de actividades escolares y extraescolares relacionadas con la interacción con el grupo mayoritario.

	Muestra 1		Muestra 2		Muestra 3		Muestra 4		Muestra 5	
	F	M	F	M	F	M	F	M	Mixto	Mixto
N	36	46	25	30	24	63	72	85	2	2
Asistencia a cumpleaños de niños de la mayoría	78%	85%	75%	81%	75%	71%	66%	66%	85%	100%
Borrar el pizarrón	91%	84%	92%	91%	94%	93%	87%	86%	85%	100%
Cantar villancicos navideños	35%	29%	18%	44%	33%	59%	28%	31%	85%	100%
Compartir música y videos con sus compañeros	72%	89%	89%	91%	81%	77%	80%	74%	80%	80%
Contar historias desde su perspectiva de minoría	27%	33%	39%	65%	97%	62%	15%	31%	100%	100%
Declamar una poesía	19%	14%	11%	16%	19%	21%	10%	6%	80%	100%
Incidencia de la Educación Ambiental en sus vidas	69%	91%	71%	79%	71%	87%	64%	66%	100%	100%
Intercambio lúdico con niños de la mayoría	19%	57%	32%	40%	24%	66%	19%	20%	70%	100%
Motivación de sus maestros para continuar estudios	83%	67%	86%	74%	76%	70%	80%	60%	80%	100%
Organizar el día de muertos o Halloween	88%	93%	97%	98%	90%	91%	98%	91%	85%	100%
Organizar un Convivio	15%	21%	22%	28%	37%	78%	45%	59%	70%	100%
Organizar una fiesta del Día de la Amistad	25%	50%	43%	63%	38%	66%	24%	29%	75%	90%
Participación en Clase	61%	87%	75%	86%	71%	80%	73%	69%	80%	100%
Participar en la Escolta	4%	9%	7%	16%	29%	33%	1%	3%	70%	100%
Participar en un baile cultural	34%	31%	39%	21%	38%	37%	25%	26%	70%	75%
Participar en un intercambio de regalos	83%	93%	82%	98%	76%	93%	56%	66%	85%	100%
Participar en una Pastorela	31%	48%	29%	56%	48%	71%	21%	29%	80%	80%
Preparar el periódico mural	84%	87%	91%	80%	94%	92%	89%	91%	70%	90%
Recibir presentes en sus cumpleaños	80%	72%	71%	86%	71%	91%	76%	66%	90%	100%
Recibir visitas cuando están enfermos	45%	47%	43%	52%	29%	49%	37%	34%	75%	85%
Sentirse apreciados por sus compañeros	48%	45%	75%	88%	52%	80%	47%	57%	80%	100%
Ser el jefe de grupo	22%	22%	21%	26%	29%	27%	14%	11%	75%	100%
Sugerir actividades para la graduación	81%	77%	89%	70%	76%	70%	79%	46%	80%	80%
Supervisar a otros compañeros en una actividad	11%	17%	14%	44%	19%	60%	6%	6%	60%	95%
Suma de Reconocimiento Social (Media)	4.7	5.1	7.1	7.4	5.9	6.1	6.2	6.4	7.9	9.2

Fuente: Comisión Estatal –Chihuahua- de los Derechos Humanos 2010.

Considerando un estudio realizado directamente con los alumnos de minorías, tomamos en consideración los que fueron diseñados con varios grupos focales, los cuáles se concentran en la Tabla 3, está recaba varios aspectos relacionados con la discriminación y el aislamiento social en las minorías analizadas, estas muestras conformadas por 387 individuos (157 mujeres y 281 hombres) incluían a niños de nivel primaria (Quinto y Sexto Grado) y secundaria (Los tres años): Muestra 1- Menonita: 82 (F: 36; M: 46), Muestra 2- Mormones: 62 (F: 25; M: 37), Muestra 3- Rarámuri: 87 (F: 24; M: 63) y Muestra 4- Inmigrantes de la Federación: 167 (F: 72; M: 85), finalmente y con el fin de convalidar la información, le pedimos a una muestra mixta (una niña y un niño de sexto de primaria del centro del país (Morelos) que determinará como percibían

el trato de la mayoría si ellos llegarán a vivir con su familia a Chihuahua y como tratarían en sus escuelas a niños provenientes de Chihuahua.

La utilización de Minería de Datos en aspectos sociales ha demostrado ser una tarea clave, para poder corroborar si existen tendencias de percepción de discriminación para las cuatro minorías por parte del grupo social mayoritario bajo una situación de violencia en común, nosotros encontramos variaciones dependiendo del uso de acciones de bloqueo social, aislamiento social y violencia escolar (bullying), ver Tabla 3, cómo se puede apreciar ninguna de las cuatro minorías obtiene una media mayor a 8 en la escala de 1 a 10, aunque son los niños Mormones los que alcanzan a ser más apreciados por la mayoría de sus compañeros, considerando que son quienes más han tratado de ser tolerantes con los demás.

En Chihuahua a diferencia del resto de la Federación no existe una política pública encaminada a la integración de las minorías en las escuelas de los primeros tres niveles educativos para las cuatro minorías derivado de problemas por disimilitud religiosa, económica, política y de espacio físico, la situación que se presenta en Chihuahua no puede justificarse como en menos de cinco años la cantidad de deserciones escolares supera por mucho a la media nacional, y con respecto al grupo mayoritario es cercano al 3 a 1, lo que en otra Sociedad implicaría una intervención directa por parte de las autoridades gubernamentales para incidir en establecer un Modelo de Convivencia entre las partes, en este estado no puede ocurrir debido a situaciones legales relacionadas con el sector educativo.

Análisis de la muestra analizada relacionada con la deserción escolar para cuatro minorías en el Estado de Chihuahua.

Considerando cada uno de los aspectos relevantes asociados con las minorías analizadas desarrollamos la siguiente ecuación (Ecuación 2), la cual pretende justificar las causas de la deserción escolar en minorías, esta es definida de la siguiente forma:

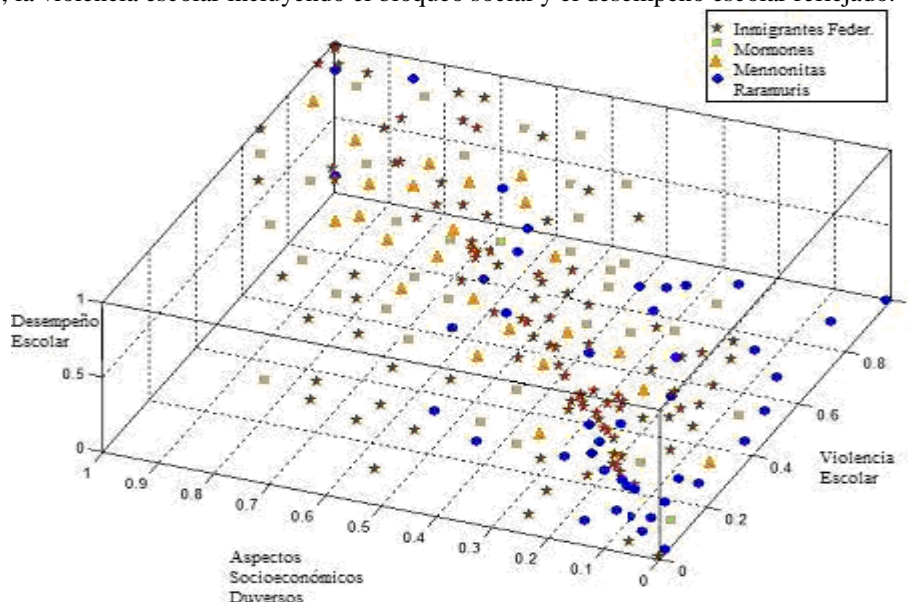
$$\text{Índice de Deserción escolar} = [\text{Violencia Escolar (Bajo desempeño escolar)}] * \Sigma (\text{Aspectos Sociales Diversos}) (2)$$

Con base en dicha ecuación, podemos determinar, la ubicación geoespacial -es decir la relación de cada niño con respecto a los demás- de cada alumno y determinar las posibilidades a largo plazo para que abandonen la escuela, al visualizar la gráfica (ver figura 7) podemos comprender que el grupo de mayor vulnerabilidad es el Rarámuri, quienes presentan las situaciones económicas más adversas y por ende su desempeño escolar es el más limitado, en el caso del grupo Menonita este varía de acuerdo al tipo de congregación en el que participa y la ubicación siendo los niños habitando cerca de Cuauhtémoc y en escuelas tradicionales, los que incluso sufren de bloqueo social por parte de sus compañeros, por su parte en el colectivo Mormón vemos un patrón de apoyo mutuo cuando tienen que convivir con niños de la mayoría, tratan de organizarse para estar juntos y sobrellevar el día a día.

En el caso de los Inmigrantes de la Federación (ver figura 7), el cuál es el grupo que presenta mayores diferencias y esto radica en su lugar de procedencia, los niños que sufren más acoso provienen de Oaxaca, Guerrero y Veracruz; un grupo intermedio de niños provenientes de Coahuila, Zacatecas y Durango tratan de agruparse para negociar con el grupo mayoritario y finalmente los niños de la oleada más reciente provenientes

del Distrito Federal, Querétaro y Morelos, incluso se vuelven amedrentadores en sus escuelas, pues tienen el mayor capital social del grupo y tienden a ir a Colegios Particulares, por esto se puede considerar a este grupo completamente heterogéneo en sus relaciones con el grupo mayoritario.

Figura 7.- Representación visual de la muestra analizada, caracterizando los aspectos socioeconómicos diversos, la violencia escolar incluyendo el bloqueo social y el desempeño escolar reflejado.



Fuente: Elaboración propia

Existen diversas situaciones que provocan que se dé la deserción escolar, esto debido a la cohesión social y el tiempo transcurrido, en la mayoría de las comunidades que conforman Chihuahua no se puede justificar como causa de la deserción escolar únicamente la relación que guarda la convivencia con el grupo mayoritario, entre las diversas causas se encuentran el desempleo que afecta al 9.87% de la población económicamente de Chihuahua e incluso en Ciudad Juárez alcanza una cifra de 14.17% para Enero del 2012, la otra fundamentalmente está involucrada con la alimentación debido a que los grupos indígenas presentan un consumo calórico menor (21%) al del promedio del grupo mayoritario.

Una vez que fueron entrevistados en forma escrita, la muestra seleccionada se desarrolló un Modelo de Distancia Social de Bogardo (ver figura 8), el cual nos reflejó las variantes formas de determinar la situación existente en cada una de las cuatro minorías analizadas en Chihuahua y como esto afecta a la vida diaria de las personas que no son consideradas como parte del grupo mayoritario.

Se toma en consideración el contexto de los grupos focales, realizados a las cuatro minorías, para ello, las agrupamos en cuatro muestras de acuerdo al tipo de minoría de los entrevistados utilizando las conversaciones realizadas por la red social caracterizada conformada por cada uno de ellos, esto con la finalidad de identificar diferentes comportamientos sociales (ver tabla 3).

Tabla 4.- Distribución de las demandas por categoría y distribuidas para las cinco muestras analizadas.

Categoría	Muestra 1		Muestra 2		Muestra 3		Muestra 4		Muestra 5
	F	M	F	M	F	M	F	M	Mixta
N	36	46	25	30	24	63	72	85	2
Imperativas	5%	29%	5%	29%	5%	29%	5%	29%	13%
Directivas Declarativas	5%	6%	5%	6%	5%	6%	5%	6%	6%
Directivas de Simulación	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	10%
Directivas Interrogativas	2%	7%	2%	7%	2%	7%	2%	7%	9%
Interrogativas de Contexto	35%	16%	35%	16%	35%	16%	35%	16%	7%
Directivas de Conjunción	15%	3%	15%	3%	15%	3%	15%	3%	4%
Cuestionamientos Explosivos	9%	11%	9%	11%	9%	11%	9%	11%	8%
Cuestionamientos Informativos	16%	20%	16%	20%	16%	20%	16%	20%	36%
Mecanismos de atracción de la atención	9%	4%	9%	4%	9%	4%	9%	4%	7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 8.- Gráfico de Burbuja, mostrando las distancias sociales de Bogardo para los seis grupos analizados basados en los datos obtenidos en la Tabla 4.



Fuente: Elaboración propia

En la figura 8, se muestra un estudio comparativo en forma de gráfico de Distancia Social de Bogardo utilizando para ello un modelo de Burbuja para medir la cohesión social de los diversos grupos que conforman las minorías, al grupo mayoritario representado en color verde para hombres y azul cobalto para mujeres, la muestra 1 – Menonitas- (color rojo), la muestra 2 (color amarillo) –Mormones–, la muestra 3 (color negro) –Rarámuris, y finalmente la muestra 4 (color azul cielo) para Inmigrantes de la Federación, y el porcentaje de factor afirmativo a un rubro determinado asociado con el sentimiento de no inclusión y de bloqueo social para poder comprender la perspectiva de ser una minoría y como esto afecta el desempeño escolar.

Consideraciones Finales

Abandonar la escuela, para un niño o una niña, es una situación dramática al interrumpir de golpe las esperanzas e ilusiones de acceder a una mejor vida en un futuro, esta experiencia resulta ser a la larga traumática y difícil de sobrellevar, es por ello que cuando ocurre, las instancias legales y especialmente sociales únicamente tratan de remediar mediante apoyos en especie la situación escolar. Una política pública incluyente, permitiría ayudar a los grupos sociales vulnerables y poder tener la capacidad de sostener un cambio paradigmático en la sociedad, la cual debería de ver la diversidad como un vínculo afectivo al formar parte de un “baluarte de capital simbólico”.

Se han realizado estudios que indican que las expectativas de las minorías en cuestión no les permiten acceder a mejores empleos, lo que conlleva a menores oportunidades en el futuro, lo que finalmente provocará un círculo vicioso en las

familias. En cambio, el grupo mayoritarios tienen una estructura social arbórea, ramificada, que les permite interactuar con varios tipos de personas en varias categorías en planos diferentes de tiempo y espacio simultáneamente, es por ello que las oportunidades difieren diametralmente acorde a las acciones a realizar para superar la deserción escolar, la proporción del grupo mayoritario que consideran oportuno incluso participar en ataques de violencia extrema una vez que han abandonado la escuela representa el 89% de los casos, en contraparte del 57% en las minorías.

Con respecto a Chihuahua, las muertes violentas desde el 2007 hasta Marzo del 2012 representan el 32% de las muertes totales durante el sexenio del Presidente Felipe Calderón y sólo se puede comparar en número a las muertes de la Transición política en Libia o en Siria en este momento, esto no puede ser equiparado desde el punto de vista social, debido a que los niños y niñas sufrirán de un estigma social de incompreensión y poco reconocimiento por la deserción escolar que habrán realizado y que merece un reconocimiento legal y por ende en la sociedad.

Debido a las complicaciones existentes en este ambiente de alta violencia que acontece en Chihuahua desde 2007, se ha generado en gran medida, que las personas de las minorías decidan en forma súbita abandonar el Estado y que la dinámica social para el resto del Estado haya sufrido cambios drásticos, es por ello que se debe de buscar una política pública acorde a los cambios poblacionales existentes, debido a que los roles sociales han cambiado y este segmento de la población (Minorías) y sus futuras generaciones no podrán ver cumplidos sus sueños e ilusiones de expectativa de vida en esta Sociedad Multicultural.

Referencias

- Adderley, R., & Musgrove, P.B. (2001). Data mining case study: Modeling the behavior of offenders who commit serious sexual assaults. *In proceedings of KDD '01*, San Francisco, CA.
- Balkin, J. (2006). Law and liberty in virtual worlds. In Balkin, J & Noveck, B (eds.) *State of play: Law, Games and virtual worlds*. New York: New York University Press.
- Chen, H., Chung, W., Xu, J.J., Qin, G.W.Y., & Chau, M. (2004). Crime data mining: a general framework and some examples. *Computer*, 17 (4), 50–56.
- García-Ruiz, M.A., Vargas Martín, M., Ibrahim, A., Edwards, A., & Aquino-Santos, R. (2009). Combating child exploitation in Second Life. *2009 IEEE Toronto International Conference – Science and Technology for Humanity (TIC-STH)*.
- Kerbs, R.W. (2005). Social and ethical considerations in virtual worlds. *The Electronic Library*, 23, 539–546.
- Schrobsdorff, S. (2007). Predator's playground. *Newsweek*. Available June 14, 2010, from: <http://www.newsweek.com/2006/01/26/predator-s-playground.html>

Desafíos que deben enfrentar las políticas públicas y sociales en la actualidad

*Ma. Socorro Espinosa Munguía²⁸
Angélica Isabel Sandoval Muñoz²⁹*

Resumen

En el presente escrito se muestra una visión de la realidad social del Estado de Coahuila con relación a la implementación de las políticas públicas y sociales, las cuales muestran, a partir de un somero análisis, que en la actualidad se tienen muchos desafíos por enfrentar. En él se revisan diversas áreas de atención de la Política Social, tales como la seguridad social, la salud, la educación, la justicia, la vivienda, el ocio, la cultura y el deporte, la atención a grupos vulnerables y la sustentabilidad ambiental. Se presentan aquí puntos de vista personales acerca de cada uno de los tópicos mencionados, los cuales han sido revisados y analizados de manera personal y en clases de la materia “Políticas públicas y sociales”, en la Universidad Autónoma del Estado de Coahuila.

Por qué ocuparse la política

¿Por qué optar por hacer política? ¿Por qué intervenir en los asuntos colectivos con voluntad de transformación social, en lugar de contentarse con perseguir intereses privados, intentando maximizar las ventajas y disminuir los inconvenientes que para nuestra vida personal presenta el sistema establecido?

Ésta no es una pregunta nueva, ni producto de una ocurrencia casual. Se hace eco a esta interrogante hecha por Fernando Savater en la obra *Pensar la realidad* (Tezontle, 2011). Se hace también las reflexiones de Savater en torno a estas interrogantes: elegir la política es aspirar a ser sujeto de las normas sociales por las que se rige nuestra comunidad, no simple objeto de ellas. Es tomarse conscientemente en serio la dimensión colectiva de nuestra libertad individual. La sociedad no es el decorado irremediable de nuestra vida, como podría ser calificada la naturaleza de la que forma parte involuntariamente, sino un drama en que puede y debe ser protagonistas y no solamente comparsas. Mutilarnos de una posible actividad política innovadora significaría, en cambio, renunciar a una de las fuentes de sentido de la existencia humana. Vivir entre seres libres, no meramente resignados ni ciegamente desesperados, es un enriquecimiento subjetivo y objetivo de nuestra condición. Además, aumentar los beneficios que cada cual obtiene de las instituciones y leyes, mejorando por tanto su aceptación racional a ellas, es una garantía de seguridad colectiva.

Cuanto mayor es el equilibrio de una comunidad, su justicia, el reconocimiento que concede a las demandas razonables de sus miembros y a la diversidad de sus proyectos, más seguro resulta vivir en ella. Aunque la vida en democracia sea siempre polémica, pueden evitarse los peores riesgos del antagonismo social, su dimensión más destructora.

El reto actual para los que tenemos vocación de servicio social, en los albores del siglo XXI es lograr reforzar las pautas institucionales para el beneficio colectivo

²⁸ Catedrática de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila

²⁹ Alumna de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila

efectivo. Tomarse en serio la dimensión colectiva de nuestra libertad individual es también, y por encima de la aparente comodidad de guardar silencio y observar, un ejercicio de responsabilidad social y un deber ético. Utilizar nuestra capacidad de seres racionales, pensantes y capaces de identificar mejores perfiles de vida y acciones capaces de reinventar el mundo para vivir mejor en colectividad, debiera ser considerado un privilegio y un deber irrenunciable.

Y si se entiende junto con Savater que una idea política es una forma de “hacer” y no una forma de “ser”, entendemos que si los resultados de ese *hacer* de los administradores públicos no son lo que se espera y lo que se necesita como colectividad, entonces es necesario cuestionar para cambiar la política, cuestionar para cambiar a los políticos y administradores y, probablemente, participar en política para que los resultados de la acción sean mejores. A partir de un somero análisis, se intenta detectar cuáles son los resultados de la política social que se tiene en Coahuila en los años recientes, y la respuesta que se encuentre en los hechos, no es del todo agradable.

En cuanto a la seguridad social

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos mexicanos en determinados marcos como el de la sanidad, la educación, el empleo y, en general, en todo el espectro posible de la seguridad social.

Las instancias oficiales, señalan al Estado de Coahuila como líder en materia de implementación de políticas sociales. Reportan que es uno de los Estados del país con uno de los mayores niveles de bienestar, con el tercer lugar en índice de rezago social, el cuarto con menor nivel de marginación y el sexto en desarrollo humano (Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza, 2012).

Sin embargo, según investigadores (Economistas, Sociólogos, etc.) que colaboraron en la elaboración del “*Manual I: Modelo de situación I, contorno y entorno*”, que fue publicado por la Diócesis de Saltillo en el primer trimestre de 2009, Coahuila ocupó el segundo lugar en desempleo después de Chihuahua. El alto desempleo en Coahuila se debe principalmente a la caída del sector exportador y de la industria automotriz durante 2009. Además, Coahuila ha enfrentado fuertes problemas de inseguridad que han inhibido la llegada de inversiones en los últimos tres años. Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Saltillo se ha mantenido entre los primeros 10 lugares en la Tasa de Desempleo Abierto durante los últimos años (Diócesis de Saltillo, 2011).

En 2010, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática reportó 76.5% de trabajadores con derechohabiencia y 21.9% trabajadores sin derechohabiencia. Por lo tanto se considera que:

- Ya que hay mínimas prestaciones para los trabajadores, principalmente para los trabajadores eventuales, deberían propiciarse más oportunidades de empleo y prestaciones de seguridad social que favorezcan su calidad de vida y desarrollo.
- Debería existir regulación del trabajo informal, con el fin de crear políticas públicas y sociales que protejan a los trabajadores.

En cuanto a la salud

La asistencia social y sanitaria en Coahuila no se brinda de la mejor manera, ya que en cuanto a calidad y cantidad es notable la diferencia de servicios en las zonas rurales y urbanas. Según los últimos datos del INEGI, en 2010 el 76.5% de la población de Coahuila era derechohabiente. Pero se observa cómo los hospitales públicos como IMSS e ISSTE, carecen de medicamentos suficientes, de especialistas y de personal de enfermería; el deterioro de sus instalaciones, las largas filas de espera para un número enorme de consultas diarias y el ausentismo de médicos con deficiencias evidentes que enfrentan estas instituciones, vuelven este servicio insuficiente e ineficiente. A simple vista se puede observar el estado deplorable en el que se encuentran las habitaciones, camas, cuneros y sanitarios. Según lo que puede observarse, la capacidad e infraestructura de estos centros de salud está definitivamente rebasada.

Por otro lado, el servicio médico de los trabajadores de la educación en la clínica del Magisterio, es de los más costosos en cuanto al porcentaje de aportaciones; a pesar de ello, no brindan atención completa y de calidad a sus derechohabientes. A nuestro entender, urge una reforma a la Ley del servicio médico de Coahuila que vaya más allá del abastecimiento de medicinas conforme a un cuadro básico extremadamente reducido (Diócesis de Saltillo, 2011: 54). Por ello:

- Las campañas médicas que se brindan a la comunidad, deberían ir más allá de los fines políticos y electorales, ya que la realidad no se compone con improvisaciones, sino con actos bien fundamentados.
- Habría que disminuir la ineficiencia de la burocracia.
- Se deberían encontrar mecanismos eficaces para invertir más y ofreciendo mayor calidad, en la prevención de enfermedades.

En cuanto a la educación

La incorporación de las políticas sociales supone una oportunidad para romper el aislamiento de la escuela, además de una apuesta decidida por una educación que sepa integrar y equilibrar los principios de calidad y equidad.

En el año 2010, según el INEGI, 41 de cada 100 coahuilenses, en el rango de la población de 15 a 24 años, asistían a la escuela. Los niveles de asistencia a la escuela y preparación académica deberían de ser mejores, más altos. En Saltillo, es muy común saber de adolescentes y jóvenes que no están estudiando; la mayoría de ellos está en tal situación por falta de recursos económicos, y por tal motivo entran al campo laboral, iniciándose como obreros, operarios o trabajadores del mercado informal. Otros cuantos, por bajo desempeño académico, se ven forzados a abandonar los estudios.

Cualquier causa que tengan los estudiantes para ya no seguir preparándose puede y debería ser transformada. Mucha de esta transformación la puede hacer el gobierno implementando programas de desarrollo académico y social, invitando y buscando a los jóvenes que estén en cualquier circunstancia que les impida estudiar y estimularlos habilitándolos teórica y técnicamente para que sigan con su preparación escolar. Muchas veces estos jóvenes quedan en el olvido, las instituciones no les dan el apoyo que necesitan y por lo tanto buscan otras opciones para salir adelante. Hay mucho por hacer y lo que se considera importante es preguntarse ¿qué hacer para que estos jóvenes

tengan oportunidades de desarrollo? e implementar esas propuestas y políticas que los beneficie. Desde nuestra perspectiva, hace falta:

- Aumentar los lugares públicos de calidad para la educación, ya que hablando a nivel universitario son muy pocas las escuelas y facultades que hay en Coahuila, y varias de las existentes son “patito”, es decir, no cuentan con la calidad certificada que garantice a sus egresados una oferta de empleo.
- Analizar el grado de competencia de autoridades de la Secretaría de Educación de Coahuila (SEC) y buscar las posibles soluciones al problema de la calidad educativa.

En cuanto a la justicia

La administración de la justicia es discrecional. Pareciera paradoja pero así es, ya que a nivel nacional, no existen garantías jurídicas para las clases medias ni para la población más pobre; como se ha visto recientemente, la justicia está al servicio de los poderes fácticos y de quienes tienen el poder económico para pagar por que se aplique. El problema del narcotráfico y la inseguridad implican la falta de seguridad, incluso patrimonial. A nivel estatal y municipal se percibe la exasperante ineficiencia de la burocracia.

La administración de la justicia no satisface las necesidades del pueblo. Y las consecuencias inmediatas de esta forma de administrar la justicia, son sin lugar a dudas la propagación del crimen, el robo, el secuestro y otras formas de conducta antisocial (Diócesis de Saltillo, 2011: 62). Por tal motivo correspondería al Estado:

- Superar la corrupción de autoridades, no creando nuevas leyes sino más bien implementando con justicia las que ya existen.
- Frenar la impunidad de criminales, ya que muchas de veces los que realmente afectan de manera grave a la sociedad, los verdaderos delincuentes, están libres.

El periódico Vanguardia publicó la noticia “Es Coahuila 3er lugar en secuestros”, según reporte de la PGR, mencionando que entre 2007 y mayo de 2012 en Coahuila se registraron 148 denuncias; claro que existe una “cifra negra” sobre el número de delitos que no se denuncian, comenta Javier Oliva, experto de la Universidad Nacional Autónoma de México, debido al temor de las víctimas de sufrir represalias por parte del crimen organizado y a la participación de las propias autoridades en los plagios (Muedano, 2012). ¿Cuántas desapariciones forzadas no son investigadas por los simples supuestos de las autoridades que dicen a las familias “es que se fue con el novio”, si es una joven, “andaba en malos pasos”, si es una persona adulta, y así respectivamente? Es allí donde la exigencia de cumplir con su cargo y deber, se le hace al titular de la Comisión de Derechos Humanos de Coahuila. Los retos y desafíos son muchos en el Estado.

Con la finalidad de cobrar conciencia sobre los derechos humanos, a continuación, de manera sintética, se muestra la Declaración Universal de los Derechos Humanos, versión popular de Frey Betto:

Todas las personas nacemos libres y somos iguales en dignidad y derechos, tenemos derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal y social, tenemos derecho a proteger nuestra vivienda, familia y honra, tenemos derecho a un trabajo digno y debidamente remunerado, tenemos derecho al descanso, al ocio y a las vacaciones, tenemos derecho a la salud y a la asistencia médica y hospitalaria, tenemos derecho a la instrucción, a la escuela, al arte y a la cultura, tenemos derecho a la protección social en la infancia y en la vejez, tenemos derecho a la organización popular, sindical y política, tenemos derecho a elegir y ser elegidos para las funciones de gobierno, tenemos derecho a una información veraz y correcta, tenemos derecho a libre circulación y a pasar a vivir a otra ciudad o país, tenemos derecho a no ser sometidos a ninguna discriminación. Nadie puede ser torturado.

Todas las personas somos iguales ante la ley. Nadie puede ser arbitrariamente preso ni privado del derecho a defenderse. Toda persona es inocente hasta que la Justicia, basada en la ley, pruebe lo contrario. Todos/as tenemos libertad de pensar, de manifestarnos, de reunirnos y de crear, tenemos derecho al amor y a los frutos del amor, tenemos el derecho de respetar y proteger los derechos de la comunidad y, todos/as debemos de luchar por la conquista y la ampliación de estos derechos” (Betto, 1997).

De esta manera, se deberían defender y difundir los derechos humanos, pero sobre todo se deberían promover, ya que los ciudadanos no los pueden exigir y preservar si no los conocen, y mucho menos si no conocen cuáles personas y cuales instituciones están creadas para protegerlos, en cualquier situación de vulnerabilidad social.

En cuanto a la vivienda

Si se habla de vivienda y sus condiciones, en el Estado de Coahuila, se pueden ver los avances significativos en cuanto a los tres servicios básicos; agua, drenaje y energía eléctrica. Sin embargo, todavía parte de la población no cuenta con estos servicios, o si cuenta con ello es un día sí y un día no, siendo el servicio irregular e ineficiente. En el siguiente cuadro, de acuerdo con datos del INEGI, se muestra cada variable en porcentaje, considerando un total de 727,458 Viviendas Particulares Habitadas (VPH), en el año 2010 (cuadro 1);

Cuadro 1. Viviendas particulares Habitadas

Variable	2010
VPH con piso diferente a tierra	96.4%
VPH con agua de la red pública	94.8%
VPH con drenaje	93.5%
VPH con sanitario o excusado	96.2%
VPH con energía eléctrica	97.4%
VPH con refrigerador	92.6%
VPH con televisor	95.6%
VPH con lavadora	81%
VPH con computadora	31.6%

Fuente: INEGI (2010)

Así:

- Al haber baja calidad de las viviendas, al Estado le correspondería implementar acciones efectivas para mejorar e invertir más en buenas

viviendas: viviendas dignas que favorezcan el desarrollo y la calidad de vida de sus habitantes.

- Muchas veces los financiamientos de las casas de interés social son impagables, y las constructoras les quitan las casas al no cumplir con los pagos; allí es cuando se necesita defender los derechos constitucionales de los mexicanos a una vivienda digna y decorosa, y por lo tanto con un precio justo.

En cuanto a ocio, cultura y deporte

En México hay un déficit en la legislación cultural. En la promoción de programas culturales hay también un déficit por cuanto toca a la discusión de la difusión de la cultura. Hay 3 esferas de los derechos culturales:

1. Derechos de los ciudadanos: consisten en la capacidad de expresión, creación, el derecho de acceder a la comunicación de diversos medios. Aquí no existe un fuerte déficit cultural.
2. Derecho propiamente de acceso a los bienes culturales, es decir, los derechos sociales: estamos ahora en el terreno de la cultura.
3. Derecho a la cultura propia y la diversidad, a desarrollarla a pesar de no participar enteramente a las líneas dominantes de la cultura en nuestro país. Por ejemplo: el desarrollo de lenguas indígenas. Terreno que no está suficientemente claro en las legislaciones actuales.

- En el Estado y el municipio nos damos cuenta de que sí se implementan programas, pero que éstos son ineficientes: un ejemplo claro es la ciclovia, en la cual se invirtieron muchos recursos y prácticamente es, en el momento actual, inservible, por cuanto los usuarios son muy escasos. Esos recursos pudieron usarse en otros programas prioritarios, más eficaces y con mayor utilidad para los ciudadanos. Tal vez, pudieron destinarse esos recursos a programas dirigidos a la cobertura de necesidades urgentes para los grupos sociales más desfavorecidos, aunque se tratase de programas que llaman menos la atención de los reflectores.
- Al existir una promoción elitista de la cultura, se observa la falta de promoción popular. Muchos programas y actividades como conciertos, bailes folclóricos y obras de teatro pueden ser llevadas a los barrios, a las colonias, para así promover la cultura. Se debería ir más allá de la zona centro de las ciudades, para acercar la cultura efectivamente al pueblo.

En cuanto a atención a grupos vulnerables

El trabajo del Gobierno del Estado tiene muchos aspectos cuestionables, que son percibidos por la gente: el nepotismo, el comportamiento mafioso del poder, que busca perpetuar ciertos intereses a toda costa, y la demagogia. No obstante lo anterior, hay que reconocer que el gobierno estatal actual contrasta con los gobiernos anteriores en los programas sociales e inversión, ambos factores indispensables en una situación de crisis como la actual. Sin embargo, los programas sociales se asignan utilizando la estructura del Partido en el poder, dándole a tales programas un carácter partidista y sembrando el descontento de la gente: como al parecer los representantes populares de las colonias y

barrios no representan a un partido político determinado por convicción, sino por interés personal, rápidamente la responsabilidad de distribuir los recursos en interés del partido en el poder es sustituida por un manejo personal (o familiar) de los monederos, focos, etc., que beneficia principalmente a amigos y familiares, además de solicitar siempre la credencial de elector para poder obtenerlos.

No queda absolutamente claro cuáles son las intenciones finales de los que gobiernan. Parece prevalecer la demagogia; y la confrontación constante con el gobierno federal ha parecido ser más importante que la búsqueda del bien común.

Las principales características de la conducción política de las autoridades ha consistido en la construcción de estructuras sociales populistas a partir de los recursos públicos, cuya única ideología parece ser la de servir al sistema para obtener de éste dádivas. Los resultados o consecuencias de esa conducción, son la apatía del Pueblo por la participación en la política, que en lugar de escenario de discusión sobre el futuro del país es considerada como una actividad más de supervivencia (Diócesis de Saltillo, 2011, pp. 61, 62). De esta manera, el paternalismo ha contribuido al aumento de la pobreza en Coahuila. En cuanto a adultos mayores la situación que se percibe es:

- Al recibir una pobre pensión, debería promoverse su dignidad, ya que ellos han forjado nuestras familias y nuestra historia. Se merecen, al menos, una vida digna en esta etapa de su vida.
- Habría que disminuir la discriminación social: en el transporte, en las calles, en el trabajo, etc.

En cuanto a la pobreza, el grado de marginación y miseria en Coahuila, los registros existentes en la materia señalan que los tres municipios con más alto grado de marginación son notablemente municipios rurales, con tierra muy desértica, como General Cepeda, Candela y Ocampo. Le siguen Lamadrid, Nadadores, sierra Mojada, Cuatrociénegas, Arteaga y Parras.

El alza en el costo de los alimentos ha provocado que las familias ubicadas en los niveles más pobres tuvieran que destinar mayor proporción de sus percepciones para comer. La debilidad del mercado laboral, expresada en un mayor desempleo y nulos incrementos salariales, ha desatado también que el ingreso de las familias más pobres se precipite. Y todo esto ha provocado que la brecha entre pobres y ricos se acreciente.

La información del INEGI revela que los hogares mexicanos reestructuraron sus gastos y los concentraron en bienes y servicios indispensables, marginando rubros como el esparcimiento, la educación y la salud. Entre 2006 y 2008, los gastos de cada hogar destinados a los cuidados de la salud se redujeron en 33.3 por ciento reales, mientras que las erogaciones para la educación y esparcimiento lo hicieron en 23.9 por ciento.

El gasto en educación y entretenimiento que en 2006 representaba 15.4 por ciento del total, para 2008 se redujo a 13.5 por ciento. En contraparte, lo destinado a alimentos y bebidas, así como a vivienda, fue un tercio del total, cuando dos años antes representaba 29.4 por ciento (Diócesis de Saltillo, 2011: 53). Por lo anterior se considera que:

- No hay que impulsar las oportunidades políticas, ya que éstas más que beneficiar a las personas, las hacen dependientes de quienes les otorgan bienes en especie.
- Hay que promover a las personas e ir disminuyendo ese asistencialismo.
- Crear políticas públicas y sociales que verdaderamente beneficien a las familias es una tarea urgente aún pendiente. Por lo tanto, brindar oportunidades de empleo, educación, desarrollo social, etc. son necesarias para los ciudadanos.

En cuanto a medio ambiente

En Saltillo, y ahora también en Ramos Arizpe, existe una pésima administración del agua, lo que probablemente esté relacionado con el hecho de que el gobierno vendió la concesión a Aguas de Barcelona. Esto nos invita a exigir transparencia en la administración de recursos, con el fin de que se brinde un servicio de calidad, el cual es derecho de todos.

Se presenta que hay destrucción de pozos mineros (La Carbonífera) y molinos de piedras (Sierra de Zapaliname) por concesiones. Es importante defender nuestra tierra y estar al tanto de lo que sucede. A continuación se muestra una lista de los principales problemas detectados, hasta ahora, en el contexto social de Coahuila.

1. Pobre infraestructura carretera en la región del Desierto.
2. Actividad económica en la región sumida en la incertidumbre y las pérdidas.
3. Desempleo.
4. Salarios injustos.
5. Pobreza.
6. Lugar de paso de Migrantes nacionales y extranjeros, con la persecución y prejuicios que ello implica.
7. El sobrecupo en algunas escuelas y universidades sigue siendo un problema.
8. El bajo nivel educativo del sistema escolar es un grave problema que no se ha querido enfrentar.
9. Pocos espacios de recreación y cultura.
10. La saturación de entretenimientos (programas, deportes, etc.): comerciales violentos.
11. Medios de comunicación que propician la superficialidad y el consumismo.
12. Aislamiento e incomunicación familiar por la televisión o el Internet.
13. Poca conciencia crítica hacia la información que se recibe.
14. Proliferación de entretenimientos que provocan enajenación y despilfarro, como casinos en adultos y maquinitas en los niños.
15. Parcialidad en la información en el Canal de RCG.
16. Asistencia social y sanitaria muy limitada para la gran mayoría, con falta de equipo, de medicamentos, de personal, muchas veces mal trato y largas esperas.
17. Sobreexplotación de los mantos acuíferos de la región.
18. Grandes fugas y desperdicio del agua.
19. Problemas de transporte urbano añejos: como vehículos en mal estado, cuestionable capacitación y civilidad de algunos choferes, etc.
20. Administración desigual de la justicia.
21. Administración pública deshonestas.
22. Demagogia y corrupción en las autoridades.

23. Rechazo a la clase política en general.
24. Apatía y poca participación ciudadana.
25. Escasa conciencia crítica hacia los problemas sociales.
26. Sindicatos serviles y corruptos.
27. Delincuencia.
28. Inseguridad y violencia.
29. Proliferación del narcotráfico.
30. Cultura del poco esfuerzo y dinero fácil.
31. Pornografía y prostitución.
32. Altísimo porcentaje de divorcios.
33. Numerosos abortos.
34. Embarazos en adolescentes.
35. Infidelidad en el matrimonio.
36. Violencia intrafamiliar.
37. Machismo.
38. Sumisión femenina en muchos sectores.
39. Pérdida de valores.
40. Desilusión, sobre todo en las nuevas generaciones.
(Diócesis de Saltillo, 2011: 75-76).

Finalmente después de reflexionar en los temas anteriores es de preguntarse: Señor gobernador, presidentes, autoridades públicas, procuradores, responsables de las políticas públicas y sociales: ¿Están dispuestos a aceptar estos desafíos y trabajar por un Coahuila distinto, para atender las necesidades que tiene y solicita el pueblo coahuilense? ¿Cómo, cuándo y dónde se verá reflejado su compromiso y acción social?

Referencias

- Betto, F. (1997). *Agenda latinoamericana*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2012, de <http://latinoamericana.org>
- Diócesis de Saltillo. (2011). *Manual I: Modelo de situación I contorno y entorno*. Saltillo, Coahuila: Diócesis de Saltillo.
- Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza. (2012). *Primer informe de gobierno 2011 - 2017*. Saltillo, Coah.
- Muedano, M. (6 de Septiembre de 2012). Es Coahuila tercer lugar en secuestros. *Vanguardia*, pág. 10.
- Tezontle. (2011). Elegir la política. En F. Savater, *Pensar la realidad* (pág. 382). España: Fondo de cultura Económica.

Vulnerabilidad ante cambio climático. Contaminación ambiental y su impacto en el canal de la cortadura de Tampico

*María Eugenia Molar Orozco*³⁰

Resumen

En este trabajo, se presenta una revisión documental y bibliográfica de varios investigadores y autores que han estudiado de manera cualitativa y cuantitativa el aspecto de vulnerabilidad y riesgo en la vivienda de acuerdo a su contexto. El objetivo es identificar y analizar los aspectos que impactan en la vivienda, tomando como caso de estudio las ubicadas cerca del Canal de la Cortadura de la Ciudad de Tampico, Tamaulipas. Se hace un diagnóstico del sitio; primero, se revisa el Programa municipal de ordenamiento territorial y desarrollo urbano de Tampico, Tamaulipas 2010 junto con el Programa metropolitano de ordenamiento territorial de Altamira, Madero y Tampico para obtener información del lugar; segundo, se basa en visitas de campo y un registro fotográfico para determinar su estado actual y problemas existentes; tercero, se entrevistan a los usuarios de las inmediaciones y se busca información local de periódicos; cuarto, se realizan pruebas en laboratorio respecto a la calidad del agua del canal, quinto, se evalúa de forma cuantitativa el sitio respecto a la información recogida; al final, se obtiene una evaluación para efectos de gestión que debería considerar el municipio.

Problematización

En un estudio realizado por Magaña y García (s/f), del Centro de Ciencias de la Atmósfera, se indica, que algunos sistemas humanos están siendo afectados por el aumento de sequía e inundaciones, esto no solo afecta a la agricultura, sino también a actividades económicas, asentamientos humanos, el transporte, e incluso la salud entre otros.

El calentamiento global viene acompañado de una elevación del nivel del mar, por la expansión térmica de los océanos, afectando directamente a las zonas costeras bajas, por debajo de 2m por arriba de la marea alta, volviéndose vulnerables a las inundaciones. Los Estados afectados serían Tamaulipas, Veracruz, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo.

La vulnerabilidad del país, es mayor que en los países desarrollados. La razón de esta diferencia radica en los recursos disponibles para adaptarse al cambio. En México existe actualmente alrededor de 18 millones de habitantes asentados en lugares de alto riesgo de inundación, esto hace que el 1/5 de la población del país, tenga uno de los grados de vulnerabilidad más alta ante las variaciones climáticas, por las tendencias al aumento de eventos hidrometeorológicos extremos como los huracanes.

López y Monterrubio (s/f), comentan que en la ciudad de México, una forma de articular el ordenamiento urbano y la atención a la población que habita en condiciones de riesgo por efecto de la vulnerabilidad socio ambiental ha sido, indudablemente, la

³⁰ Profesor Facultad de Arquitectura, UAdeC

política habitacional instrumentada por el Gobierno del Distrito Federal a través del Instituto de Vivienda, especialmente en el periodo 2001- 2006 (Del proyecto de investigación individual “Planeación urbana y producción del espacio habitable en la centralidad”).

Para Rossi (1982) los estudios más profundizados y la experiencia del hombre común, señala, que una ciudad cambia completamente con el paso de cincuenta años; quien vive en la misma ciudad se habitúa lentamente a esta transformación pero no es por esto menos real. Mutaciones, cambios, simples alteraciones tienen, por lo tanto, tiempos diversos; fenómenos particulares, accidentales como las guerras o las expropiaciones, pueden arruinar en poco tiempo situaciones urbanas que parecían definitivas, o bien estos cambios pueden producirse en tiempos más largos por sucesivas modificaciones, a veces modificaciones de elementos y de partes determinadas. En todas estas modificaciones intervienen muchas fuerzas que se aplican en la ciudad; estas fuerzas pueden ser de naturaleza económica, política o de otro género.

Un análisis de la ciudad permite también ver por qué caminos se aplican éstas; por ejemplo mediante el estudio de propiedades en series históricas catastrales observamos la marcha de las propiedades sobre la base de ciertas tendencias económicas la adquisición de las zonas por parte de los grandes grupos financieros que cuando aparece determina el fin de los fraccionamientos de las parcelas y la formación de grandes zonas disponibles para complejos completamente distintos. Lo que no está claro son el modo concreto en que estas fuerzas se manifiestan y sobre todo la relación que existe entre su fuerza potencial y los efectos que producen. El problema principal, no es tanto el de conocer las fuerzas en sí, sino el saber:

- a) Como se aplican
- b) Como su aplicación produce cambios diferentes

Estos cambios dependerán por un lado, de la naturaleza de estas fuerzas; por el otro, de la situación local, del tipo de ciudad, etc. Debemos establecer, por consiguiente, una relación entre estas fuerzas y la ciudad, conocer los modos de la transformación.

En la época moderna gran parte de las transformaciones pueden ser explicadas por los planes en cuanto son éstos la forma concreta con que se manifiestan las fuerzas que presiden la transformación de la ciudad; los planes son entendidos como aquellas operaciones realizadas por la municipalidad, de manera autónoma o acogiendo propuestas de privados, que prevén, coordinan y operan sobre los aspectos espaciales de la ciudad.

Halbwachs (s/f) analiza el carácter de las expropiaciones; sostiene que los hechos económicos son por su naturaleza preminentes en la evolución de la ciudad hasta el punto de dar lugar a leyes generales, pero que desde el punto de vista económico se ha caído frecuentemente en el error de dar una importancia de primer orden. A lo que Bernoulli (s/f), sostiene que la propiedad privada del suelo y su fragmentación es el mal principal de la ciudad moderna. Por lo que la vivienda, el barrio, el equipamiento, dependen estrechamente del uso del suelo.

El extraordinario desarrollo de las ciudades en los últimos años, los problemas de urbanización de la población, de la concentración, del aumento de la superficie

urbana se hayan planteado con preminencia a los ojos de los urbanistas y de todos los estudiosos en ciencias sociales que se ocupan de la ciudad. Este desarrollo, la dimensión aumentada, es observable un poco en todas partes, es un fenómeno común a todas las grandes ciudades; en algunos casos tiene extraordinaria importancia.

La pregunta puede ser, si la arquitectura de los hechos urbanos es la construcción de la ciudad, ¿Cómo puede estar ausente de esta construcción lo que constituye su momento decisivo, la política? Entonces la arquitectura urbana, a sabiendas que es la creación humana, es requerida como tal. En fin, el hombre no solo es el hombre de aquel país y de aquella ciudad, sino que es el hombre de un lugar preciso y delimitado y no una transformación urbana que no signifique también transformación de la vida de sus habitantes.

López (1986), comenta, la gran concentración en la capital de la República Mexicana, ha estado caracterizada también por un crecimiento extensivo fuertemente segregacionista, testimonio fehaciente de la coexistencia de negocios fabulosos, grandes ofertas de servicios, educación y cultura, la opulencia de sectores minoritarios, con el acelerado deterioro de las condiciones materiales de vida de la mayoría de la población, agudizado ahora por la estrategia adoptada para afrontar la crisis inflacionaria que vive el país.

El crecimiento de la Ciudad de México, que en 1950 contaba con tres y medio millones de habitantes en un superficie de cuarenta kilómetros cuadrados, cinco veces menos población y superficie, que en 1986; esto es más dramático cuando sabemos que el 64.3% de capitalinos conforman el hábitat del deterioro, las carencias y la pobreza: vecindades (23% de la población), ciudades perdidas (2.3%), colonias proletarias viejas (12%) y colonias proletarias recientes en ese entonces (27%); entre estas últimas se encuentra la Ciudad Nezahualcóyotl con más de dos millones de habitantes, que extiende su miseria al nordeste de la ciudad. En ese hábitat de la pobreza hay diferencias de niveles de servicios e infraestructura. Junto al crecimiento de la población urbana, llegan a la Ciudad de México mil personas al día, expulsadas del campo empobrecido, en busca de empleo.

Las formas de crecimiento de la Ciudad de México han acarreado procesos de deterioro ecológico. Las cifras son alarmantes, las causas básicas no aparecen claramente, pero visiblemente la triada: capitalistas inmobiliarios-agentes especulativos-burocracia política, ha sido su fundamental impulsora.

En 1984, el Departamento del Distrito Federal publicó, para la consulta pública, un programa de Reordenación Urbana y Protección Ecológica del Distrito Federal (PRUDE). En sus antecedentes, se reconoce la existencia de graves y acelerados procesos de contaminación atmosférica, del suelo y el agua del Valle de México, y se advierte el peligro de su irreversibilidad de no tomarse medidas urgentes. En síntesis: la emisión de contaminantes creció 150% en los últimos diez años; la ciudad genera diez mil toneladas de desechos sólidos al día, el agua lacustre original y ecosistema del Tenochtitlan prehispánico de México, casi ha desaparecido, el 73% de los bosques ha sido eliminado; se ha producido una fuerte degradación de los suelos y áreas de recarga acuífera, entre otros aspectos como la contaminación atmosférica ya sea de tipo industrial y el uso hipermasivo de los vehículos de combustión interna que transitan diariamente por la ciudad.

Legorreta (1983, Legorreta, Jorge. El proceso de urbanización en ciudades petroleras. Centro de codesarrollo, México) ha demostrado que los terrenos ejidales sufren la agregación de cuatro rentas en su proceso de incorporación al régimen urbano formal, dando entonces un encadenamiento sucesivo de acciones que favorecen la especulación.... La ilegalidad de la posesión de la tierra se convierte en una situación favorecedora de la especulación y el consenso, y por tanto tolerada e incluso fomentada. Y así, junto a la migración del campo y las formas de crecimiento natural, estos procesos provocan el espectacular estallido urbano de la Ciudad de México.

Los agrupamientos tuguriales proliferan en laderas y tierras llanas, coexisten con sectores menos precarios, edificados con materiales sólidos y techumbres de lámina y asbesto, que con el tiempo son sustituidas por hormigón armado a pesar de su costo, lo que demuestra la imposición, incluso ideológica, de las tecnologías convencionales. Esta imposición tiene consecuencias altamente depredadoras del medio ambiente.

Según comenta Rojas (2004), en los últimos años desde la perspectiva de la vivienda, se ha intentado evaluar el riesgo de la exposición de la persona en base a la cantidad de peligro ambiental absorbido por el cuerpo, pero no ha sido conceptualizado de manera integral ya que cada disciplina los valora diferentemente, por lo que se requiere diferentes puntos de vista multidisciplinario que considere no solo el daño físico, sino también lo social, entre otros, para así mejorar la efectividad de la gestión para la reducción de riesgos por parte de las autoridades y los demás actores para lograr una actitud preventiva. La propia autora señala que la concepción de la sostenibilidad como proceso se focaliza en la búsqueda de un balance dinámico entre las demandas generadas por la sociedad para satisfacer las necesidades humanas y la capacidad de la naturaleza de satisfacer estas demandas de forma permanente sin degradar irreversiblemente a sus componentes (recursos naturales).

Por su parte Imbach (2002), plantea que se progresa hacia la sostenibilidad cuando a través de las acciones antrópicas la calidad de vida de la gente y la calidad de su ambiente mejoran simultáneamente y en forma generalizada. Para considerar la vulnerabilidad desde su condición o circunstancia, dinámica o cambiante; vista de múltiples facetas y desde diversas perspectivas de conocimiento, consideraremos lo planteado por Wilches-Chaux (1989), que señala varias vulnerabilidades dependiendo del aspecto que se tenga en cuenta para su análisis, que a la vez están relacionadas entre sí:

- Vulnerabilidad natural; evidenciada en la fragilidad biológica, manifestada en las deficiencias nutricionales, malas condiciones de vida y de trabajo excesivo
- Vulnerabilidad física; asentamientos de comunidades en zonas marginales amenazadas por las deficiencias de las estructuras físicas y la débil cobertura de los servicios públicos
- Vulnerabilidad económica; manifestada por la falta de recursos que limita la adquisición de medios para la satisfacción de las necesidades básicas
- Vulnerabilidad social; referente al bajo grado de organización y cohesión interna de las comunidades antes situaciones de riesgo
- Vulnerabilidad educativa; en el sentido de la ausencia de los programas de educación de fundamentos que instruyan adecuadamente para los fines prácticos de la vida

- Vulnerabilidad política; expresada por el alto grado de centralización en la toma de decisiones y en la organización gubernamental; y la debilidad de los niveles de autonomía de decisión en los niveles locales.
- Vulnerabilidad institucional; determinada por la obsolescencia y rigidez de las instituciones con diseños que no corresponden a la realidad
- Vulnerabilidad cultural; referente a la pérdida de la cultura y los valores como producto de la globalización que trajo consigo la transculturación entre sociedades muy distintas.
- Vulnerabilidad ambiental; modelos inadecuados de desarrollo que general sistemas altamente vulnerables incapaces de auto ajustarse
- Vulnerabilidad ideológica; está relacionado con las ideas y creencias que tienen las personas sobre el devenir y los hechos del mundo. Se expresa en actitudes pasivas, fatalistas y creencias religiosas que limitan la capacidad de actuar de los individuos en ciertas circunstancias

Concepto de vulnerabilidad y como se vincula con la vivienda

Vulnerabilidad, es el grado de exposición y fragilidad a las amenazas, que pueden ir aumentando o disminuyendo mediante acciones concretas. El termino vulnerabilidad se refiere a la susceptibilidad de una construcción a presentar algún tipo de daño provocado por la acción de algún fenómeno natural (sismos, huracanes, inundaciones, etc.) o antropogénico (contaminación, incendios, etc.). Rojas (2004) indica que, la vulnerabilidad de los asentamientos humanos está ligada a los procesos sociales que ahí se desarrollan y con la fragilidad; y que además está ligada a la degradación ambiental, no solo urbana sino en general del entorno intervenido o en proceso de transformación.

Metodología

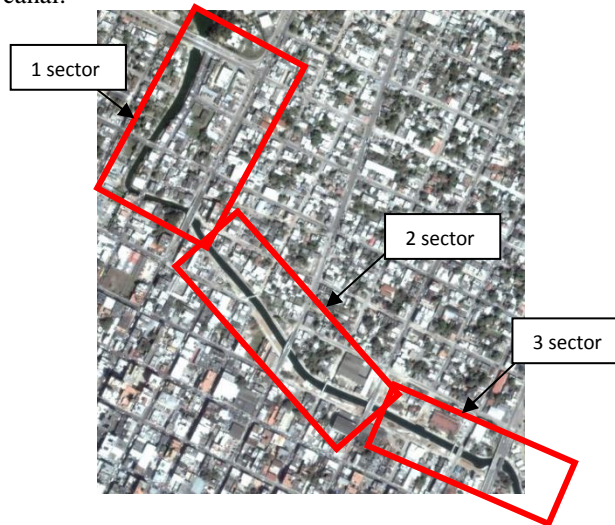
Para realizar la investigación documental, se acudió al Departamento de proyectos especiales y Obras Públicas ubicado en la Ciudad de Tampico, Tamaulipas, México, para llevar a cabo el análisis correspondiente de los Planes parciales del lugar y otros planes que se relacionaran de manera directa o indirecta con el sitio, el periodo de estudio comprendió de Junio a Octubre del 2011. Se hizo trabajo de campo en el trayecto del Canal de la Cortadura, iniciando del Macalito al Mercado local Manuel Ávila Camacho de la colonia, figura 1, para lo cual se dividió en tres sectores para su mejor análisis.

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo, de forma cuantitativa y cualitativa y recopilación de datos, basada en el análisis de documentos oficiales, estudio del sitio, entrevistas y acuerdos con todos los actores involucrados para la elaboración de la investigación. El presente trabajo, pretende aportar información que pueda ser usada por las autoridades de la Cd. de Tampico en caso específico del Canal de la Cortadura para correcta adaptación del lugar en beneficio de la ciudadanía en general. Destacando el impacto a la población que habita en condiciones de riesgo.

Este sitio se ubica dentro de los límites de la ciudad de Tampico Tamaulipas y tiene conexión con la Laguna del Carpintero, manto acuífero que ocupa una gran extensión dentro de la ciudad, prácticamente en el centro de la misma; el Canal de la

Cortadura conecta a esta Laguna con el Río Pánuco, siendo este uno de los ríos de mayor extensión de la República Mexicana.

Figura 1. Ubicación del canal.



Fuente: Google Earth

Hallazgos con Discusión

En el aspecto de la vulnerabilidad del sitio, figura 2, se observa que las viviendas colindantes al canal tienen problema de inundación, en temporadas de lluvias en el mes de septiembre generalmente y menos aun cuando hay amenaza de huracán.

Figura 2. La zona indicada con azul es la zona más baja.



Fuente: Plan parcial de Desarrollo Urbano del Canal de la Cortadura

Para el trabajo se consideró emplear el estudio de batimetría que sirve para conocer la profundidad del cuerpo de agua y constatar si está solvado, pero el costo de este estudio es elevado, por lo cual no fue viable. En observaciones realizadas, se identificó que teniendo lluvias constantes el nivel de agua sube muy rápidamente ya que no tiene la capacidad adecuada para desalojar el agua del canal por lo cual podría generar inundaciones en las edificaciones cercanas, además lo que también perjudica es la gran acumulación de basura que arrastra en su recorrido. Por lo que recomienda que se estudie la profundidad del canal, ya que para lograr el mejoramiento del recorrido del

canal es necesario lograr un adecuado saneamiento y desazolvado para tener una profundidad que reduzca el riesgo de inundación en los alrededores del mismo.

Otro punto a considerar en esta zona, es el aumento de población de cocodrilos en la Laguna del Carpintero que con el Canal, los cuales ya han extendido su zona de hábitat, por lo que se les ha encontrado en los tres sectores del canal tomando el sol o cazando, foto 1, aunque no se han dado ataques a la población, el conflicto es que cuando están al exterior parecen troncos y al estar en áreas de circulación puede generarse un peligro, se han dado casos que la gente principalmente niños motivados por la imprudencia de los mismo padres, se acercan a una distancia muy corta del animal, experiencia de la población y de los autores.

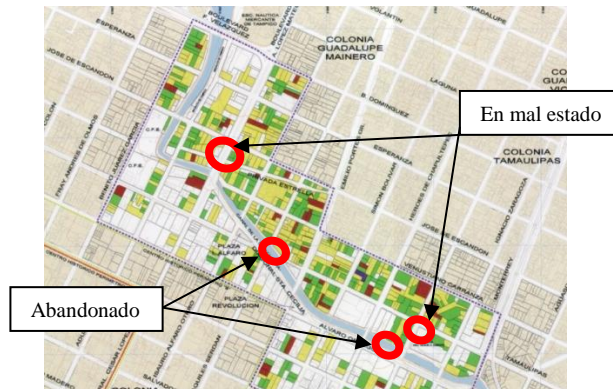
Foto 1. Cocodrilo tomando el sol, ubicado en el primer sector 2011.



Fuente: Elaboración propia

En el aspecto de calidad de la vivienda, según los estudios realizado por el municipio en ese periodo en gestión, las viviendas localizadas en el canal, la mayoría se encontraban en buen estado, regular y solo dos en malas condiciones.

Figura 3. Estado de las viviendas en el sitio.



Fuente: Plan parcial de Desarrollo Urbano del Canal de la Cortadura

Simbología del color

Amarillo	Vivienda en Buen estado	53%
Verde	Vivienda regular	38%
Rojo	Vivienda mala	8%
Morado	Otro	1%
Blanco	Comercio, Equipamiento y Servicios (no se considera dentro del porcentaje)	

Las observaciones realizadas en 2011, de acuerdo al mapa son diferentes, y se indican en el mapa cuales edificaciones ahora estan en abandonadas y en mal estado.

Foto 2. Estado de las viviendas en el sitio.



Fuente: Carlos Sosa

En el periodo de estudio, solo se pudo de INEGI con los datos de 2005, sobre la población y condiciones de la vivienda, ya que en ese momento las oficinas oficiales no tenían aun todos los datos capturados del 2011.

Figura 4. Ubicación de los AGEBS del sitio.



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1, se puede observar diferencias que dan una idea de las condiciones de las viviendas, obtenidas por medio de instituciones, que a veces no son tan reales, ya que estudios realizados por otros investigadores, como la Arq. Areli López, comparó datos de Sedesol e INEGI y existían discrepancias, por ejemplo, en la clasificación de fraccionamientos o colonias que aparecían con diferentes características algunas viviendas o incluso que no existían para una institución, siendo un tema de investigación que puede darse seguimiento en otro momento.

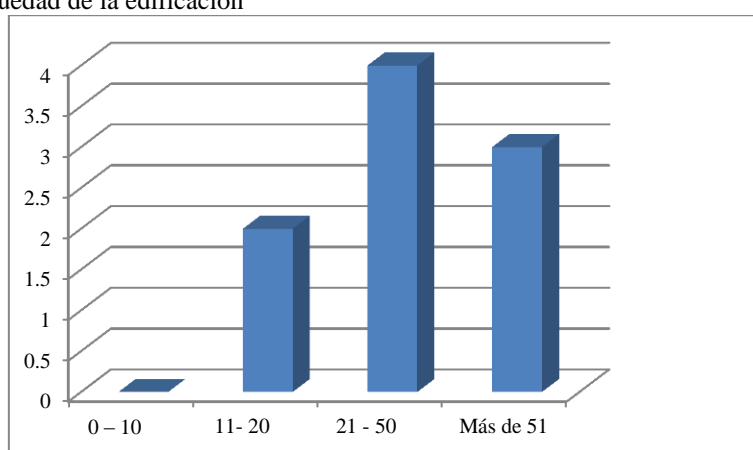
Tabla 1. AGEBS

DESCRIPCIÓN	AGEB 0393 Zona Centro	AGEB 0355 Col Gpe. Mainero	AGEB 0478 Zona Centro	AGEB 0482 Zona Centro
Población total	2028	3200	1460	2539
Poblacion masculina	957	1539	692	1202
Poblacion femenina	1071	1661	768	1337
Poblacion de 0 a 4 años	104	203	80	193
Poblacion de 0 a 14 años	325	638	283	547
Poblacion de 6 a 12 años	132	273	114	215
Poblacion de 6 a 14 años	202	398	177	315
Poblacion de 12 a 14 años	70	125	63	100
Poblacion de 15 a 24 años	402	557	273	417
Poblacion de 15 a 59 años	1349	2056	959	1624
Poblacion de 60 años y mas	316	475	157	312
Poblacion en hogares indigenas	56	55	54	14
Hogares indigenas	20	14	18	6
Total de hogares	656	954	456	789
Poblacion en hogares	227	3172	143	258
Total de viviendas habitadas	666	959	473	803
Viviendas particulares habitadas	661	959	47	803
Ocupantes en viviendas particulares habitadas	1997	3200	1454	2359
Viviendas particulares con piso de cemento o firme	142	465	162	364
Vivienda particulares habitadas con piso de madera, mosaico y otros recubrimientos	498	458	289	290
Viviendas particulares habitadas que disponen de agua entubada de la red publica	644	925	446	774

Fuente: INEGI 2011

En la investigación de campo, se recogieron datos de las edificaciones solo en el sector 2, la razón de ello es porque en el Plan parcial del municipio será el conector con la Laguna del Carpintero y el centro de la ciudad, además por razones de seguridad ya que lo demás sitios eran un poco inseguros, la recopilación de datos de las edificaciones se efectuó en un mismo día, a finales de julio, alguna anotaciones fueron por medio de observaciones y otras con datos aportados por los dueños de las edificaciones, debemos indicar que de acuerdo al horario en que se realizó la recopilación de datos algunos usuario no estaban por lo que no se pudo realizar en todas las viviendas del recorrido, por tanto solo se cuenta con datos de 9 edificaciones.

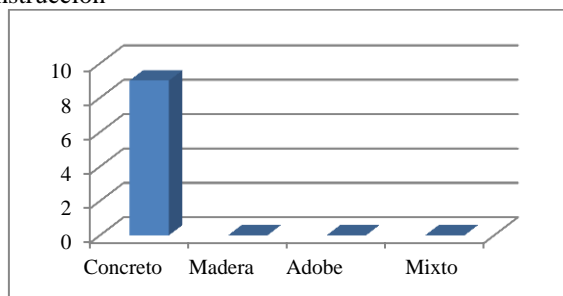
Gráfico 1. Antigüedad de la edificación



Fuente: Elaboración propia.

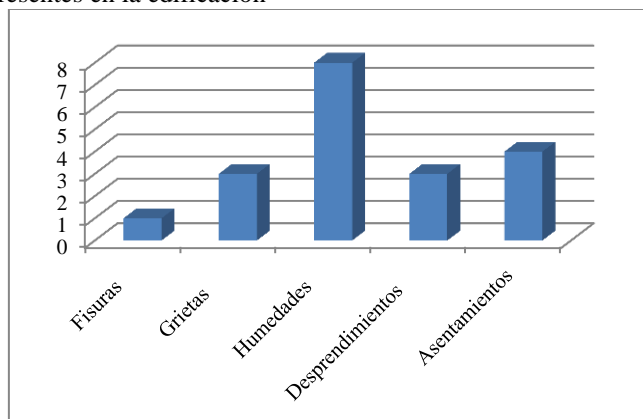
La mayoría oscilan entre 21 y 51 años de antigüedad

Gráfico 2. Material de construcción



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Lesiones presentes en la edificación



Fuente: Elaboración propia

La mayoría tiene problemas de humedades en las viviendas

La realización de la encuesta, fue en el mes de julio y se aplicó a las personas que transitaban en el momento de la actividad, que fueron muy pocas, la encuesta se enfocó principalmente a la percepción del canal de los usuarios que lo transitan, para el análisis de los resultados nos apoyamos del sociólogo, Frank Pulido Criollo, para interpretar desde esta perspectiva las respuestas, en este estudio la población se concentró el 50 % de los casos entre los 16 a 30 años de edad, intervalo que concentra a dos poblaciones con características distintas, jóvenes y adultos, ya que no perciben ni tiene las mismas necesidades que un adulto o anciano.

Tabla 2. Edad de los participantes

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-15	1	2.5	2.5	2.5
16-30	20	50	50	52.5
31-60	18	45	45	97.5
>61	1	2.5	2.5	100
Total	40	100	100	

Fuente: Elaboración propia

Dimensión frecuencia:

Los participantes encuestados no son usuarios frecuentes al lugar, por lo general son usuarios flotantes que transitan al trabajo.

Tabla 3. Frecuencia que visitan el canal los participantes.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
muy frecuente	1	2.5
frecuente	8	20.0
poco frecuente	7	17.5
ocasionalmente	17	42.5
Nunca	7	17.5
Total	40	100.0

Fuente: Elaboración propia

Percepción del entorno construido

En los participantes hay una gran mayoría que percibe en forma desagradable el canal, solamente el 35 % lo considera agradable, porcentaje del cual la mayoría son mujeres (diez de catorce casos). Lo cual coincide con la percepción de poco limpio a sucio en el lugar y de la inseguridad, en ambas variables solamente un caso reporto como limpio o seguro el canal. Es decir el canal no es un estímulo visual grato para los participantes, el cual puede influir en la frecuencia de visita del lugar.

Tabla 4. Percepción del peatón respecto al contexto urbano del canal

Sexo	Percepción del peatón respecto al contexto urbano del canal				Total
	agradable	poco agradable	desagradable	muy desagradable	
masculino	4	9	4	1	18
femenino	10	6	4	2	22
Total	14	15	8	3	40

Fuente: Elaboración propia

Además los participantes consideran que el primer factor por el cual las personas no visitan el canal es por la falta de mantenimiento; otro factor fue la seguridad del lugar como un predisponente para la visita del lugar. Se podrían incluir más preguntas en este punto en una segunda investigación.

Para el diagnóstico del tipo de contaminación ambiental en el Canal de la Cortadura; se analizaron tres parámetros ambientales, las cuales fueron el ruido generado por la densidad vial, los comercios y en las mismas viviendas; la cantidad de basura del sitio y la calidad del agua del canal.

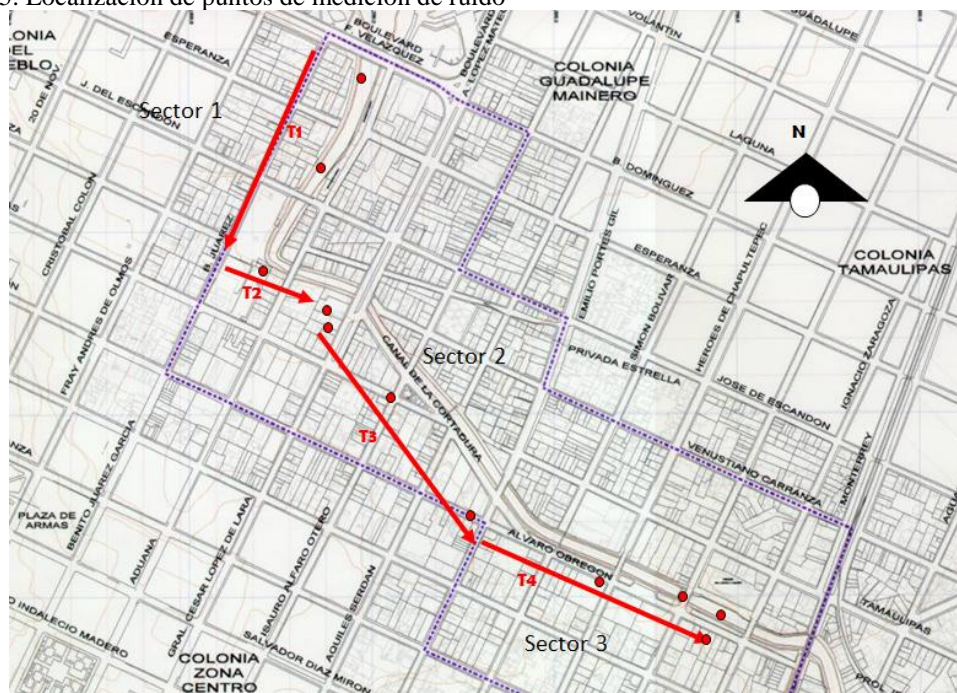
En el aspecto del ruido, las mediciones se realizaron el día 22 de octubre de 2012, midiéndose en 42 puntos, a una distancia aproximada de 20 metros entre cada punto, figura 5, solo en los sectores 2 y 3 se realizaron en ambos lados de la orilla del canal, ya que en un lado del primer sector no se puede realizar por las condiciones de los andadores y de seguridad, tabla 5.

Tabla 5. De localización de los puntos a medir

Sector 1:
Transecto 1 Calle Aduana con orientación NE-SO, entre Perimetral y Carranza
Transecto 2 Calle Carranza con orientación ONO-ESE, entre Aduana y Boulevard A. López Mateos
En el primer sector son 15 puntos; las dos primeras cuadras cubren el macalito, la tercera son comercios y viviendas
Sector 2
Transecto 3 Canal de la cortadura con orientación NO-SE, entre Boulevard y Simón Bolívar
En el segundo sector son 16 puntos de un lado y 16 del otro; un lado del canal prevalece comercios y edificios abandonados y del otro lado viviendas
Sector 3:
Transecto 4 Canal de la cortadura con orientación ONO-ESE, entre Simón Bolívar y Ignacio Zaragoza
Sitio 5 y 6 Fachada de mercadito y plaza con vista al canal sobre Ignacio Zaragoza con orientación SO
En el tercer sector son 11 puntos de un lado y 11 del otro; la mayoría de los edificios en ambos lados son comercio y pocos de vivienda

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Localización de puntos de medición de ruido



Fuente: Plano obtenido del Plan Parcial del Municipio

Se pudo constatar que se mantiene en rangos aceptables, de 60 a 68 decibels inclusive en áreas como el macalito que tienen música con volúmenes relativamente altos y los talleres con su maquinaria que genera ruidos, según Niebel, Benjamín, se considera el valor moderado (entre suave y tolerable) y solo en zonas de alto tránsito como el boulevard se registraron 108 decibels (entre molesto e irritable) que no provocan gran conflicto a nivel ambiental ya que está en una vía de alta circulación vial y son pocas las casas afectadas.

El segundo aspecto, fue la basura existente en el sitio, se encontró que no cuentan con dispositivos adecuados en tamaño y diseño que hagan al usuario identificarlos fácilmente, foto 3, ocasionando que la gente la tire inclusive en el canal, o bien existen edificios abandonados que lo usan como área de basura dando un mal

aspecto al lugar, foto 4, ya que no se cuenta con un buen servicio de basura que recoja lo que se genera en la zona, generando acumulación y siendo un foco de infección en el sitio, por lo cual se recomienda que se propongan una estrategia adecuada tanto para el diseño de los basureros con señalamiento y capacidad además de una medida de control para las personas como multas para educarlas; ya que se ha constatado en otros países que la mejor manera de hacer que la gente respete el medio ambiente es por medio de la afectación del bolsillo, y esto hace que la misma gente pase de voz en voz la nueva medida de control y minimizar la acumulación de basura en los sitios públicos. Esto también ayudara a mantener limpia el agua tanto de la laguna como el canal ya que con el viento y las lluvias la basura termina en estos espejos de agua, afectando al ecosistema que habita en él y es una clave para su rescate y cuidado.

Foto 3. Dispositivo de basura



Foto 4. Edificio abandonado usado como basurero.



Fuente: Elaboración propia

El último aspecto, es un punto rojo que se le debe dar prioridad antes de empezar a invertir para la creación de un espacio turístico, se solicitó a un laboratorio realizara una análisis del agua del canal en cuatro puntos. Para esto se indicó que analizaran el sitio dividiéndolo en tres sectores, figura 6, del canal; el primero abarca el área del macalito, el tercero del boulevard hasta antes del cine alameda y el ultimo hasta el mercadito, y se solicitó un cuarto análisis para saber si las tomas del agua de la red potable en el mercadito contaba con la calidad mínima requerida para uso doméstico y si no tiene alguna filtración del agua del macalito.

Figura 6. Ubicación de las secciones analizada para la calidad del agua



Fuente. Google Earth

En base a los resultados obtenidos la muestra con mayor presencia de Coliformes Totales y Fecales es la del sector 2, ubicado a la altura de la calle Héroes de Chapultepec (Alameda). Las posibles causas de estos resultados pueden ser: la cantidad de descargas residuales y contaminación (desechos) presentes en la zona y al nulo flujo de agua que existe.

Foto 5. Del segundo sector



Fuente: Del laboratorio Mexican Institute of Complex Systems A.C.

En orden descendiente de presencia de coliformes se encuentra el sector 3 ubicado enfrente del Mercado Municipal Gral. Manuel Ávila Camacho, no existe una diferencia significativa con el sector anterior debido a la cercanía de las zonas.

Foto 6. Del tercer sector



Fuente: Del laboratorio Mexican Institute of Complex Systems A.C.

En el sector 1 correspondiente a la zona del Macalito también presento presencia de coliformes totales y fecales, estos en menor cantidad que los anteriores, pero rebasan los límites permisibles que marca la norma.

Foto 7. Del primer sector



Fuente: Del laboratorio Mexican Institute of Complex Systems A.C.

Por el ultimo el sector 4, reportó la ausencia de Coliformes Fecales y Totales, esta muestra fue tomada de una llave situada en las instalaciones del Mercado la nula presencia de estos microorganismos, es lo esperado ya que es agua de uso doméstico.

Foto 8. Del cuarto sector (Mercadito)



Fuente: Del laboratorio Mexican Institute of Complex Systems A.C.

Los resultados del laboratorio arrojaron que el agua del canal se encuentra muy contaminada, principalmente en la 2 y 3 sector, se encontraron pruebas de descargas de aguas negras, que muy probablemente son de las casas colindantes al canal, inclusive se pueden ver las tuberías de las casas que van a parar directamente al canal. El problema que nos señalan en el laboratorio es que el agua parece estancada por lo cual no ayuda a depurar el agua, y no se recomienda que se coloquen fuentes para generar el movimiento ya que el agua esta tan contaminada que si se tiene contacto con ella podría generar infecciones, lo malo del asunto es que inclusive se han encontrado personas que hacen negocio con la pesca en el lugar tanto de jaibas como pescados que están contaminados y que nos comentaron los venden a comercios, foto 9. Otro aspecto es que nos señalaron es que las muestras se tomaron en la superficie por lo que se considera que si en la superficie se obtienen esos resultados es probable que en la parte inferior se encuentren más contaminantes, por lo cual se requiere no solo desazolvar el canal sino que también se le realice un tratamiento al agua, antes de hacer el espacio turístico ya que de dejarse esto así, a la larga será una mala publicidad del lugar si se llega a tener un foto de infección en los turistas.

Foto 9. Pescador ubicado en el sector 2



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se recomienda que la actividad que se realizó en la Laguna del Carpintero también se le haga al canal, ya que, este se supone que tiene la función de mejorar las condiciones de la Laguna, pero si este no funciona adecuadamente la limpieza que hagan a la Laguna no será completa en su ciclo.

Por último, se realizó una valorización de la calidad urbanística y ambiental³¹, en la valorización de la calidad urbanística y ambiental, se consideró como un concepto inconstante en tiempo y contexto. En lo concerniente a las características del medioambiente urbano que se consideran necesarias, se especuló que son subjetivas, ya que es distinta en cada persona, de acuerdo la percepción, y experiencia en su interacción con el medioambiente, produciendo diferenciaciones en las opiniones.

Teniendo en cuenta lo anterior, se han tratado de utilizar elementos del medio natural y urbano, seleccionando indicadores habituales a un nivel general. Como unidades de estudio para la valoración se tomaron los tres sectores del recorrido del canal de la cortadura iniciando de la calle Perimetral donde se encuentra actualmente ubicado el Macalito, terminando en la calle Ignacio Zaragoza del Mercadito, que presentan características que les individualiza y diferencia entre sí desde el punto de vista morfológico, espacial y social.

La evaluación de la calidad ambiental del Canal de la Cortadura de Tampico, tiene como objeto conocer el grado de calidad relativa de cada una de las unidades analizadas y diferenciar la calidad del medio urbano. La valoración que se obtenga debe tener una interpretación cuidadosa, aunque se hayan elegido indicadores que se basan en valores conocidos, en ciertos casos pueden no coincidir con aquellas que normalmente determina la conducta humana.

La asignación de los indicadores se relaciona con el concepto a valorar, considerando que la relación entre los indicadores seleccionados y el rasgo fundamental que trata de medir jamás podrá ser una relación exacta. Al contar sólo con variables cualitativas, se les ha asignado un valor cuantitativo en relación con valoraciones subjetivas, que más adelante se describen. A todas las variables se les ha asignado un valor de 1 a 3 y una ponderación según su importancia relativa.

Las condiciones del medio natural urbanizado evaluadas son:

1. Se consideró el aspecto de vulnerabilidad respecto a la inundación, estado de las viviendas además de abandono, junto con el factor de inseguridad. Al haberse descubierto; que el *sector* 1, acapara una mayor sección de área inundable, se le ha designado el valor 1; al *sector* 3, pero se dará un valor 3 al contar con menos área de impacto y en un área donde cuenta aún con habitantes; y al *sector* 2, se le dará el valor 2 al ser una sección intermedia pero que cuenta con edificios en mal estado además de algunos abandonados y existe un poco de inseguridad.
2. La contaminación del agua, la cantidad de basura y el nivel de ruido son factores de disconfort que bajan la calidad de vida que se requiere contar en el entornos próximos a las viviendas y los hacen susceptibles a ser vulnerables, se evaluará en relación con su grado de presencia o ausencia, en este último caso se ha dado un valor 0. Se asigna un valor de 3 a los que tengan menos grados de contaminación; un valor de 2 a los que tengan un valor intermedio en la valoración y un valor 1 donde exista mayor contaminación.

³¹ Trabajo basado en la investigación realizada por M^o Pilar Borderías y Manuel García, Evaluación de la calidad de un medio urbano: la ciudad de Teruel, 1997

Figura7. Indicación de las áreas de mayor impacto contaminada



Fuente. Google Earth

Las zonas indicadas con color amarillo es la de mayor contaminación en el agua del canal, los círculos rojos son edificios abandonados o en mal estado, el círculo negro es una zona de inseguridad y el círculo rosa indica donde se encontró mayor contaminación de ruido y smog.

Siguiendo estos criterios, se ha valorizado en primer lugar la calidad del medio urbano, dando un valor de ponderación de 0,55 a las zonas de menos vulnerabilidad respecto a inundación, estado de las edificaciones y seguridad, se dará 0,45 a la contaminación ambiental. La decisión de la ponderación está al tipo de control respecto al riesgo de inundación y afectación directa en las viviendas y que es fundamental para la ciudad, ya que es uno de los elementos más afectados por los asentamientos humanos. La contaminación en segundo término, aunque es unos de los elementos más valorados en los impactos medioambientales de la ciudad, se puede ver favorecida por medio de estrategias como cultura de la limpieza y equipamiento.

Tabla 6. Valoración según indicadores del medio natural urbanizado

Zonas/ Variables	1	2	T	1	2	total
Sector 1:						
Aduana, entre Perimetral y Carranza				1	340,55	1,351,9
Carranza, entre Aduana y Boulevard A. López Mateos				1	340,55	1,35
Sector 2						
Canal de la cortadura, entre Boulevard y Simón Bolívar				2	13	1,1
1,55						0,45
Sector 3:						
Canal de la cortadura, entre Simón Bolívar y Ignacio Zaragoza				3	251,65	0,9
						2,55

Variables: 1) vulnerabilidad de inundación; 2) contaminación ambiental

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos se han agrupado en 3 intervalos: En primer lugar es el tercer sector; En segundo lugar es el primer sector; Y en último lugar el segundo sector

Condiciones del medio humano evaluado:

1. Altura de edificios se han agrupado en tres tipos, cada uno de ellos resultado de un intervalo de número de plantas: un nivel, dos niveles y 3 o más. A cada uno de ellos se les ha asignado un valor de 1 a mayor, 2 media y 3 de menor altura
2. Los usos de suelo se han valorado:
 - a) Uso residencial, se han tenido en cuenta el estado exterior de los edificios, se le dio el valor 3 cuando había armonía, estética y buen mantenimiento; el 2 más o menos cuidada y valor 1 exteriores usados como basurero o fachada deteriorada.
 - b) Uso industrial, valor 1 alcanzan las zonas predominantemente industrial, valor 2 zonas en que se entremezcla con otras actividades y 3 donde apenas existe.

Para valorar la calidad de la edificación hemos utilizado su altura, el aspecto exterior de las viviendas y el asentamiento industrial y servicios. Los valores de ponderación que se han aplicado han sido 0,50, 0,35 y 0,15 respectivamente. Hemos considerado la altura en primer lugar ya que tiene repercusión en la configuración del paisaje urbano, en segundo lugar el aspecto exterior, por ser el que da una imagen de la calidad de vivienda y por último la industria junto con servicios.

Tabla 7. Valoración según indicadores de medio humano

Zonas/ Variables	1	2	3	T	1	2	3	T
Sector 1:								
Aduana, entre Perimetral y Carranza					2	2	1	5
0,15 1,85							1	0,7
Carranza, entre Aduana y Boulevard A. López Mateos					2	2	1	5
0,15 1,85							1	0,7
Sector 2								
Canal de la cortadura, entre Boulevard y Simón Bolívar					2	1	2	5
0,3 1,65							1	0,35
Sector 3:								
Canal de la cortadura, entre Simón Bolívar y Ignacio Zaragoza					1	3	1	4
0,15 1,7							0,5	1,05

Variables: 1) altura de edificación, 2) aspecto exterior de las viviendas; 3) uso industrial y servicios

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos se han agrupado en 3 intervalos: En primer lugar quedó el primer sector; En segundo lugar el tercer sector; En último lugar el segundo sector

Conclusiones

El trabajo de investigación intentó mostrar algunas variables y relaciones que deben considerarse al analizar lugares vulnerables y de riesgo próximos a viviendas, más aun si se está considerando rescatarlos de una manera sustentable. El estudio de este caso en particular permitió poner en evidencia la situación actual del sitio no solo ambiental, sino también social y económico, el aporte de cada uno de los actores involucrados fue clave; lo cual abre una puerta para profundizar el estudio en este sentido, con el objetivo de reducir la vulnerabilidad a los riesgos de la vivienda. Este trabajo es solo un punto de partida y abra que realizar otros estudios en otros sitios, para poder generar instrumentos eficaces que ayuden en la gestión urbana, respecto a realidades sociales.

Los resultados obtenidos demuestran la importancia del diseño de los espacios urbanos para lograr condiciones ambientales más confortables, menos vulnerables y amigables al usuario de ciudad de Tampico, con menor impacto ecológico, aporte importante del campo profesional al confort y sustentabilidad urbana. Esto nos da pautas para poder identificar posibles estrategias como: aumento de la vegetación en zonas urbanas, reducción de las grandes superficies de asfalto dedicados al estacionamiento de vehículos; mejoramiento del diseño de los edificios, teniendo muy en cuenta una protección solar eficaz para propiciar las condiciones de circulación peatonal y dar seguridad, entre otros.

Propuestas sobre las vulnerabilidades encontradas

En el aspecto social y económico

Basados en los resultados de la investigación desarrollada y una vez analizado y discutidos, resalta el hecho que se requiere no solamente una propuesta de diseño, o la ejecución de la misma para renovar el sitio, sino que además se requieren acciones de otra índole que logren activar la economía de la población por ejemplo a través de incentivos fiscales o de financiamiento para la apertura de negocios de índole turística, es pertinente también establecer un sistema para garantizar la seguridad de los paseantes por el sitio así como apoyar la rehabilitación, reconstrucción o demolición de algunos edificios que han cumplido con un ciclo de vida o que requieren un remozamiento integral.

En el aspecto de confort

De acuerdo a los resultados, es importante dar un seguimiento a los efectos de los cambios generados en la morfología urbana, demostrando la importancia del diseño de los espacios urbanos para lograr condiciones ambientales más confortables y amigables al usuario, por lo cual lleva a afirmar que esta problemática es un fenómeno que debe ser estudiado más ampliamente para encontrar una solución efectiva que derive medidas estratégicas con menor impacto ecológico, se modifique el paisaje natural y sobre todo se cuente con la participación ciudadana y empresarial, sin estas actuaciones, el deterioro ambiental terminará por afectar globalmente al planeta.

En el aspecto ambiental

El problema más grave de las 3 contaminaciones estudiadas, es la calidad del agua del canal, obtenido por el laboratorio, ya que parece estar estancada por lo cual no ayuda a depurar el agua, y no se recomienda que se coloquen fuentes para generar el movimiento ya que el agua está tan contaminada que si tenemos contacto con ella podría generar infecciones, lo malo es que inclusive se han encontrado personas pescando en el lugar y la venden, por lo cual se requiere no solo desazolvar el canal sino que también se le realice un tratamiento al agua, antes de hacer el espacio turístico ya que de dejarse esto así, a la larga será un foco de infección para la población y los turistas.

En el aspecto de la basura, recomendamos generar una cultura de no desperdicio orgánico, empleando estrategias como composta en casa (o bien en puntos verdes contar con el dispositivo) o de consumir solamente lo que se necesita para no desperdiciarla. El contar con puntos verdes intermedios, más cerca de las colonias para reciclar papel, plástico y aluminio, además de colección de contaminantes en dispositivos especiales

(baterías, celulares, aceite comestible, etc.). Esto reduciría en gran medida el impacto generado por el hombre en su entorno próximo.

Por último se debe indicar que la normativa urbana destaca, como materias fundamentales, la ordenación y regulación de los centros urbanos de población en sus rubros básicos, a saber: uso del suelo, medio ambiente, vivienda, obras públicas y servicios públicos. Descuellan, asimismo, entre los aspectos primordiales del derecho urbano son:

- La asignación de atribuciones al poder público para regular la sistematización y utilización del suelo;
- La regulación de la propiedad urbana conforme a las modalidades impuestas por el Estado;
- El establecimiento de los controles y de las sanciones que garanticen la prevención y el control de la contaminación de la atmósfera, del agua y del suelo;
- La instauración de controles y de sanciones que aseguren el uso del suelo urbano en los destinos predeterminados por el poder público;
- Y el control y la vigilancia de la ejecución de las obras públicas y de la prestación de los servicios públicos de la ciudad.

Referencias

- Borderías, M. & García, M. (1997). *Evaluación de la calidad de un medio urbano: la ciudad de Teruel*.
- CENAPRED-Instituto de Ingeniería de la UNAM. (2003). *Guía Metodológica para el análisis del peligro, vulnerabilidad, riesgo y pérdidas causadas por desastres naturales o antropogénico y su reducción y prevención*. (Documento preliminar)
- Gauto, G. (2007). Resiliencia para reducir la vulnerabilidad a los riesgos de la vivienda pobre urbana. *Cuadernos Geográficos*, 46 (2010); 233-255
- Imbach, P. (2008) Vulnerabilidad de los servicios ecosistémicos hidrológicos al cambio climático en Mesoamérica, del Capítulo II. *Serie técnica. Manual N° 99*. CATIE
- López, L.P. & Monterrubio, A. (s/f) *Vulnerabilidad, vivienda y ordenamiento territorial en la ciudad de México. La información se basa en el proyecto de investigación "Planeación urbana y producción del espacio habitable en la centralidad"*, producto de la cooperación entre la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco (UAM-A); con la Oficina de la Coordinación Regional (JACS CCA) del Centro Nacional de Competencia en Investigación Norte-Sur (NCCR-NS): Asociaciones de Investigación para la Mitigación de Síndromes del Cambio Global, cofinanciado por la Fundación Nacional Suiza para la Ciencia (SNSF) y la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE).
- López Rangel, Rafael & Segre Roberto. (1986). *Tendencias arquitectónicas y caos urbano en Latinoamérica*. México, Editorial G. Gili. Pág. 25 a 40
- Magaña, V. & García, C. (s/f). *Vulnerabilidad y adaptación Regional ante el cambio y sus impactos ambiental, social y económico*. Estudio realizado para el Instituto Nacional de Ecología por investigadores del Centro de Ciencias de la Atmósfera de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Neyra, F. & Tejada M. (2010). *Disminución de las condiciones de vulnerabilidad, frente al cambio climático, en vivienda, urbanismo y saneamiento*. Fortaleza-Ceará Brasil.
- Parrondo Gayo, Jorge Luis. (2006). *Acústica ambiental*. 1ª. Edición. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

- Rojas, M. (2004). La vulnerabilidad y el riesgo de la vivienda para la salud humana desde una perspectiva holística: una revisión necesaria para la gestión de la vivienda saludable. *Cuaderno urbano* N°4, pp145-174, Resistencia Argentina
- Rossi, Aldo. (1982). *La arquitectura de la ciudad*. 6° Edición. España, Editorial Gustavo Gili. Pag 240 a 268.
- Serra, Rafael & Coch, Helena. (2001). *Arquitectura y energía natural*. Barcelona, Edicions UPC.
- Serra, Rafael. (2004). *Arquitectura y clima*. 4ª tirada, Barcelona, editorial Gustavo Gili, SA.

Documentos

- Guía Básica para la elaboración de Atlas Estatales y Municipales de Peligros y Riesgos. (2006) Serie: Atlas Nacional de Riesgos. Primera edición, México; CENAPRED.
- Plan Parcial del Desarrollo Urbano para el Canal de la Cortadura Tampico, Tamaulipas. (2002-2004). Tampico: Gobierno estatal y municipal de Tampico, Tamaulipas
- Plan Parcial del Ordenamiento y Desarrollo Urbano del Centro Histórico de Tampico, Tamaulipas. (2008). Tampico: Gobierno del estado de Tamaulipas, Secretaria de obras públicas y desarrollo urbano, ITAVU, IMPEPLAN, R. Ayuntamiento de Tamaulipas y consultor EURA, S.A
- Fernández, J. Derecho urbano en México Administración Federal. Biblioteca Jurídica Virtual, de acceso libre. <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/79/art/art2.htm>. Leída en el 2011
- Niveles de Ruido Protocolo. Laboratorio de condiciones de trabajo. (2007). Facultad de Ingeniería Industrial. Laboratorio de producción. Escuela Colombiana de Ingeniería.
- HIGUERAS Esther. Biblioteca CF+S, Ciudades para un futuro más sostenible, "Criterios de optimación medioambiental", Fecha de referencia: 22-07-1998, http://habitat.aq.upm.es/ub/a003_4.html
- Repercusiones ambientales, acceso libre, <http://club.telepolis.com/geografo/urbana/ambiente.htm>

Agradecimientos

Este fue el resultado de un proyecto financiado por la Universidad Autónoma de Tamaulipas del departamento de posgrado, Clave del proyecto: UAT10-ARQ-0120, Proyecto: RENOVACIÓN DE LA VOCACIÓN TURÍSTICA- SUSTENTABLE DEL CANAL DE LA CORTADURA EN LA CIUDAD DE TAMPICO, TAMAULIPAS, del 201

Colaboradores.

Arq. Blanca Marín Gamundi, alumnos: Alejandra Mellado, Itzel Nashiely Can Robledo, Arely Marlen Durán Villegas, Alejandra Ortiz Rocha, Miguel Hernández Rocha y Germán Augusto Monterrubio Vázquez; apoyo externo: Arq. Salvador Cano de Obras Públicas en el Municipio de Tampico, Arq. Miyuki Berman Aguilar y el Arq. Juan Carlos Martínez Rivas encargados del proyecto del Canal de la Cortadura; L.D.G. Carlos Sosa, Arq. Hiram Céspedes, Frank Pulido Criollo y el Arq. Camacho.

El Síndrome de Alienación Parental (SAP) presente en familias que no han pasado por un divorcio

*Alejandra Navarro González³²
Jesús Acevedo Alemán³³*

Resumen

El presente texto tiene por objetivo analizar los factores que generan el Síndrome de Alienación Parental (SAP) y los efectos que tiene en familias en situación de disputa familiar en 100 casos con la presencia de niños de 6 a 12 años de edad de la Col. González de Saltillo, Coahuila. Se plantea la problematización del SAP, es decir él porque es un problema, señalando algunas cuestiones teóricas importantes que lo refieren como problema, dichas cuestiones teóricas se derivan de las variables como Maltrato Infantil, Síndrome de Alienación Parental y Disputas familiares donde en esta última variable se alude como un tipo de disputa el divorcio, así mismo se incorporan algunas cuestiones de lo que puede hacer el Trabajo Social en este problema.

El estudio se basa en la Teoría EL niño alienado: Una reformulación del Síndrome de Alienación Parental por Kelly y Johnston (2001), ya que la misma aborda de manera completa el fenómeno y propone centrarse en el niño alienado y no en la alienación parental. De acuerdo a esta teoría el estudio se basa en sus distintas variables las cuales son: Conflicto marital intenso o disputa familiar, Separación humillante, Problemas a causa de la familia extensa, Personalidad de cada padre, Etapa de desarrollo y vulnerabilidad en el niño y otras que se agregaron como Datos generales del entrevistado, Ficha descriptiva de la familia y Relaciones familiares.

Problematización

El Síndrome de Alienación Parental (SAP), es un tipo de maltrato infantil que se presenta según Gardner (1999b, s/p) en los casos de divorcio conflictivo donde uno de los progenitores (el padre alienador) induce un programa de denigración contra el otro progenitor (el padre alienado), para que el menor rechace a este último, la aparición del SAP por el hecho de que a las madres ya no se les concede automáticamente la custodia de los hijos y por temor a la pérdida de su hijo, participan conscientemente e inconscientemente en actividades y comportamientos que generan el SAP; y precisamente en la actualidad se presentan cifras elevadas de divorcio entre las parejas porque durante el 2008, se registraron 589 mil 352 matrimonios en el país y 81 mil 851 divorcios, es decir que por cada 100 enlaces registrados hubieron 13.9% divorcios. Así mismo, en el lapso de 2000 y 2008, los matrimonios se han reducido en 16.7%, mientras que los divorcios se han incrementado en 1.7% veces (La Economía, 2011, s/p). Por su parte la Revista Visión Saltillo (2012, s/p) señala que en Saltillo más de 2 mil divorcios ocurrieron en el término del año 2012.

Según Escudero (2008, citado por Acevedo, 2013: 28) destaca que otros problemas derivados del SAP son que el tribunal podría tener que amenazar con

³² Licenciada en Trabajo Social, UAdeC

³³ Profesor Facultad de Trabajo Social, UAdeC

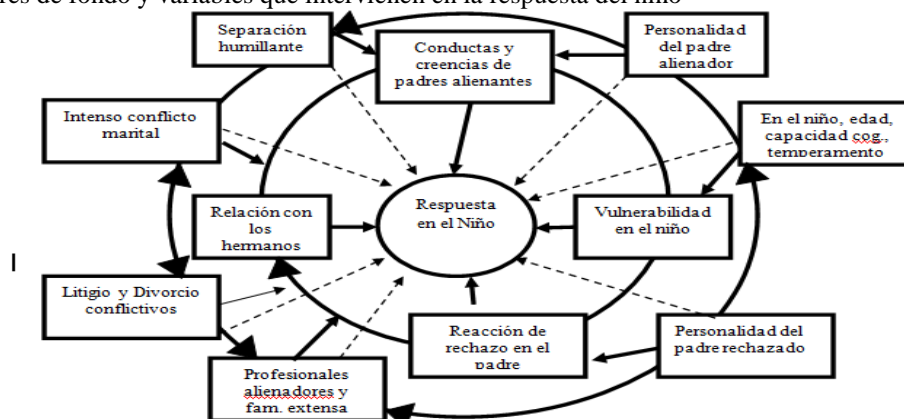
sanciones (como las multas o la pérdida permanente de la custodia) y aún la cárcel si la madre no accede, señala que además existen cinco componentes que polemizan el SAP, como lo son: el desarrollo de nuevas Leyes, la confusión terminológica, el escaso número de artículos en publicaciones científicas, la ausencia en las clasificaciones de trastornos mentales y la complejidad del propio enunciado.

Además se considera que en Saltillo, Coahuila no hay suficiente información sobre dicha problemática, además que este tipo de maltrato no es un tema muy reconocido por algunas de las organizaciones mundiales o nacionales. Porque según Nischalke (2009: 1) durante años ha habido un debate sobre la Alienación Parental vs Síndrome de Alienación Parental. Es por esto que por primera vez, más de 60 profesionales de salud mental, abogados y otras personas de 11 países se han unido para presentar una propuesta formal para incluir la Alienación Parental en la próxima edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* y la *Federación Clasificación de Enfermedades*. Así mismo la Psicóloga Valencia (2011, s/p) señala que el término de este síndrome no es aceptado por la Organización Mundial de la Salud, ni por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Por otra parte Gardner (2000, s/p) describió al SAP como la campaña de denigración sin justificación contra un padre, que resulta de la combinación de factores como la programación o lavado de cerebro por uno de los padres y las propias contribuciones del niño para la meta del padre alienador, ya que este padre que casi siempre suele ser la madre hacía denuncias falsas de abuso sexual. Gardner se centra más en el progenitor alienador como agente etiológico en la alienación del niño. En cambio Kelly y Johnston (2001, s/p) plantean que el comportamiento de un padre alienador no es suficiente para que el niño llegue a ser alienado. Porque Gardner en su Teoría sobre el SAP, describe la hipótesis etiológica donde sólo describe que un padre es el alienante y el niño es receptivo, así que como no ha sido reconocido por la Asociación Americana de Psiquiatría, esta Teoría de Gardner se debe reformular, porque las denuncias de SAP se han convertido en una estrategia de moda legal en numerosos casos de divorcio donde los niños se resisten al contacto con un padre, sin tener en cuenta que hay más posibles razones de resistencia dentro de la relación de los niños con un padre o ambos padres.

Es por esto que Kelly y Johnston (2001, s/p) plantean que se debe reformular en una conceptualización más útil para dar las eficaces intervenciones legales y psicológicas para la familia. Esta reformulación propone centrarse en el niño alienado y no en la alienación parental. Es decir evaluar los múltiples factores e interrelaciones que podrían influir en la respuesta del niño antes, durante y después de la separación o el divorcio de una manera crítica (ver figura 1). Este sistema se compone de un conjunto de factores de fondo que afectan directa o indirectamente al niño, los cuales van desde una historia de conflicto marital intenso, una separación humillante entre los padres, personalidad de cada padre, la edad del niño, su capacidad cognitiva y temperamento del mismo, creencias y comportamientos de los padres, relaciones entre hermanos, contribuciones de la familia extensa y las vulnerabilidades del niño dentro de la dinámica familiar. A medida que el niño se ve afectado por estos antecedentes y variables que intervienen, las respuestas del niño afectan a muchas de estas variables en bucle de retroalimentación sistémica, que pueden consolidar en un posterior litigio de divorcio conflictivo y para rematar mal alimentado de profesionales igualmente por la familia extensa, generando o intensificando el SAP.

Figura 1. Factores de fondo y variables que intervienen en la respuesta del niño



Fuente: Kelly & Johnston (2001, s/p)

Incluso los mismos autores anteriormente mencionados señalan que cuando un niño no está alienado, es decir, él o ella no cumple con todos los criterios para la definición de un niño alienado, el número de estos factores críticos durante la separación y divorcio puede colocar al niño en riesgo de alienación en el futuro.

La separación o disputa familiar de la pareja supone cambios importantes en la vida del niño, lo que hace necesario reorganizar las relaciones entre los padres y los hijos. En esta reorganización puede producirse el SAP y tornarse como maltrato infantil por el gran daño que se le está produciendo al niño (Becerra, s/f: 2). Así mismo el Maltrato Infantil es una de las amenazas más graves hacia los niños y niñas por la condición de los mismos, sus circunstancias de vida, o simplemente porque suelen ser más débiles y vulnerables.

Por su parte Lamb y Kelly (2009, s/p) señalan que científicos sociales coinciden en que las relaciones entre padres e hijos juegan un papel crucial en la formación y desarrollo de los niños, el problema es que las características del desarrollo de estas relaciones no siempre es positivo y dichas relaciones pueden ser perjudiciales cuando ocurre una separación o ruptura ya que dichas relaciones se ven desfavorecidas.

Un motivo importante para la realización de esta investigación es que se alude a la posibilidad de que este síndrome se esté presentando no sólo en un proceso de divorcio conflictivo, sino que puede estar ocurriendo antes de dicho divorcio, ya sea en una situación de disputa familiar, y después del divorcio se siga presentando o se intensifique. Porque de acuerdo con esto Kelly y Johnston (2001, s/p) señalan que la conducta irreflexiva y enfrentada de ambos padres privan al niño de mantener una relación plena con un padre. Y según Becerra (s/f: p.4) plantea que hay hoy en día, situaciones en las que existen obstaculizaciones directas o indirectas por parte de uno de los progenitores a las relaciones de sus hijos e hijas con el otro progenitor, y esto desemboca el SAP definiendo a un niño alienado como aquel que expresa, libre y persistente, con irracionales sentimientos y creencias negativas (como la ira, el odio, el rechazo y/ o temor) hacia un padre, que son significativamente desproporcionadas en relación con la experiencia real del hijo con el padre. Desde este punto de vista, los comportamientos perniciosos de una “programación” por parte del padre ya no son el punto de partida. Más bien, el problema del niño alienado comienza con un enfoque principal en el niño, sus conductas observables, y las relaciones entre padres e hijos.

Y en tanto el SAP es un tipo de maltrato infantil que según la UNICEF (2012, s/p) plantea que la violencia destruye la autoestima y el buen desarrollo de los niños y niñas y puede imposibilitarles para vivir plenamente bien o ser unos buenos padres en el futuro. Por esto Oropeza (s/f:17) señala que es importante entender que el bienestar del niño es el fin que se debe perseguir. En sus manifestaciones más graves, el SAP es un fenómeno destructivo para los niños y las familias, pudiendo ser irreversible en sus efectos. Y según Gardner (2002, s/p) los efectos más graves son, la destrucción de los lazos afectivos entre el padre alienado y su hijo existiendo un vacío en la relación que puede durar años o incluso para siempre. Así mismo en base a esto se pueden generar trastornos psiquiátricos y problemas en la salud.

Es por esto que la presente investigación tiene por objetivo analizar los factores que generan SAP y los efectos que tiene en familias en situación de disputa familiar en 100 casos con la presencia de niños de 6 a 12 años de edad de la Col. González de Saltillo, Coahuila, para de forma específica identificar qué factores lo generan en los niños y sus progenitores, así también cómo les afecta y determinar de qué manera las disputas familiares contribuyen para que se produzca. Para que se tenga más información sobre dicho problema en la misma Ciudad y Estado para que sea mejor identificado y se contribuya a su solución.

Además se considera que el Trabajo Social tiene las herramientas necesarias para abordar esta problemática porque según Quintero (2009: 2) los Trabajadores Sociales son auxiliares de una pronta y eficaz justicia, ya que incorporan sus destrezas y habilidades, donde la profesión, se ha destacado con solvencia teórica y práctica, en los contextos de intervención con familia y sus miembros, como operador social en la rama judicial y afines, es un profesional responsable del dictamen en procesos vitales, que comprometen el proyecto vital de las personas, pues les corresponde aportar en el diagnóstico sobre alimentos, patria potestad, visitas, violencia familiar, maltrato infantil, entre otros. Además las alternativas para enfrentar los conflictos socio-familiares, ante todo la conciliación y la mediación, son propios del Trabajo Social y son ejercidos con fluidez en distintos ámbitos. De igual manera se reconoce el valor que tienen los Trabajadores Sociales como el profesional más indicado para estudiar y valorar el ambiente en que se encuentra inmerso el individuo y también sus proyecciones futuras y propuestas de mejora, lo cual puede ser utilizada en el ámbito judicial en caso necesario.

Por su parte Eroles, Faczzio y Scandizzo (2005: 107) plantean que entre las funciones de un Trabajador Social en un Juzgado de Familia, las más importantes son, aportar elementos al juez, contextualizando la demanda para que pueda conocer mejor qué le ocurre a la familia y pueda tomar resoluciones justas que resuelvan la problemática de sus miembros; hacer presente en la causa los sentimientos, necesidades y opiniones de aquellos miembros de la familia que no van al tribunal, pero están involucrados en el problema, así como los niños; ponderar con precisión y rapidez las situaciones de riesgo para que el tribunal tome las medidas urgentes; movilizar los recursos internos de la familia para que pueda volver a fluir la comunicación y se puedan establecer acuerdos y aceptar las decisiones del juez positivamente; ayudar a encontrar los recursos institucionales adecuados para atender la situación de cada familia, niño, etc., para lo cual debe tener un conocimiento actualizado de la existencia y eficacia de los programas existentes y de la forma de utilizarlos.

Por tanto según Sommer (2012, s/p) el desafío para los consejeros y trabajadores de servicios familiares es encontrar la manera de escatimar en los niños el dolor emocional y el estrés que se producen cuando se ven atrapados en el fuego cruzado de sus padres. Se trata de ayudar a los padres a entender el daño que está haciendo a sus hijos a través de sus acciones, lo que ayuda a encontrar paz y tranquilidad para llevar una vida independiente de los demás y ayudarles a desarrollar formas efectivas de copaternidad. Así mismo Teubal (2006: 164) señala que actualmente quienes trabajan con niños saben que hay muchas “fugas” del hogar, así como los intentos de suicidio, las adicciones tempranas, las distintas formas de maltrato infantil, es por esto que la realidad de la violencia familiar se impone de tal manera que obliga a buscar capacitación especializada y a veces radicalmente diferente para implementar estrategias y prácticas acordes a las nuevas problemáticas. En relación con la capacitación, no se trata solo de ampliar o mejorar el marco conceptual teórico, es necesario integrar o reemplazar viejas teorías por nuevas. Esto implica una revisión del sistema de creencias, de los propios mitos acerca de la familia. El mismo autor plantea que los Trabajadores Sociales son herramientas principales para detectar y abordar la temática.

Metodología

El tipo de investigación que se realizó para el estudio del SAP se llevó a cabo con el método cuantitativo, para explicar a través de la medición numérica y el análisis estadístico, ya que al estudiar la realidad fue objetiva y concebida como algo externo al investigador, asimismo la forma de recolectar los datos fue mediante la observación y mediación. Dicha investigación se basó en un diseño no experimental, en el que se observó la presencia del problema del SAP, sus causas, sus efectos, etc. para así posteriormente estudiarlos y analizarlos. Se efectuó un diseño transversal, ya que se obtuvieron datos de la actualidad acerca de esta problemática, para saber cuál es la incidencia de la misma y se analizó cómo afecta a los niños de 6 a 12 años inmersos en situación de disputa familiar, así como el analizar de forma clara y objetiva y en un momento determinado y único dicha problemática presente en Saltillo, Coahuila. De aquí se deriva un diseño descriptivo, ya que se conoció con qué frecuencia y de qué manera se manifiesta este problema en la actualidad, ya que solo se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, es decir no se construyó ninguna situación sino que se observaron situaciones ya existentes no provocadas intencionalmente por la investigadora.

El procedimiento se llevó a cabo por medio de un instrumento que fue dirigido a padres, este instrumento con ocho apartados (categorías) incluyendo: datos generales del entrevistado, datos de la familia del entrevistado, en relación a los problemas familiares, formas de solución a los problemas familiares, problemas a causa de la familia extensa, personalidad de cada padre, desarrollo y capacidad en los hijos, relaciones de familia y por último se incluyen las observaciones, dicho instrumento para la identificación del SAP en familias en situación de disputa familiar. Este instrumento fue basado en la Teoría de Kelly y Johnston (2001).

La población a la que se estudió y en la cual se generalizaron los resultados fueron padres de familia que tienen niños de 6 a 12 años de edad de la Col. González de la Ciudad de Saltillo, Coahuila. Para seleccionar la muestra se utilizó la técnica del

muestreo intencional, porque los elementos que la formaron fueron escogidos con cierta intención, de acuerdo a ciertas características previamente establecidas, ya que aquí se estudiaron 100 familias que se encuentran en situación de disputa familiar y donde existe la presencia de niños (as) de 6 a 12 años de edad, estas familias de la Col. González de Saltillo, Coahuila. El instrumento que fue basado en la Teoría de Kelly y Johnston (2001), dirigido a los padres, dicho instrumento de medición se basó en 8 categorías y 35 reactivos específicos y claros, los cuales tienen los elementos para analizar las categorías de estudio que son Diputa Familiar, Separación humillante entre los padres, Conflicto por familia extensa, Personalidad de padres, Relaciones de Familia, Etapa de desarrollo y capacidad cognitiva en el niño. La recolección de estos datos tuvo una duración de 10 a 12 minutos aprox.³⁴

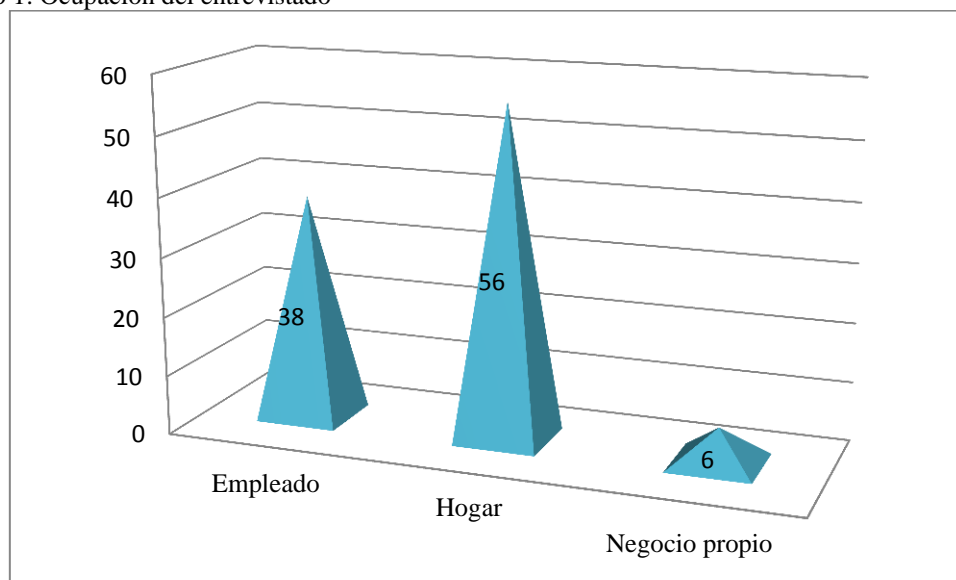
³⁴ El instrumento se dividió en ocho secciones las cuales son, Datos generales del entrevistado (padre o madre), que refiere la edad, escolaridad, sexo, ocupación y religión; Ficha descriptiva de la familia, donde aborda los datos de los integrantes como, parentesco con el entrevistado, edad, sexo, escolaridad, ocupación y religión, también señala los años de casados o de vivir juntos y el tipo de familia; otra sección es en Relación a los problemas familiares o de pareja, aquí se refiere a los problemas que se ha enfrentado con la pareja, discusiones frente a los hijos, frecuencia de los problemas, etc.; Formas de solución a los problemas familiares o de pareja, donde formas de solucionar problemas, posible separación temporal, etc.; otra sección es la de Problemas a causa de la familia extensa, que refiere a la intervención de la familia por parte de la pareja; otro apartado es la Personalidad de cada padre, que aborda las formas de castigo en los hijos, culpabilidad hacia la pareja por el comportamiento de los hijos, asistencia a las actividades de los hijos, etc.; también se presenta el apartado de Desarrollo y Capacidad en los hijos, donde se aborda la consideración de las capacidades de los hijos en cuanto a los problemas; la sección de Relaciones de Familia, que refiere al apego de los hijos por un padre, así como la identificación con el mismo y por último se incluyen las observaciones generales. Por cuestión de estrategia el instrumento se tuvo que matizar, es decir en el señalamiento de lo que se trata, porque el tema es el de recolectar datos con familias en situación de disputa o conflicto familiar, pero se usó la forma de recolectar datos de Dinámica familiar y en pareja para que las personas entrevistadas no lo interpretarán con un sentido negativo por las palabras fuertes como disputa y conflicto ya que tal vez no proporcionarían los datos que se requerían y se sintieran incómodos para expresarse. El instrumento refiere los datos generales del entrevistado por cuestión de presentación y porque son importantes para la investigación ya que la edad de los padres, así como su escolaridad, ocupación y religión son datos relevantes para señalar las características de los padres, que conlleven a una alienación. Se consideró importante abordar una ficha descriptiva de la familia, donde se señalan todos los integrantes de la familia, es decir todos los que viven en el mismo domicilio, el parentesco de cada uno con el entrevistado, el sexo, la escolaridad, ocupación y religión, así también los años de casados o de vivir juntos en cuanto a la pareja y se señala el tipo de familia que son como, nuclear, extensa, etc., porque así se obtendría un conocimiento más amplio de la composición familiar. Así mismo por cuestiones de estrategia, la variable de conflicto marital se abordó como la variable en relación a los problemas familiares o de pareja, para darle un enfoque más aligerado, igualmente la variable de separación humillante se matizó por la variable de formas de solución a los problemas familiares, donde en ésta se abordó si el entrevistado considera que el divorcio es una forma de solución, esto para referir si se ha pensado en el mismo porque es un tema crucial en cuanto al SAP. En la variable de los problemas a causa de la familia extensa, no se tomaron en cuenta las contribuciones de los profesionales alienadores como dice en la Teoría de Kelly y Johnston (2001) porque el estudio no se enfoca en parejas divorciadas o en proceso de divorcio y éstos profesionales según la misma Teoría actúan solo en dicho proceso. Las variables de personalidad del posible padre alienador y el posible padre rechazado, se engloban en una misma variable llamada personalidad de cada padre, y aquí se desprenden las conductas, comportamientos y la reacción de rechazo en el padre, esta última significando como reacción de rechazo por la pasividad del padre en las actividades escolares, deportivas, etc. del niño, lo pueden llevar al mismo a posteriormente rechazar él a su padre. En el instrumento se planteó la variable desarrollo y capacidad en los hijos, llamándola de esta manera porque así se engloban las demás variables que según la Teoría de Kelly y Johnston (2001) se desprenden de una misma, ya que estas variables son, vulnerabilidad del niño, capacidad cognitiva, temperamento y la de edad se aborda en la sección de la ficha descriptiva de la familia ya antes mencionada. Y por último en el instrumento se abordó la variable relaciones de familia porque en dicha Teoría se señalan las relaciones de hermanos, y se consideró importante señalar las relaciones del niño con sus padres, así como el apego por uno de los dos y la identificación con éstos, porque esto es de suma

Hallazgos

En la categoría que son los datos generales del entrevistado, en resumen, la edad con mayor presencia de los padres y madres de familia entrevistados se centró entre los 34 y 38 años con un 28%, asimismo la mayor participación fue de las mujeres con un 81%, la principal escolaridad fue la secundaria con 41%, el 56% se dedican al hogar y el 76% de los entrevistados profesan la religión católica (ver gráfico 1).

En relación con lo anterior, en un estudio elaborado por expertos de los juzgados de familia de Cataluña acerca del Síndrome de Alienación Parental y su incidencia en procesos de separación y divorcio dio a conocer que el 73% de los progenitores alienados son padres de entre 36 y 45 años y en las madres de entre 35 y 45 años. Así mismo ya que por tradición legal y cultural la custodia de los hijos se otorga mayoritariamente a las madres. El perfil de quien provoca la alienación, corresponde a mujeres que obstaculizan la relación paterno-filial usando para ello “estrategias de alarma social” con implicaciones legales (Aguilar, 2008: 1).

Gráfico 1. Ocupación del entrevistado



Fuente: Elaboración propia

La religión es muy importante e influye demasiado en las personas y en las familias ya que podría contribuir a la alienación de un niño hacia la condena de un padre que busca el divorcio o la separación por su “comportamiento inmoral” según sean sus creencias o prácticas religiosas (Kelly & Johnston, 2001).

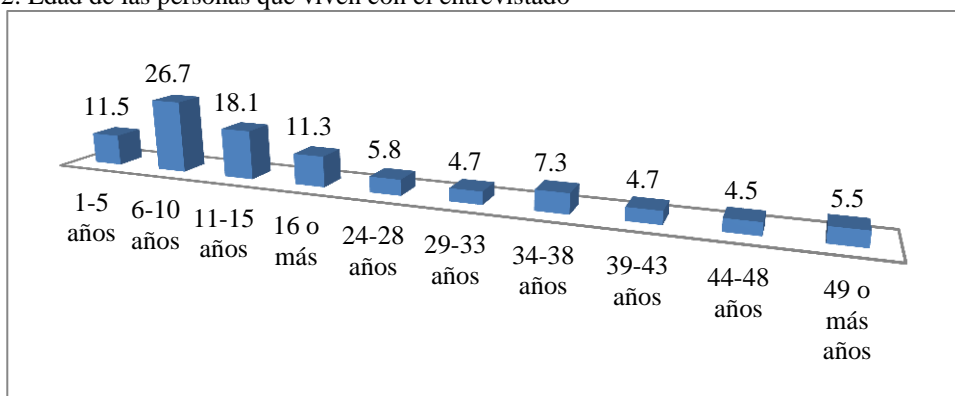
relevancia para el desarrollo del SAP. En cuanto a la variable de Litigio de Divorcio conflictivo, se optó por quitarla del instrumento porque solo se investigó con familias en situación de disputa familiar con la presencia de niños de 6 a 12 años, no con familias en litigio o divorciados como se menciona anteriormente. Como se señala anteriormente, en el modelo se manejan todos los posibles factores pero en la redacción de la teoría ya unos se desprenden de otros, es por esto que en ésta investigación se optó por definir claramente las categorías ya englobando las que se desprenden para que el instrumento no estuviera muy pesado con muchas secciones. El instrumento fue dirigido solo a uno de los progenitores ya sea padre o madre, porque se consideró que la pareja en población abierta es difícil encontrarla reunida. La información recolectada mediante los instrumentos fue procesada en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows versión 20 y posteriormente analizada mediante la interpretación de la alumna basándose en la teoría, asimismo se comparó, se dedujo, se identificó y se llegó a las conclusiones también de acuerdo a la teoría y se sugirieron algunas cuestiones.

Ficha descriptiva de la familia

En la ficha descriptiva de la familia, representado por datos generales de las familias de la colonia González, el parentesco con el entrevistado que más destaca es el de los hijos con un 67.3%, la edad con mayor presencia en estas familias es la de 6-10 años 26.7% (ver gráfico 2), asimismo en la familias hay casi la misma cantidad de hombres y mujeres pero son un poco más los hombres con un 59.7%, la principal escolaridad es la primaria con 41.6%, la ocupación que más destacó es la de ser estudiante 52.6%, la religión que más profesan es la católica con 78.5%, en estas familias las parejas tienen por lo general 16 y 17 años de casados o de vivir juntos con un 8% y el 80% de las familias nucleares.

De acuerdo con lo anterior Bautista y Castelblanco (2007:67) sustentan que respecto de procesos psicológicos tales como la percepción, la motivación, las emociones, los sentimientos, las pasiones, el modo de referenciar la realidad desde una estructura cognitiva, describen cómo múltiples factores influyen en las emociones, en las ilusiones, en el proyecto de vida mismo y cómo se ven afectados tales procesos por efecto del SAP. Así mismo los procesos psicológicos varían de persona a persona. Son muchos los factores que intervienen, la edad, el núcleo familiar, las creencias, la cultura, el nivel educativo, además de los factores genéticos y congénitos de cada persona. Es así como estos efectos varían en los hijos que se enfrentan a una problemática similar del SAP.

Gráfico 2. Edad de las personas que viven con el entrevistado



Fuente: Elaboración propia

Así mismo lo más relevante es que hay un gran número de niños en edad escolar, así mismo Según Kelly y Johnston (2001) señalan que en general, el rango de edad más común del niño alienado es de 9 a 15, aunque algunos adolescentes mayores y adultos jóvenes también pueden alienarse. Los mismos autores señalan que muy a menudo, las alianzas surgen mayormente en niños en edad escolar.

En lo que se refiere a niños afectados, el síndrome suele estar presente preferentemente en menores de entre 10 y 12 años, es decir, en la etapa de mayor capacidad de pensamiento independiente y presencia de emociones polarizadas e intensas (Aguilar, 2008: 1).

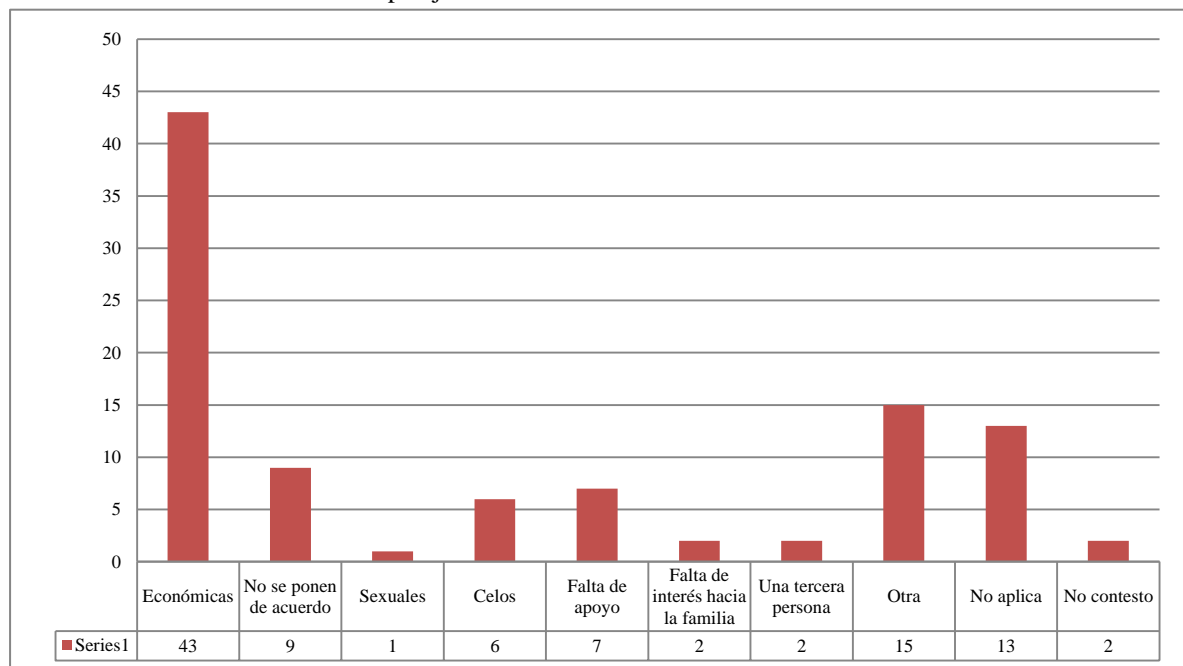
Conflicto marital intenso o Disputa familiar

El conflicto marital intenso alude a que antes de una separación, algunos padres han utilizado a sus hijos en la expresión de la disputa familiar. Normalmente, los niños en edad escolar están invitados a tomar partido en conflictos intensos, ser un mensajero del conflicto, rescatar a un padre, y excluir o ser punitivo hacia los padres (Kelly & Johnston, 2001).

Cuando la familia atraviesa un conflicto se encuentra sin dirección, está en un momento de desarmonía, desequilibrio, aparecen problemas que no fueron resueltos cuando aparecieron y que quedaron enterrados. El conflicto aparece cuando una situación de tensión presiona a la familia. Requiere ciertos cambios que no se pueden producir por una inflexibilidad o rigidez en ésta, o bien porque supera sus recursos. Las reglas y los roles de la familia se hacen confusos. Los valores y objetivos pierden importancia. Se ceden las expectativas y las prohibiciones. Una crisis lleva a semejante estado y es necesario un cambio decisivo. Cada cambio sería importante, no todos los conflictos dan lugar a que éste se produzca. Esto dependerá de la familia. Siempre que se puede lograr y se hace en momentos de crisis (Elzufan, 1989).

Los problemas más comunes que enfrentan las familias o parejas de acuerdo a esta investigación son los económicos con un 43%, los que le siguen con un alto porcentaje son otras razones con un 15% y los que menos se presentan son los problemas sexuales, ya que los datos solo arrojan el 1% (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Problemas familiares o de pareja

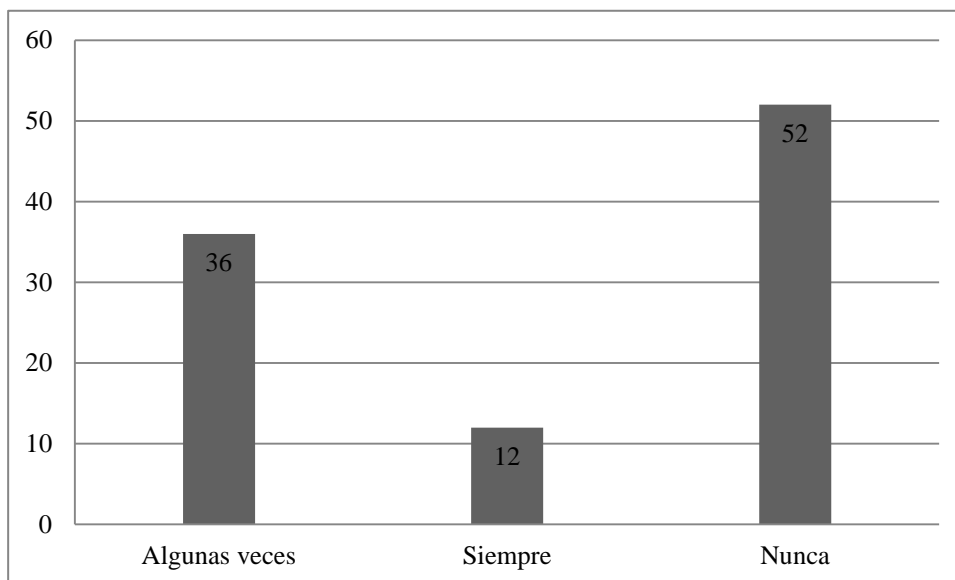


Fuente: Elaboración propia

En el análisis se observa que un gran número de parejas en la colonia González discute frente a sus hijos ya que el 36% señala discutir algunas veces, pero más preocupante está la situación en las parejas que discuten siempre, que aunque es el 12% de las familias (ver gráfico 4) se observa que sí hay familias muy conflictivas y esto no es bueno para los niños porque según la OMS el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los

tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.

Gráfico 4. Discusiones frente a los hijos

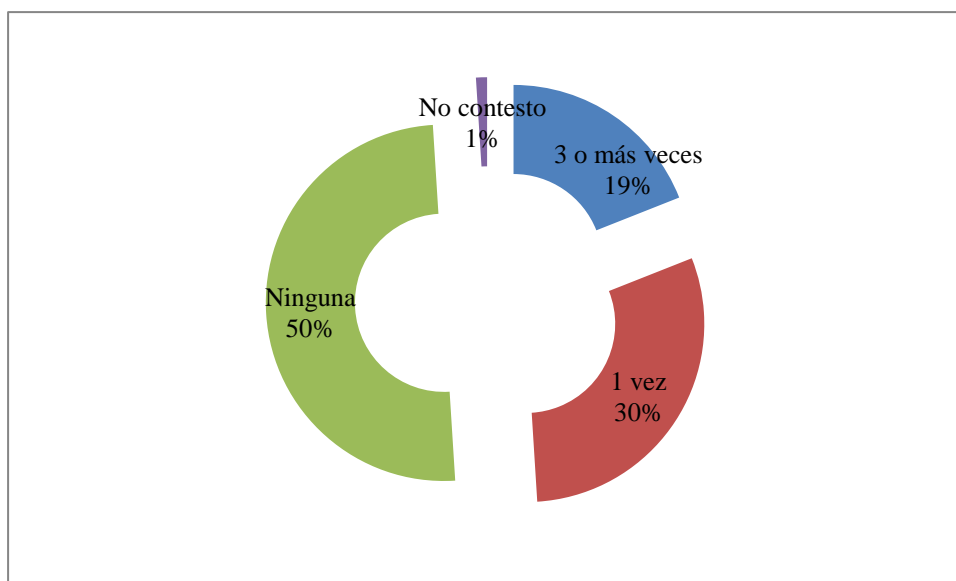


Fuente: Elaboración propia

Así mismo Kelly y Johnston (2001) plantean que un factor importante es que los niños que percibieron violencia familiar antes de la separación de sus padres o ser testigo de disputas familiares entre sus padres que desde la perspectiva de un adulto pudieron haber sido no muy graves, a consecuencia de esto puede intensificarse el trauma del niño y contribuir a la alienación.

En el estudio un 50% de las personas entrevistadas señalan que no tienen problemas con su pareja a la semana, pero un 30% señalan que solo una vez a la semana tienen problemas y más preocupante está la situación en las que contestaron que 3 o más veces a la semana con un 19% (ver gráfico 5), porque estas últimas están enfrentando problemas casi de diario y probablemente están afectando a los hijos, se está propiciando un ambiente destructivo en la dinámica familiar y están afectando a terceras personas que pueden ser los hijos.

Gráfico 5. Problemas con la pareja a la semana



Fuente: Elaboración propia

Bermúdez (s/f: 7) señala que el origen del SAP se produce a consecuencia del rompimiento de la relación cordial y amable entre los progenitores y se incrementa cuando se plantea en vía jurisdiccional la definición de la custodia y tenencia del menor; en los niños se produce una “concientización” de las cualidades positivas del progenitor con quien tiene una relación directa, generalmente en su domicilio, en oposición a la percepción de los defectos personales del progenitor con quien el menor no tiene convivencia familiar.

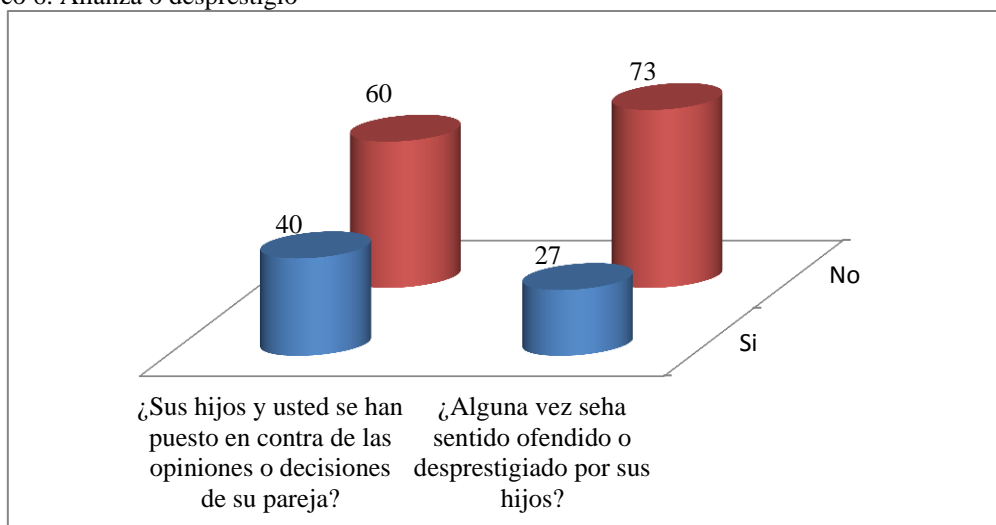
Los problemas familiares desembocan el maltrato infantil ya que Sanmartín (2005) señala que uno de los principales factores son las interacciones conyugales porque puede existir continuo conflicto entre los padres y desembocan el maltrato infantil, así como problemas económicos, separaciones, etc.

En si Quintero (2009: .2) plantea que las alternativas para enfrentar los conflictos socio-familiares, ante todo la conciliación y la mediación, son propios del Trabajo Social. De igual manera se reconoce el valor que tienen los Trabajadores Sociales como el profesional más indicado para estudiar y valorar el ambiente en que se encuentra inmerso el individuo y también sus proyecciones futuras y propuestas de mejora, lo cual puede ser utilizada en el ámbito judicial en caso necesario. De acuerdo con esto Sommer (2012) plantea que el Trabajo Social tiene mucho que hacer en este problema porque el desafío para los consejeros y trabajadores de servicios familiares es encontrar la manera de escatimar en los niños el dolor emocional y el estrés que se producen cuando se ven atrapados en el fuego cruzado de sus padres. Se trata de ayudar a los padres a entender el daño que está haciendo a sus hijos a través de sus acciones, lo que ayuda a encontrar paz y tranquilidad para llevar una vida independiente de los demás y ayudarles a desarrollar formas efectivas de co-paternidad.

Se destaca que un 40% de los padres o madres de familia se han puesto en contra de un padre junto con alguno o todos sus hijos, esto es grave porque quiere decir que sí ha existido alianza entre padres e hijos (ver gráfico 6). De acuerdo con esto Kelly (2001,

s/p) plantea que el SAP es el proceso en el cual la conducta irreflexiva y enfrentada de los padres privan al niño de mantener una relación plena con un padre.

Gráfico 6. Alianza o desprestigio



Por otra parte el 27% de los padres o madres de familia se han sentido ofendidos o desprestigiados por sus hijos, aquí tal vez también exista el mismo problema porque probablemente no hay buena relación con sus hijos. Los niños aliados son niños que han desarrollado una alianza con uno de los padres, se trata de niños que demuestran o expresan una constante preferencia por uno de los padres durante el matrimonio o la separación y a menudo quieren un contacto limitado con el padre no preferido después de la separación. A diferencia del niño alienado, los niños aliados con uno de los padres generalmente no rechazan completamente al otro padre o tratan de interrumpir todo contacto. Más a menudo, expresan cierta ambivalencia hacia la madre, como la ira, la tristeza y el amor, así como la resistencia de contacto.

Estas alianzas entre padres e hijos pudieran derivarse de conflicto marital intenso y viciadas dinámicas conyugales en las que los niños se animaron a tomar partido o llevar hostil mensajes, pero esto podría intensificar la separación siguiente (Kelly & Johnston, 2001). Por su parte Sommer (2012) plantea que los niños a pesar de que no tienen poder para poner fin a la lucha entre sus padres, llegan a creer que si se ponen en contra de uno y a favor del otro, la infelicidad que experimentan de manera constante va a terminar.

Separación

Formas de solución a los problemas familiares o de pareja

El 70% de los padres y madres de la colonia González señalan que la forma con la que resuelven los problemas familiares o de pareja es hablando tranquilamente, en cambio el 12% señala que se va de su casa un rato para no discutir, le sigue el 10% que señalan que le dejan de hablar a su pareja y con un menor porcentaje que es el 8% señalan que pierden el control y recurren a los golpes y gritos.

Así mismo se observa que aunque exista un menor porcentaje en estos casos de pasividad y agresión pueden ser los factores para que se presente el SAP. Porque según

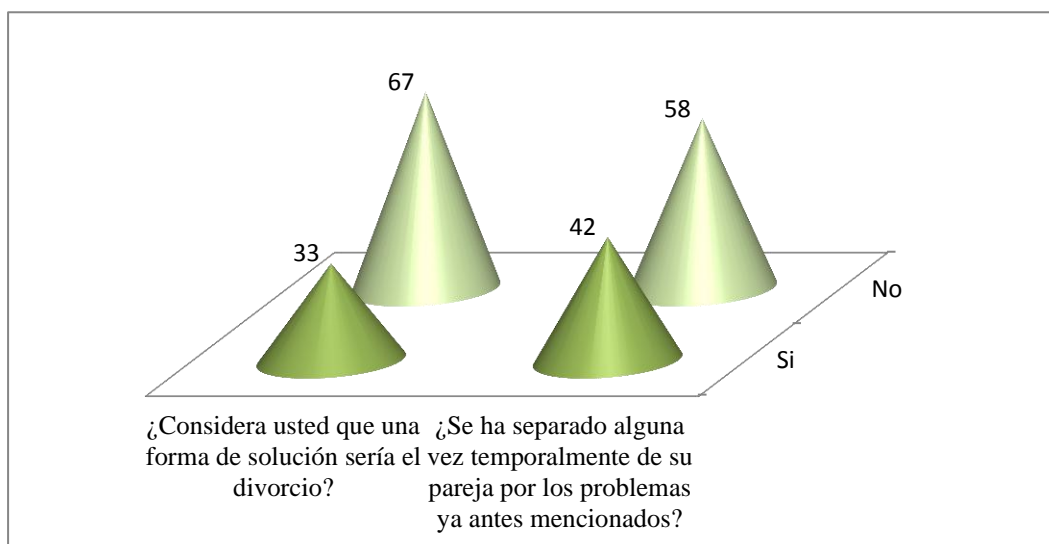
Kelly y Johnston (2011) señalan que hay padres que se retiran debido a la falta de recursos financieros o sentimientos de impotencia respecto a qué hacer para restaurar la relación padre-hijo. Pueden sentirse ofendidos por el rechazo del niño. A veces los padres rechazados han demostrado dureza y rigidez a su estilo de crianza pero aunque no llegan al maltrato o abuso.

Divorcio o separación como forma de solución

Los conflictos familiares suelen desencadenar la desvinculación de alguno de sus integrantes o una nueva manera de relacionarse, como cuando se plantea un divorcio, un régimen de tenencia, de visitas, de alimentos, una exclusión del hogar, etc. Estas desvinculaciones suelen ser dolorosas, para los hijos la ausencia de uno de sus progenitores del hogar, o la furia que puede desencadenar un divorcio, como también los quebrantos para la economía familiar. Por eso suelen existir serias dudas y temores en las personas que padecen estos conflictos, a la hora de intentar resolverlos (Ortemberg & Asociados, 2012).

En el estudio se alude a que el 42% de los padres o madres de familia consideran que una forma de solución sería un divorcio, esto quiere decir que posiblemente han enfrentado fuertes problemas para considerarlo así, en cambio el 58% señala que no le ve como forma de solución a los problemas (ver gráfico 7). Por otra parte el 33% de los entrevistados señalan que se han separado alguna vez temporalmente de su pareja por problemas familiares o de pareja y hasta probablemente los menores se dieron cuenta de dichos problemas por tal separación, esto quiere decir que existió la presencia de fuertes problemas en el hogar, aunque el 67% dijo nunca haberse separado de su pareja.

Gráfico 7. Divorcio o separación como forma de solución



Fuente: Elaboración propia

Es por esto que Kelly y Johnston (2001) señalan que si los niños se han dado cuenta de una separación o se les hace saber pueden reaccionar en contra del progenitor que la provoco, ya que el niño puede observar un conflicto de "lealtad" teniendo su propia percepción de los hechos expresando cosas como ("ya no me quieres, "no quieres jugar conmigo porque estás con tu novio", "no quieres ir donde la abuela porque vas a salir con tu novio"). Otro elemento importante común se produce cuando los niños

sienten que un padre los ha abandonado cuando éste padre sale de la residencia de la familia.

Es por esto que se recomienda primero una evaluación completa de todos los factores que contribuyen al rechazo del niño con un padre, esta evaluación sistémica que incluya a todos los miembros de la familia, antes de tomar alguna decisión importante, esto para evitar violaciones a los derechos civiles de los padres y del niño. Asimismo el objetivo del tratamiento debe centrarse en la salud psicológica del niño, para remediar las distorsiones en su percepción y su juicio sobre ambos padres. Esto implica promover en el niño los atributos positivos de los dos padres para que el niño esté libre de conflicto. Así que se debe hacer una intervención temprana y medidas preventivas en situaciones conflictivas antes de una separación o divorcio, antes de que la postura del niño y la dinámica familiar se conviertan en un litigio conflictivo y hasta en ese momento se quiera intervenir (Johnston , 2005).

Así mismo Lucio (2005) plantea que en México 30 de cada 100 parejas que contraen matrimonio se divorcian debido a la falta de tolerancia y de comunicación. Así alude a que en la actualidad la pareja vive condiciones muy diferentes a las de hace unos dos o tres lustros, con situaciones más difíciles; pero lo más grave es que en vez de buscar una solución, las personas se adaptan a lo que está ocurriendo. De acuerdo con las estadísticas más recientes, de las parejas que se casan, 30 % se divorcia en menos de cinco años. En tanto la Revista Visión Saltillo (2012) las estadísticas del Registro Civil en Coahuila comprueban que de cada 100 coahuilenses 17 deciden divorciarse.

Según De la Serra (2000), en la actualidad las separaciones parentales han crecido y las grandes víctimas de estas decisiones suelen ser los niños. Ya que se puede considerar la separación o divorcio parental como un acontecimiento traumático y estresante para los niños y que, dependiendo de la actitud que manifiesten los padres ante él, puede traer consecuencias de uno u otro tipo. Con ello se refiere al conflicto conyugal que suele estar presente en la gran mayoría de separaciones matrimoniales y que supone un factor de riesgo alto en el desarrollo de psicopatologías en la infancia.

Por su parte Kelly y Johnston (2001) señalan que algunas veces existe una separación humillante que es cuando uno de los padres siente humillación y rabia porque el otro de pronto se quiere separar por algún motivo como tener un amante, preferencias homosexuales, etc. y el niño ni lo nota, asimismo el padre rechazado por el otro progenitor se siente humillado y expresa con el niño dicho sentimiento en forma de venganza hacia el otro progenitor y es cuando el niño empieza a tener reacciones negativas con el mismo.

Problemas a causa de la familia extensa

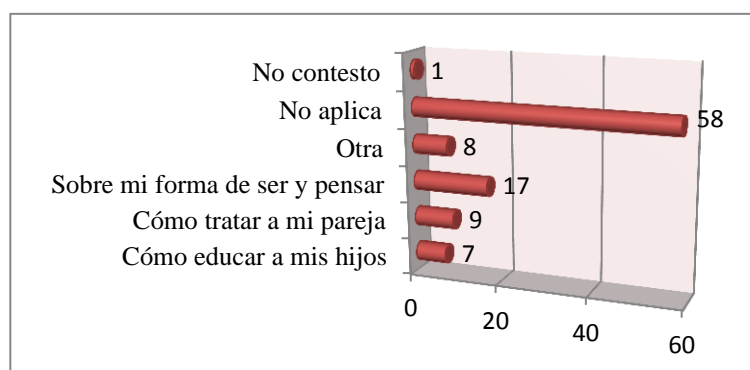
Se destaca en una mayor parte con 59% que los entrevistados no han tenido problemas con los familiares de su pareja, en cambio el 41% señalan que si han tenido problemas y este porcentaje se reparte en que la madre de su pareja es la que les ha causado dichos problemas con un 23%, después le sigue algún hermano con el 10%, también el padre con un 4% y con otro 4% dicen haber tenido problemas a causa de otro familiar.

Otros actores que aparecen en estas tramas familiares son los abuelos alienantes, que han sido también objeto de periciales, lo que demuestra que el SAP puede ser intergeneracional. Por supuesto también aparecen los abuelos alienados, que suelen estar afectados por la generalización del rechazo a sus hijos alienados (Oropeza, s/f: 10). Por su parte Kelly y Johnston (2001) señalan que la familia extensa podría contribuir a la alienación de un niño hacia la condena de un padre que busca el divorcio o la separación por su “comportamiento inmoral” según sean sus creencias o prácticas religiosas.

La OMS (2010), alude a que otros factores de riesgo para que se presente un maltrato infantil son los relacionales, ya que éstos están asociados con diversas características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas, los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia, la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia, el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos, la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.

Los entrevistados señalan que la intervención que hacen los familiares de su pareja y que les causa problemas en sus familias es con un mayor número sobre su forma de ser y pensar con un 17%, siguiéndole con un 9% sobre el trato a su pareja, con un 8% otra causa, con un 7% el cómo educar a los hijos, el 1% no contesto y con un 58% no hay causa porque ningún familiar interviene (ver gráfico 8).

Gráfico 8. Intervención del familiar de la pareja



Fuente: Elaboración propia

En la investigación señala que 36% de los hijos de los entrevistados visitan a la familia de su otro padre o madre 1 vez por semana, mientras el 30% los visitan 3 veces por semana, en cambio el 16% nunca los visitan, el 13% cada mes y el 5% cada 15 días. Esto destaca que los que los visitan muy retiradamente probablemente es porque alguno de sus padres o los dos han tenido problemas con dicha familia.

Personalidad de cada padre

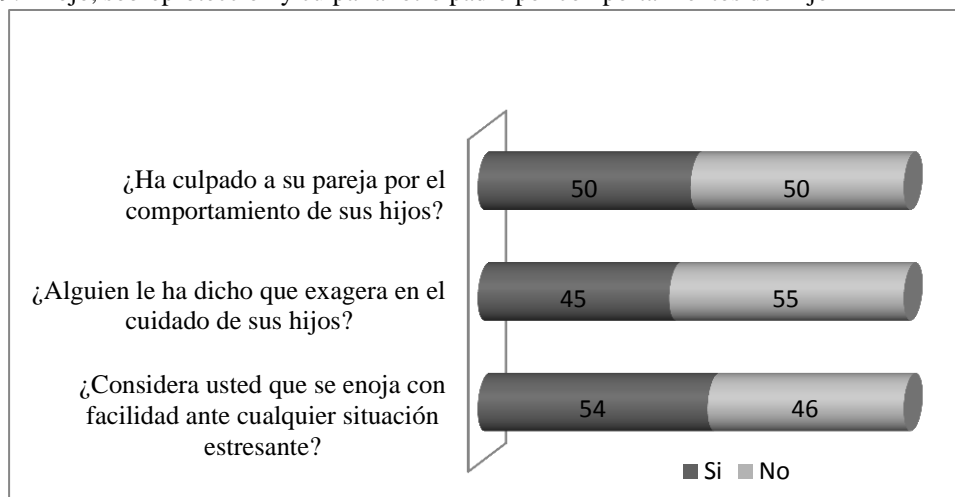
Los datos arrojados en esta investigación señalan que el 48% de los padres o madres les prohíben a los hijos hacer lo que les gusta como forma de llamarles la atención o castigarlos cuando éstos se portan mal, el 38% solo habla con los hijos, en cambio el 10% les grita y el 9% les pega. En tal sentido se observa que los últimos dos porcientos señalan que probablemente los padres han mostrado agresividad con los hijos. Un

indicador en el padre que pudiera ser rechazado en un caso de SAP según Kelly y Johnston (2001) es que a veces ha demostrado dureza y rigidez a su estilo de crianza aunque no llegan al maltrato o abuso.

En la presente investigación más de la mitad con un 54% de los padres o madres de familia entrevistados dicen enojares fácilmente ante cualquier situación estresante, por otra parte con un 45% exageran en el cuidado de sus hijos, es decir muestran sobreprotección y exactamente la mitad de los padres o madres señalan que han culpado a su pareja por el comportamiento de sus hijos (ver gráfico 9).

Algo similar a lo anterior es que el padre deficiente, abusivo o violento frecuentemente acusa al otro padre de alienar al niño en su contra (Kelly y Johnston, 2001). Asimismo se han detectado cuatro modalidades de agresión encubierta, típicas; ellas son: el abandono indolente, la sobreprotección, la falsa promesa y la confrontación ilusa (Bautista & Castelblanco, 2007: 67). Acevedo (2013:49) de acuerdo con Gardner (1999b), señalan que las madres alienadoras suelen ser sobre-protectoras.

Gráfico 9. Enojo, sobreprotección y culpar al otro padre por comportamientos del hijo

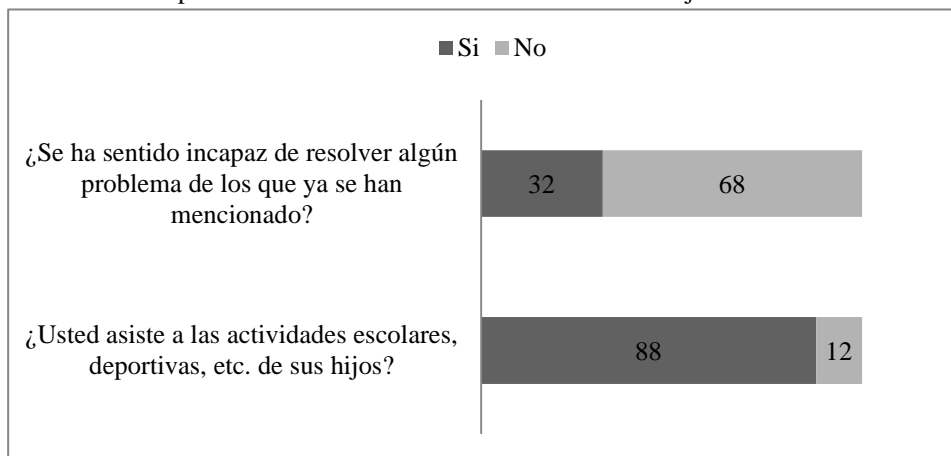


Fuente: Elaboración propia

Según la presente investigación un 88% de los padres o madres de familia señalan si asistir a todas las actividades escolares, deportivas etc. de sus hijos, mientras que un 12% dicen que no asisten, por otro lado el 68% dice haberse sentido incapaz de resolver algún problema familiar o de pareja, en cambio el 32% señala que no se siente incapaz (ver gráfico 10). Aquí hay una pasividad en los padres que contestaron que no asisten a dichas actividades y al sentirse incapaces de resolver situaciones conflicto. Que aunque en otros datos arrojados se señala que el no asistir a las actividades de los hijos se debe en un mayor número a motivos de trabajo con un 52%, o por enfermedad con un 41%, otro compromiso con un 6% y no contesto con 1%.

Por su parte Gardner (2002) señala que en su experiencia, el factor más común para que se genere y se eleve la campaña de denigración del SAP en el hijo, es la pasividad del padre alienado, porque éste puede tener miedo de proporcionar enfrentamientos o implementar medidas disciplinarias, por miedo a que esto se intensifique.

Gráfico 10. Pasividad en el padre o madre en cuanto a las actividades de hijos



Fuente: Elaboración propia

Algunos indicadores en el padre rechazado según Kelly y Johnston (2001), que dichos indicadores o comportamientos también pueden contribuir a que se produzca una alienación son, la pasividad y retiro en los conflictos, ya que prefieren retirarse de la batalla por el contacto con su hijo durante un período considerable, cesan los intentos de llamar o comunicarse con el niño, renuncian a los intentos de reconciliar una terapia en el niño, o han llegado a creer que el sistema legal es impotente para efectuar el cambio. Otros padres se retiran debido a la falta de recursos financieros o sentimientos de impotencia respecto a qué hacer para restaurar la relación padre-hijo. Pueden sentirse ofendidos por el rechazo del niño.

Los mismos autores señalan que el padre pudo haber sido egoísta e inmaduro y el niño pudo haber observado en este padre poner sus necesidades por delante de la de él durante el matrimonio (por ejemplo, ir con sus amigos en vez de asistir el juego de fútbol del menor). O el padre pudo ser crítico en el desempeño y apariencia de su hijo. El no estar emocionalmente disponible para el hijo, esta falta de empatía con el niño puede llevar a la ira se intensificación en el niño y además puede profundizar la alienación. En tanto Bolaños (2002: 31) señala que aunque la mayoría de los autores han descrito al progenitor “alienado” como víctima pasiva del progenitor “alienante” algunos han profundizado en el papel que éste desempeña en la dinámica familiar alienante. Algunos autores encuentran que puede ser un padre que haya abandonado o desee abandonar al hijo. Puede tratarse de una persona con importantes limitaciones en sus habilidades parentales y escasa sensibilidad hacia las necesidades de su hijo, está acostumbrado a jugar el papel de víctima o simplemente tener miedo a la relación con sus hijos. Habitualmente suele estar más preocupado por la manipulación de la otra parte que por su propia contribución en el problema.

Etapa de desarrollo y vulnerabilidad en el niño

En la investigación se muestra que el 73% de los hijos de los padres o madres de familia entrevistados son seguros de sí mismos, es decir que tienen facilidad de palabra, confianza al hablar, socializar fácilmente, en cambio el 27% de no. Por otra parte el 81% de los hijos se sienten contentos con su apariencia física, es decir, tienen buena autoestima, pero el 19% no están contentos con su apariencia, así mismo cuando dan alguna opinión o exponen alguna idea el 82% lo hace razonadamente, mientras el 18%

no, también un 73% de los hijos tienen la capacidad de entender los problemas que tienen sus padres, pero el 23% no la tienen. El estudio arrojó que el 68% de los hijos se adaptan a cualquier situación, como un cambio de escuela, de casa o un cambio en la familia, etc., mientras el 25% le es difícil adaptarse. En tanto más de la mitad de los hijos con un 54% imitan lo que hacen sus hermanos (as) mayores y el 46% no los imitan. Por otra parte un 55% de los hijos son temerosos en su personalidad, mientras el 45% no.

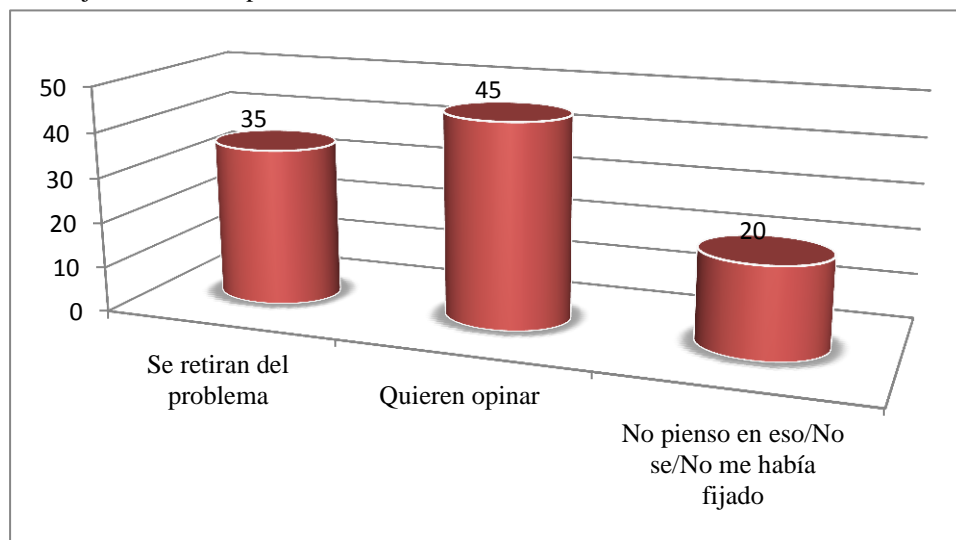
De acuerdo a lo anterior Bautista y Castelblanco (2007: 67) señalan que con relación a la adaptación social se sabe que el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima desempeñan una tarea decisiva en las actividades y el desarrollo en todo el devenir de la vida de una persona. Así también Kelly y Johnston (2001) refieren que la edad del niño y la capacidad cognitiva es muy importante porque los niños para formar las alineaciones con un padre enojado y en consecuencia rechazar al otro padre, necesitan la suficiente madurez cognitiva y emocional. También debe haber alcanzado la etapa de su desarrollo en el que las valoraciones y juicios morales son operativos. Así también los mismos autores señalan que los niños más pequeños cuyos hermanos mayores están alienados pueden actuar igual e imitarlos en el lenguaje y las ideas del hermano mayor y se mantienen en el modo de rechazo de los padres por la supervisión vigilante de su hermano.

Los niños ansiosos, temerosos, y que carecen de resistencia pasiva para soportar la intensa presión de la batalla por la custodia de los padres y los comportamientos alineados y alienante. Puede que sea psicológicamente más fácil para ellos elegir un lado para evitar la ansiedad paralizante. Los niños con pobre prueba de la realidad son más propensos a ser vulnerables, en particular en ausencia de otros familiares o los profesionales que asisten al niño mediante la aclaración de los hechos preocupantes y confusos y comportamientos asociados con el divorcio. Además, los niños con problemas en el ajuste psicológico son más propensos a sentirse culpables por el divorcio, lo que podría aumentar la vulnerabilidad a la alienación. Además, la baja autoestima hace que los niños especialmente susceptibles, sobre todo cuando un padre lo ha estado rechazado y ha sido ambivalente hacia el niño (Kelly & Johnston, 2001).

Un factor clave que distingue a estos niños que están alienados según Kelly y Johnston (2001) es que son capaces de reconocer, comúnmente sus conductas crueles o rechazo que estas conductas son porque su padre de preferencia se está viendo lastimado y los niños rechazan a su padre simplemente porque perciben herido al otro padre y creen que éste necesita de su atención. Un dato relevante en la investigación es que un 45% de los hijos frente a los problemas familiares, cuando se dan cuenta de éstos, en su mayoría quieren opinar, es decir intervienen en los problemas, mientras un 20% se retira del problema (ver gráfico 11).

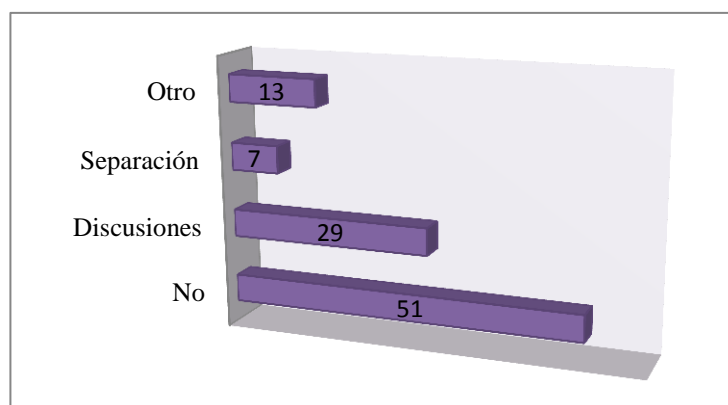
Así mismo otra cuestión importante es que un 20% de los padres entrevistados dicen no pensar o no darse cuenta de esto, tal vez porque no saben el daño que le pueden estar causando al hijo por involucrarlo en los problemas. En la presente investigación resalta que un poco más de la mitad de los hijos de las personas entrevistadas no han mostrado ansiedad o desesperación por algún problema, pero es relevante que el 49% si la hayan mostrado, siendo el 29% por discusiones entre sus padres, el 7% por separaciones entre sus padres y por otro motivo como situaciones educativas, rebeldía, etcétera el 13% (ver gráfico 12).

Gráfico 11. Hijos frente a los problemas familiares



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12. Hijos con ansiedad o desesperación por los problemas familiares



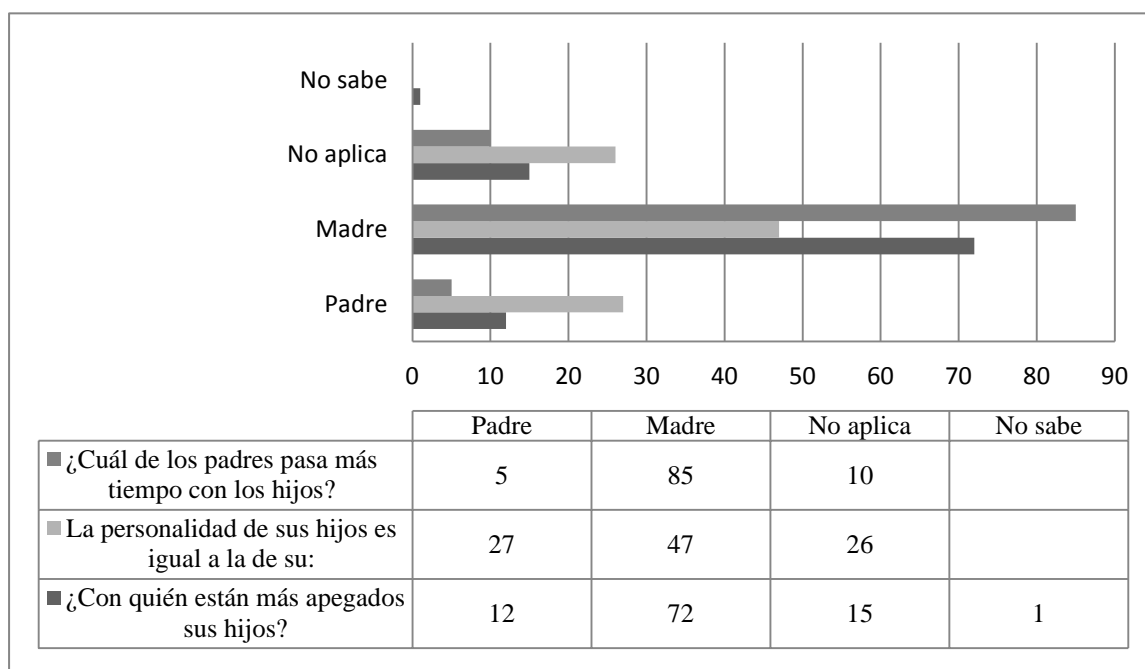
Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto Lamb y Kelly (2009) señalan que científicos sociales coinciden en que las relaciones entre padres e hijos juegan un papel crucial en la formación y desarrollo de los niños, el problema es que las características del desarrollo de estas relaciones no siempre es positivo y dichas relaciones pueden ser perjudiciales cuando ocurre una separación o ruptura ya que dichas relaciones se ven desfavorecidas.

Relaciones de Familia

En lo referente a las relaciones de familia los datos que resultaron son que el 72% de los hijos están más apegados con la mamá, el 12% con el papá, el 15% con ninguno o tal vez con otra persona de la familia o con los dos padres (ver gráfico 13). También resulto que la personalidad de los hijos es con el mayor porcentaje de 47% igual a la mamá, después le sigue la del papá con un 27% y con un 26% igual a la de otra persona de la familia, o de ninguno de los padres porque tiene su propia personalidad Así mismo se arrojó el dato que la madre es la que pasa más tiempo con los hijos con un 85%, el padre con un 5% y el 10% señala que los dos pasan tiempo con los hijos.

Gráfico 13. Apego, personalidad y tiempo



Fuente: Elaboración propia

Oropeza (s/f) señala que las motivaciones del niño para entrar en esta dinámica pueden ser varias, como la necesidad de apego a uno de sus padres, por el miedo a sentirse solo o el intento de agradar al progenitor con el que conviven para asegurarse una relación y evitar una nueva pérdida. Por su parte Kelly y Johnston (2001) señalan que las relaciones de los niños con cada padre después de la separación y el divorcio se puede conceptualizar de positivas a negativas (si ya desde antes la relación era negativa, después de una separación puede ser más negativa) incluso llegar hasta la alienación. El SAP se produce más fácilmente en las relaciones entre madre e hijos, de ahí que un padre programador tenga probablemente menos éxito que una madre programadora. Aunque cada vez se igualan más los porcentajes madre/padre en el SAP (Oropeza, s/f).

Kelly y Johnston (2001) plantean que en el extremo más saludable y benigno de este continuo proceso la mayoría de los niños de padres separados tienen una relación positiva con ambos padres, le dan igual valor a ambos padres, y claramente desean pasar significativo e igualmente cantidad de tiempo con cada padre. También en el lado positivo y saludable del continuo proceso son algunos los niños que tienen una afinidad por uno de los padres, pero tienen la continuidad de deseo de contactar con ambos padres. A causa de su temperamento, el sexo, la edad, intereses compartidos, las preferencias de hermanos, de los padres y las prácticas de crianza de los hijos, estos niños se sienten mucho más cerca de uno de los padres que del otro. Es importante señalar que estas afinidades pueden cambiar con el tiempo con el cambio de desarrollo sus necesidades y situaciones. Aunque estos niños de vez en cuando puede expresar un acto hostil por preferencia por uno de sus padres, pero todavía quieren un contacto sustancial y amor de ambos padres.

Y como parte final del análisis de la presente investigación de acuerdo con las observaciones generales, se mostró que son más los padres (hombres) los que señalaron haber sentido a sus parejas junto con sus hijos en contra y dicen estar muy dañados por el comportamiento de su pareja e hijos y es importante resaltar que en una familia el

padre señalo que su mujer pone en contra a sus hijos de él, al grado de no avisarle nada en cuanto a las decisiones o cuestiones importantes de sus hijos.

Además algunos padres o madres de familia mencionaron haber pasado ya por un divorcio y refieren que antes de ese divorcio si existían muchos problemas y aparte existía cierta preferencia de los hijos por un padre o madre, esto tal vez por el comportamiento del mismo y señalan que en sus hijos repercutió cuando crecieron porque se volvieron drogadictos, alcohólicos, tuvieron problemas para relacionarse, en si les afecto en una parte de su vida.

Por otra parte en algunas familias ha existido violencia por parte del padre hacia la madre y los hijos han observado esto, pero las madres señalan que si han pensado en el divorcio pero no lo hacen por sus hijos que consideran serían muy afectados si tomaran dicha decisión. Por tal sentido Lucio (2005) señala que en la actualidad la pareja vive condiciones muy diferentes a las de hace unos dos o tres lustros, con situaciones más difíciles; pero lo más grave es que en vez de buscar una solución, las personas se adaptan a lo que está ocurriendo.

Conclusiones

De acuerdo al objetivo de esta investigación el cual es, analizar los factores que genera el SAP y los efectos que tiene en familias en situación de disputa familiar con la presencia de niños de 6 a 12 años de edad de la Colonia González de Saltillo Coahuila, se llega a que la principal conclusión, es que el SAP, se puede presentar en cualquier familia que se encuentre en situación de disputa familiar, que tal vez se intensifica cuando hay un divorcio o separación, pero está claro que se genera desde antes. Porque el conflicto marital intenso alude a que antes de una separación, algunos padres han utilizado a sus hijos en la expresión de la disputa familiar (Kelly & Johnston, 2001). Y estos mismos autores señalan que un niño alienado se define como aquel que expresa, libre y persistente, con irracionales sentimientos y creencias negativas (como la ira, el odio, el rechazo y/ o temor) hacia un padre, que son significativamente desproporcionadas en relación con la experiencia real del hijo con el padre. Desde este punto de vista, los comportamientos perniciosos de una “programación” por parte del padre ya no son el punto de partida. Más bien, el problema del niño alienado comienza con un enfoque principal en el niño, sus conductas observables, y las relaciones entre padres e hijos.

Así precisamente de acuerdo al primer objetivo específico que es identificar los factores que generan SAP, los que más resaltaron van desde las distintas características en los padres como su edad ya que los padres o madres de la colonia González se encuentran en una edad que está entre los 34 y 38 años que hablando teóricamente según Aguilar (2008: 1) la edad en las madres que han alienado a sus hijos se centra en la edad de 35 y 45 años.

Otra cuestión es que la mayor participación fue de las mujeres, que fueron las que más se encontraban en su hogar y se considera que las mujeres son las que más podrían alienar a sus hijos, ya que según Aguilar (2008: 1) el perfil de quien provoca la alienación corresponde a las madres. En tal sentido la mayor ocupación en estas madres

fueron las labores del hogar asimismo se señala que son ellas las que pasan mayor tiempo con sus hijos.

En las familias de esta colonia lo que más hay son niños de 6 a 10 años de edad, asimismo Kelly y Johnston (2001) señalan que normalmente, los niños en edad escolar están invitados a tomar partido en conflictos intensos, ser un mensajero del conflicto, rescatar a un padre, y excluir o ser punitivo hacia los padres, es decir las alianzas surgen mayormente en los niños (as) de esta edad.

Así también la escolaridad en los padres o madres mayormente pertenece a la secundaria y hablando teóricamente Sotelo (2012) señala que la baja escolaridad puede ser un factor para que exista el maltrato infantil.

Son familias nucleares que profesan la religión católica, esto puede ser importante porque según sus creencias, sus formas de crianza pueden generar conflicto. En tanto en estas familias de la colonia González, se concluye que están presentes los factores y de acuerdo a la Teoría de Kelly y Johnston (2001) se explica este fenómeno, porque dichas familias presentan muchos conflictos derivados de los problemas familiares o de pareja destacando más los problemas económicos, que los llevan a discutir frente a los hijos y en muchas ocasiones involucran a los menores ignorando el daño que les causan o pueden causarles, porque de acuerdo con esto teóricamente hablando los problemas familiares desembocan el maltrato infantil ya que Sanmartín (2005) señala que uno de los principales factores son las interacciones conyugales porque puede existir continuo conflicto entre los padres y desembocan este maltrato, así como problemas económicos, separaciones, etc.

Así también en estas familias han existido alianzas de un padre o madre junto a uno o todos los hijos en contra del otro padre o madre, o también hay padres o madres que se han sentido ofendidos o desprestigiados por sus hijos y si esto se presenta viviendo padre y madre bajo el mismo techo, podría ser peor cuando un padre o madre no se encuentra, es decir cuando están divorciados o separados.

También el que estas familias consideren el divorcio como una forma de solución, o que se separen de su pareja temporalmente, significa que han enfrentado problemas graves que involucran a los hijos porque a ellos les hace daño que un padre o madre no esté junto a ellos y pueden hasta llegar a rechazarlo por eso. Es por esto que Kelly y Johnston (2001) señalan que si los niños se han dado cuenta de una separación o se les hace saber pueden reaccionar en contra del progenitor que la provocó.

Otra cuestión es que los problemas también se derivan por parte de la familia extensa de uno de los progenitores y en estas familias se destaca la intervención de la madre de uno de los progenitores y dicha intervención se debe a la forma de ser de uno de los padres, asimismo también pueden causar aversión en los niños hacia su padre o su madre.

La personalidad de los padres o madres de esta colonia es un punto importante, porque en sus distintas formas de comportarse generan que el niño se confunda, por las formas en sus padres de solucionar los problemas mostrando pasividad o agresión, sobreprotección, en si mostrándole al niño sus incapacidades para resolver los problemas. Por eso de acuerdo con esto Gardner (2002) señala que el factor más común

para que se genere y se eleve la campaña de denigración del SAP en el hijo, es la pasividad del padre alienado, porque éste puede tener miedo de proporcionar enfrentamientos o implementar medidas disciplinarias, por miedo a que esto se intensifique. Kelly y Johnston refieren que el padre deficiente, abusivo o violento frecuentemente acusa al otro padre de alienar al niño en su contra. Por su parte Acevedo (2013: 49) de acuerdo con Gardner (1999b), señalan que las madres alienadoras suelen ser sobre-protectoras.

También se concluye que uno de los factores más importantes es la etapa en el desarrollo y vulnerabilidad del niño, este factor es crucial porque aquí influye todo en el menor, en estas familias los niños tienen más cuestiones positivas que negativas, porque en esta investigación se destacó que en una mayor parte los hijos son seguros de sí mismos, se sienten contentos con su apariencia física, exponen o dan opiniones razonadamente, tienen la capacidad de entender los problemas que sus padres tengan o pudieran tener, se adaptan a cualquier situación fácilmente como un cambio de escuela, de casa, un cambio en la familia. Por otro lado solo algunos de estos hijos muestran todo lo contrario a lo mencionado. Esto revela que los niños pueden estar en un desarrollo normal y positivo y aun así rechazar a un padre por su comportamiento. Un factor clave que distingue a estos niños que están alienados según Kelly y Johnston (2001) es que son capaces de reconocer, comúnmente sus conductas crueles o rechazo ya que estas conductas son porque su padre de preferencia se está viendo lastimado y los niños rechazan a su padre simplemente porque perciben herido al otro padre y creen que éste necesita de su atención. Aunque cuando los menores presentan cuestiones negativas en su desarrollo puede ser peor.

Así también los mismos autores refieren que la edad del niño y la capacidad cognitiva es muy importante porque los niños para formar las alineaciones con un padre enojado y en consecuencia rechazar al otro padre, necesitan la suficiente madurez cognitiva y emocional. También debe haber alcanzado la etapa de su desarrollo en el que las valoraciones y juicios morales son operativos.

Un dato importante es que los niños de estas familias quieren opinar, intervenir, etc. en los problemas familiares porque tal vez consideran que van a lograr algo, cuando esto solo les causa daño. Pero algo más importante ante esto es que algunos padres señalan no fijarse en esto, o no saben si los niños están frente a los problemas o si los están causando algún daño por esto. También un dato relevante es que casi la mitad de los hijos han mostrado ansiedad en mayor parte por los motivos de discusiones o separaciones entre sus padres.

En cuanto a las relaciones de familia los hijos están más apegados con su madre y esto puede influir en una alienación. Porque Oropeza (s/f) señala que las motivaciones del niño para entrar en esta dinámica pueden ser varias, como la necesidad de apego a uno de sus padres, por el miedo a sentirse solo o el intento de agradar al progenitor con el que conviven para asegurarse una relación y evitar una nueva pérdida. Por lo tanto Lamb y Kelly (2009) señalan que científicos sociales coinciden en que las relaciones entre padres e hijos juegan un papel crucial en la formación y desarrollo de los niños, el problema es que las características del desarrollo de estas relaciones no siempre es positivo y dichas relaciones pueden ser perjudiciales cuando ocurre una separación o ruptura ya que dichas relaciones se ven desfavorecidas.

En cuanto al segundo objetivo específico que es conocer cómo afecta el SAP a los niños, ya que de acuerdo a algunas de las observaciones de algunas familias que señalaron haber tenido muchos conflictos de pareja y los niños se daban cuenta y esto repercutió en los menores de una manera que cuando crecieron tuvieron problemas con las drogas, el alcohol, problemas en su vida social, etc. por lo tanto teóricamente hablando los efectos son graves, porque con la presencia de todos los factores antes mencionados aparte de que las familias pueden terminar en un divorcio conflictivo, según Gardner (2002) se pueden generar consecuencias más graves en la salud mental y física del menor como el desvinculo de éste con uno de sus padres que puede durar toda la vida. Y estos efectos no solo repercuten en los menores sino que igualmente los pueden presentar los progenitores.

Así mismo de acuerdo al tercer objetivo específico que es determinar de qué manera las disputas familiares contribuyen para que se produzca SAP en los menores, es en gran medida que contribuyen a una alienación que posiblemente se esté presentando o se presente en un futuro en una separación o divorcio, porque las disputas familiares generan que los integrantes de la familias reaccionen negativamente y esto puede llegar al SAP.

El Trabajador Social tiene mucho que hacer en cuanto a esta problemática porque la mayor parte de la sociedad considera que este problema solo se presenta en los casos de divorcio conflictivo y no es así, porque surge desde antes y precisamente esta disciplina tiene las herramientas para formular estrategias y alternativas de acción para que se prevenga dicho problema desde antes y no genere más problemas en un divorcio, o simplemente para que se conozca mejor para una adecuada identificación y se realicen programas que lo atiendan con eficacia.

Propuestas

- Es muy importante dejar de creer que el SAP solo se presenta en divorcios conflictivos y empezar a verlo desde antes en una situación de disputa familiar.
- Se recomienda que se implementen programas para familias en situación de disputa familiar donde se les brinde apoyo en todos estos aspectos que puedan ser desfavorables si se presentará una separación o divorcio, estos programas donde se manejen las formas de solucionar las disputas familiares, las formas de comportamiento de cada padre, el buen desarrollo de los menores, las relaciones familiares, etc.
- Es de suma importancia que en las primarias se fomenten intensamente las buenas relaciones de los niños(as) con ambos padres.
- Debe existir más información de este problema en los juzgados de familia porque se están dando muchos divorcios, así para poder evitar el conflicto intenso en un divorcio.
- Es necesario que se informe a los profesionales de las distintas áreas social, educativa, jurídica, etc. sobre este síndrome, así como sus signos de alerta, los

posibles factores, efectos, entre las demás cuestiones que abarca, para que lo puedan identificar.

- El Trabajo Social debe reformular lo que es el SAP y lo de más a conocer en la sociedad, asimismo exponga alternativas de solución.
- Es recomendable hacer más investigaciones sobre este problema ya que no ha sido muy común.
- Promover más su estudio porque no ha sido reconocido por algunas organizaciones mundiales.

Referencias

- Acevedo, J. (2013), *Infierno en casa. Cuando el amor mata*, México, D.F., trillas, [En Imprenta]
- Aguilar Cuenca, José Manuel. (2008); *Sobre el síndrome de alienación parental (SAP)*, recuperado 4 de mayo de 2012, En línea, http://www.editorialalmuzara.com/img/0_dossier_1219649282.pdf
- Bautista, Lucy y Carmen, Castelblanco. (2007), Tesis Psicológica, Revista Científica de América Latina, 65-72 pp., *Síndrome de Alienación Parental: Efectos psicológicos*, recuperado 4 de mayo de 2012, 72 pp. En línea, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=139012670007>
- Becerra, Cristina. (s/f), *El Síndrome de Alienación Parental: Análisis de tres casos*, recuperado 19 de septiembre de 2012, 14 pp. En línea, <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi12/8.pdf>
- Bolaños, Iñaki. (2002), *El síndrome de alienación parental: Descripción y Abordajes psico-legales*, Tribunal Superior de Justicia, recuperado 7 de mayo de 2012, 21 pp., En línea, <http://masterforense.com/pdf/2002/2002art15.pdf>
- Bremúdez, Tapia, M. (s/f), *El síndrome de alienación parental como elemento valorativo de violencia familiar psicológica*, recuperado 4 de Noviembre de 2012, En línea, <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanalisis2/violenciasyderechoshumanos/bermudez.pdf>
- Elzufan, C. (1989), *Conflictos Familiares*, recuperado 4 de Noviembre de 2012, En línea, http://www.sanamente.com.ar/t_conflictos_familiares.html
- Eroles, Carlos, Fazzio, Adriana y Gabriel Scandizzo. (2005), *Políticas Públicas de Infancia .Una mirada desde los Derechos*, Segunda Edición, Buenos Aires, Argentina, Ed. ESPACIO, 216 p.
- Escudero, Antonio. (2008), *Análisis sobre las bases científicas del Síndrome de Alineación Parental de Gardner (SAP) y los riesgos de su aplicación como "trastorno médico y psiquiátrico" en los juzgados de España*, Asociación Española de neuropsiquiatría, recuperado 3 de Junio de 2012, En línea, [http://www.soniavaccaro.com/images/sonia%20vaccaro/analisis_sap_\(pas\)AEN%201.pdf](http://www.soniavaccaro.com/images/sonia%20vaccaro/analisis_sap_(pas)AEN%201.pdf)
- Gardner, R.A. (1999b), *family therapy of the moderate type of parental alienation syndrome*, recuperado el 3 de Junio de 2012, En línea, <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard99m.htm>

- Gardner, R. A. (2000). *The parental alienation syndrome* (2nd ed.). Cresskill, NJ: Creative Therapeutics. <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard00b.htm>
- Gardner, R.A. (2002), *The empowerment of children in the development of the Parental Alienation Syndrome*, *The American Journal of Forensic Psychology*, 20, 2, 5-29, recuperado 4 de Noviembre de 2012, En línea, <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard02c.htm>
- Goldstein, Emanuel. (2007), *El síndrome de Alienación Parental (SAP)*, recuperado 4 de mayo de 2012, p.1 de 1, En línea, <http://destos.blogspot.mx/2007/10/el-sndrome-de-alienacin-parental-sap.html>
- Johnston, J. R. (2005). *Children of divorce who reject a parent and refuse visitation: Recent research and social policy implications for the alienated child*. *Family Law Quarterly*, 38 (4), 757-775, recuperado el 3 de Noviembre de 2012, En línea, <https://netfiles.uiuc.edu/rferrer/VisitationSchedule/PAS/JohnstonPAS.pdf>
- Kelly, Joan, B. y Janet, R. Johnston. (2001), *The Alienated Child a Reformulation of Parental Alienation Syndrome*, *Family Court Review*, Sage Publications, Vol. 3, No. 3, 249-266, recuperado 1 de Noviembre de 2012, En línea, <http://jkseminars.com/pdf/AlienatedChildArt.pdf>
- La Economía. (2011), *Divorcios en México*, México, D.F., recuperado 2 de Junio de 2012, En línea, <http://www.laeconomia.com.mx/divorcios-en-mexico/>
- Lamb, M. y Kelly, J. B. (2009), *Improving the Quality of Parent-Child Contact in Separating Families with Infants and Young Children: Empirical Research Foundations*, recuperado 2 de Noviembre de 2012, En línea, <https://netfiles.uiuc.edu/rferrer/VisitationSchedule/Kelly/Lamb%20%20Kelly%20Parent%20Child%20Contact%20Final%202008.pdf>
- Lucio, Emilia. (2005), *Se divorcian 30 de cada 100 parejas en México*, México, D.F., recuperado 2 de Junio de 2012, En línea, <http://www.esmas.com/portada/432214.html>
- Nischalke, Barb, Rick. (2009), *Boletín de alienación parental: Recursos para identificar, combatir y recuperarse de Alienación Parental*, recuperado 5 de mayo de 2012, p.1 de 1, En línea, <http://www.keepingfamiliesconnected.org/ParentalAlienationResources/Articles.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010), *Maltrato Infantil*, recuperado 30 de Octubre de 2012, En línea, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>
- Oropeza, Ortiz, José Luis. (s/f), *Revista Internacional de Psicología*, Vol. 8 No. 2, *SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL ACTORES PROTAGONISTAS*, recuperado 4 de mayo de 2012, 18 pp., En línea, <http://psicologiarevista.99k.org/Sindrome%20de%20Alienacion%20Parental%20Actores%20protagonistas.pdf>
- Ortemberg y Asociados. (2012), *Conflictos familiares*, recuperado 4 de Noviembre de 2012, En línea, http://www.abogadodefamilia.com.ar/conflictos_familiares.htm
- Quintero, Velázquez, A. M. (2009), *Trabajo Social en los nuevos escenarios de infancia, adolescencia y familia*, recuperado 4 de Noviembre de 2012, En línea, http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/570/Derecho_Flia-TS_Guayaquil_Obre_5-09.pdf
- Revista Visión Saltillo. (2012), *Saltillo Divorciado*, Zócalo Saltillo, Recuperado 22 de Octubre de 2012, En línea, <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/salttillo-divorciado>

- Rojas, Madrigal, C. (s/f), La intervención en crisis con familias que atraviesan procesos de separación o divorcio, recuperado 5 de Noviembre de 2012, En línea, <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000162.pdf>
- Sanmartín, José. (2005), *Violencia contra niños*, Tercera Edición, Barcelona, España, Ed. Ariel, 229 pp.
- Sommer, R. (2012), *Parental Alienation Syndrome*, recuperado 31 de Octubre de 2012, En línea, http://www.reenasommerassociates.mb.ca/a_parent.html
- Sotelo, M. (2012), *Factores de riesgo en el Maltrato Infantil*, Fundación FUPAVI, recuperado 30 de Octubre de 2012, En línea, http://www.fundacionenpantalla.org/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=137
- Teubal, Ruth. (2006), *Violencia Familiar*, Trabajo Social e Instituciones, Primera Edición, Buenos Aires, Ed. Paidós, Tramas Sociales, 272 p.
- UNICEF Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2012), recuperado 8 de Febrero de 2012, En línea, <http://www.unicef.org/mexico/spanish/index.html>
- Valencia, Ortiz, Andrómeda. (2011), *Síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil*, recuperado 4 de mayo de 2012, p.1 de 1, En línea, <http://ciudadania-express.com/2011/07/19/sindrome-de-alineacion-parental-una-forma-de-maltrato-infantil/>

Perfil criminológico en los jóvenes delincuentes en Coahuila. La incidencia delictiva: causas y consecuencias

*Norma Karina Mendoza Ávila*³⁵

*Karla Verónica Garza López*³⁶

*María Cristina Rodríguez Covarrubias*³⁷

Resumen

El presente trabajo va dirigido a identificar las características de los adolescentes que cometen delitos en Coahuila, como parte de una problemática que afecta a toda la sociedad, manifestándose principalmente en regiones como la sureste, la laguna, centro y norte en donde se encuentran las principales ciudades del Estado. El ensayo trata de explicar el fenómeno desde los diferentes ámbitos según la teoría ecológica y el modelo de aprendizaje social, así como un marco teórico en donde se muestran los diversos conceptos que contextualizan la problemática de los jóvenes delincuentes; Por otro lado, se han diseñado algunas sugerencias y recomendaciones con alcances multidisciplinarios que atiendan las necesidades y problemas de los adolescentes que infringen la ley de manera preventiva. Esto con el fin de contribuir a la atención y prevención de la delincuencia juvenil y la violencia en general del Estado de Coahuila.

Introducción

El estudio de la violencia y la delincuencia ha sido abordado recurrentemente desde las ciencias sociales. La violencia es una manifestación de formas de comportamiento humano que desde la perspectiva de lo social cobra mucho interés el explicar la motivación y circunstancias por las que un individuo decide cometer un acto delictivo.

Este fenómeno aparece, según Jiménez (2005), como respuesta ante una frustración social y es consecuencia de una sociedad deteriorada, en donde se privilegia el crecimiento individual y monetario, dejando de lado al ser humano como persona integrada en una comunidad y a menudo se le considera inherente a la condición humana, pues está presente desde el inicio de la sociedad.

El término de violencia es complejo porque tiene que ver la percepción, la cultura y los códigos morales que prevalezcan en ese momento histórico. La Organización Mundial de la Salud (2002:16) define la violencia como

El uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos mortales, del desarrollo o privaciones.

En esta definición, como puede observarse se incluye la violencia autoinflingida (como comportamiento suicida y autolesiones), la violencia interpersonal (dirigida a la familia y a la comunidad) y la violencia colectiva. La delincuencia también es un

³⁵ Lic. En Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila

³⁶ Lic. En Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila

³⁷ Maestra de la Lic. En Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila y colaboradora del C.A de Estudios de Grupos Vulnerables

concepto muy amplio y subjetivo e igualmente depende de la cultura y del momento histórico, en concordancia con Mirón y Otero (2005), la definición implica decir que, es un fenómeno pluriforme y complejo en el que tiene que ver la conducta de un individuo por una parte y las reacciones a la conducta por otra; y esto tiene que ver con el grado de tolerancia a este tipo de conductas y la percepción que la sociedad tiene. Izquierdo (1999), propone una definición que puede ayudar a entender este fenómeno.

La delincuencia es una situación asocial de la conducta humana y en el fondo una ruptura de la posibilidad normal de la relación interpersonal. El delincuente no nace como pretendía Lombroso según sus teorías antropométricas o algunos criminólogos constitucionalistas germanos, el delincuente es un producto del genotipo humano que se ha maleado por una ambientes familiar y social. Puede considerarse al delincuente más bien que un psicópata un sociópata. Para llegar a esa sociopatía se parte de una inadaptación familiar, escolar o social (p.45).

A partir de lo anterior, la delincuencia se podría entender según Morón y Otero (2005) como un patrón conductual aprendido, como un tipo de aprendizaje derivado de un determinado proceso de socialización en donde el individuo, en su relación con otros, desarrolla creencias, actitudes, valores y conductas que lo habilitan o “entrenan” para pertenecer a una sociedad.

El aprendizaje de esas conductas “socialmente aceptadas”, son adquiridas por el individuo en entornos como la familia, la escuela y los grupos de amigos, y es en estos contextos primarios en donde también se forma el carácter antisocial de un individuo que a la postre pudieran desembocar en conductas delictivas (Winnicott, 1971, citado en Salazar & otros, 2011).

Para tratar de comprender el origen de la violencia se ha recurrido a muchas teorías explicativas y se han hecho planteamientos del cómo y el porqué de la conducta delictiva del joven. Sin embargo y como se ha dicho que este fenómeno es pluriforme y multicausal, el modelo ecológico es quien mejor ayuda a distinguir entre los diversos factores que influyen en la generación de violencia y delincuencia. Este modelo permite identificar los factores que influyen en el comportamiento y los clasifica en 4 niveles según el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (2002):

1.- Nivel Individual, es decir, factores biológicos y de la historia personal que influye en el comportamiento de los individuos que predisponen a ser violentados o causantes de actos violentos.

2.- Nivel Familiar o relacional. Las relaciones más cercanas (familia, amigos, pareja y compañeros) que al ser negativas pueden influir como factores predictivos de la violencia.

3.- Nivel Comunitario, en donde las características de un contexto comunitario como la falta de apoyo social, la tolerancia y la legitimación de la violencia incrementan el riesgo de actos delictivos y/o violentos.

4.- Nivel de la Sociedad. En este plano, la estructura de la sociedad influye también para contribuir a que se inhíba o propicie la violencia, en donde las normas sociales y culturales tienen mucho que ver, la legislación y las políticas públicas imperantes.

Una teoría que también aborda el problema desde el proceso de socialización y el aprendizaje de la conducta es la Teoría del Aprendizaje Social o vicario (Bandura, 1971), en donde la tesis fundamental, es considerar que el aprendizaje se construye o se produce a partir de la observación de las conductas de otras personas. Asimismo, esta teoría, según Mirón y Otero (2005), se basa en que la conducta es producto de la relación entre los factores personales y situacionales, y determina que el aprendizaje se produce a través de dos mecanismos:

- 1.- Por las consecuencias de la respuesta (efectos positivos o negativos de las acciones).
- 2.- Por medio de modelos (aprendizaje vicario u observacional): al observar un modelo se adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo, que sirven como guía para conductas futuras del observador (p.68).

Acevedo (2011) menciona que “otros argumentos sobre las teorías del aprendizaje explican que el comportamiento delictivo es una conducta aprendida, es decir una conducta derivada de la presencia de un cierto condicionamiento clásico, operante o el aprendizaje vicario” (p. 47). Ante estos argumentos a continuación se muestra un marco teórico en donde se expone de manera general todos aquellos indicadores que inciden a la delincuencia juvenil. Es nuestra intención en estas notas referirnos a cuestiones referentes a las causas que generan la incidencia delictiva así como a las consecuencias que trae consigo esta problemática, para determinar así el perfil del adolescente delincuente.

Delincuencia juvenil

La delincuencia juvenil es un problema en auge en la vida moderna que aumenta año tras año en todos los países. Sin lugar a dudas la delincuencia juvenil es uno de los fenómenos sociales más importantes en nuestras sociedades y es uno de los problemas criminológicos internacionalmente más investigados que crece cada día más, no solo en nuestro país, sino también en el mundo entero; pues las manifestaciones de la conducta que llama socialmente la atención de forma negativa puede observarse, por lo general, mejor entre los jóvenes que en la población adulta. Además que es una de las acciones socialmente negativas que va a lo contrario fijado por la ley y a las buenas costumbres creadas y aceptadas por la sociedad.

Concepto de delincuencia juvenil

El término de delincuencia juvenil fue acuñado en Inglaterra desde el año de 1815. Definir la delincuencia juvenil resulta complicado y problemático debido a que en algunos países la delincuencia juvenil es una calificación que se obtiene de aplicar definiciones del Código Penal cuando esas infracciones son cometidas por menores de edad, en otros, la delincuencia juvenil incluye una gran variedad de actos en adición a los que se encuentran enumerados en sus leyes de fondo. De tal suerte, las figuras estadísticas de ciertos países se encuentran artificialmente abultadas en lo que respecta a la delincuencia juvenil, mientras que en otros no reflejan esas figuras, sino un limitado número de conductas desviadas (David, 1979).

Según Moreno (1980) la delincuencia es un fenómeno específico y agudo de Desviación e inadaptación. Así mismo, el Comité sobre delincuencia juvenil señala que

la “delincuencia es la conducta resultante del fracaso del individuo en adaptarse a las demandas de la sociedad en que vive. Ambos autores indican que la delincuencia es el resultado de la inadaptación del individuo dentro de la sociedad. Por otro lado, siguiendo a Herrero (1997), define la delincuencia como el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones, contra las normas fundamentales de la convivencia, producida en tiempo y lugar determinados.

López (1978), ofrece un concepto conjunto de delincuencia y criminalidad lo define como un fenómeno individual y socio- político que afecta a toda la sociedad, cuya prevención, control y tratamiento requiere de la cooperación de la comunidad al mismo tiempo que un adecuado sistema penal. En este caso, retomando al autor Herrero (1997) el concepto que se da a la delincuencia dentro de las ciencias penales se define como la delincuencia llevada a cabo por personas que no han cumplido la mayoría de edad. Esto permite afirmar lo que expone el autor que el término delincuencia juvenil es un concepto eminentemente socio-histórico.

De esta misma forma, Garrido (1986) define al delincuente juvenil como una figura cultural, porque su definición y tratamiento legal responde a distintos factores en distintas naciones, reflejando una mezcla de conceptos psicológicos y legales. Técnicamente, el delincuente juvenil es aquella persona que no posee la mayoría de edad penal y que comete un hecho que está castigado por las leyes. Por lo anterior se puede definir la delincuencia juvenil en México como el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones penales cometidas por los menores de 18 años.

Factores de la delincuencia juvenil

Antes de comenzar con los factores hay que señalar que la delincuencia en general, y la juvenil en particular, es un fenómeno complejo, al que evidentemente, no se le pueden aplicar causalidades estrictas.

Factores familiares

La familia no completa es un factor que parece de gran importancia y que algunos autores lo han defendido como paso para prevenir la delincuencia (Reinhart & Ortega, s/f) pero ha dejado de ser importante por el simple hecho, de que una familia completa puede estar destruida en su interior y, por otro lado puede darse también el caso inverso de familias incompletas, que a pesar de ello, ofrecen buenas condiciones para un desarrollo sano. A pesar de esto, no se descarta la idea de que pueda ser un factor de riesgo, aunque no es el más importante dentro de la familia.

Familia que plantea problemas en la evolución afectiva de los hijos: Entre los jóvenes con problemas de delincuencia siempre existen abundantes sujetos con un grupo familiar gravemente alterado. No creemos conveniente enumerar todos los índices de falta de afecto pero algunos importantes son: el alcoholismo, abandono del padre o de la madre, drogas etc.

Familia con dificultades en los procesos de identificación: Quizás este no es un factor muy importante, ya que, el que los padres asuman plenamente sus papeles es una cosa normal, pero en muchas familias cuando el joven llega a la adolescencia sufre

cambios en su vida y si el padre o la madre no tiene un carácter apacible o es excesivamente inimitable pueden tener consecuencias nefastas.

Familia con fracasos educativos: Falta de bases no económicas sino educativas hacen que el joven no sienta afición por la formación, aunque esto siempre ha sido tema de debate, ya que por otro lado, está la familia con nivel educativo bajo que espera que sus hijos alcancen lo que ellos no pudieron conseguir.

Factores ambientales–relacionales

Es necesario remarcar que cualquier conducta humana, pero más todavía la que analizamos, se inserta en medio de una estructura urbana, en medio de un entramado social, en medio de una estructura o desestructura social.

No es por azar que la delincuencia sea crónica en unos barrios, crítica en otros y sólo esporádica en algunos. Y por lo tanto algún papel ha de jugar las características del barrio. Para no extender más en este punto cabe decir que en su conjunto, una gran parte de las problemáticas de delincuencia y de dissociabilidad juvenil está estrechamente ligada a la historia del barrio en que se produce.

Factores sociales

Carencia del medio familiar y escolar, mal uso del tiempo libre, agresividad desarrollada por los medios de comunicación; densidad de la población en los grandes centros urbanos; insuficiencia de los equipos socioculturales, etc.

Factores económicos

Nivel de vida insuficiente; desempleo, falta de cualificación profesional, son algunos que favorecen, sin embargo como se ha mencionado también en niveles altos se da este fenómeno, de esta forma se puede decir que el factor económico no es muy relevante pero sí debe tomarse en cuenta (Crisis, falta de sentido cívico, etc.)

Factores individuales

Difíciles de categorizar ya que cada individuo es diferente y se tendría que analizar el aspecto psicológico de cada uno para poder llegar a algunas características pero nunca generalizadas.

Perfil del delincuente juvenil

Algunos autores y autoridades están haciendo hincapié en los últimos años, en la importancia de subrayar los aspectos cognitivos interpersonales en la descripción del carácter del delincuente juvenil, como una prometedora vía tanto para establecer eficaces programas de prevención como para elaborar modelos educacionales que permitan una eficaz reeducación. Sin embargo, la mayoría de los estudios descriptivos de la carrera delictiva señalan una serie de factores individuales, sociales y familiares que caracterizan al delincuente juvenil y que llevan a la conclusión de que el delincuente juvenil es una persona con un gran conjunto de deficiencias, y una de ellas

es que comete delitos. Garrido (1997) cita como características de los jóvenes delincuentes las siguientes: Impulsivos, con afán de protagonismo, fracaso escolar, consumidores de drogas, baja autoestima, familia desmembrada, clase baja, faltos de afectividad, agresivos, sin habilidades sociales, poco equilibrio emocional, inadaptados y frustrados. Herrero (2002) señala tres categorías tipológicas de los menores delincuentes:

1. - Una primera categoría de jóvenes delincuentes vendría definida por rasgos de anormalidad patológica, fundamentalmente:

- Menores delincuentes por psicopatías: aquí el punto de referencia lo constituye la existencia de alguna de las formas de psicopatía, entendida por HARE como la patología integrada, conjuntamente, de la incapacidad de quien la padece de sentir o manifestar simpatía o alguna clase de calor humano para con el prójimo, en virtud de la cual se le utiliza y manipula en beneficio del propio interés, y de la habilidad para manifestarse con falsa sinceridad en orden de hacer creer a sus víctimas que es inocente o que está profundamente arrepentido, y todo ello, para seguir manipulando y mintiendo. Consecuencia de ello, es que, el menor es incapaz de adaptarse a su contexto y actuar como tal, porque el trastorno de la personalidad que sufre, le impide inhibirse respecto de conductas o comportamientos contrarios a las normas. El menor psicópata tiende a perpetrar actos antisociales según la orientación nuclear de la propia psicopatía, siendo de destacar en este sentido los actos que expresan frialdad y crueldad por parte del sujeto.
- Menores delincuentes por neurosis: la neurosis consiste en una grave perturbación de la psique de carácter sobrevenido y que se manifiesta en desórdenes de la conducta, pudiendo ser su origen muy diverso como fracasos, frustraciones, abandono o pérdida de seres muy queridos, etc. Criminológicamente, el neurótico trata de hacer desaparecer la situación de angustia que sufre cometiendo delitos con el fin de obtener un castigo que le permita liberarse del sentimiento de culpabilidad que sobre él pesa, y esto es también válido para el menor neurótico, aunque sean muchos menos que los adultos.
- Menores delincuentes por auto referencias sublimadas de la realidad: aquí se incluyen los menores que, por la confluencia de predisposiciones psicológicas llegan a mezclar fantasía y juego de una forma tan intensa que empiezan a vivir fuera de la realidad. Es precisamente ese estado anómalo el que puede conducirlos a cometer actos antisociales.

2.- Una segunda categoría fue creada por jóvenes con rasgos de anormalidad:

- Menores delincuentes con trastorno antisocial de la personalidad: se trata de menores cuyas principales características son: la hiperactividad, excitabilidad, ausencia de sentimiento de culpa, culpabilidad con los animales y las personas, fracaso escolar y son poco o nada comunicativos. Una de las principales causas de este trastorno es la ausencia o la figura distorsionada de la madre, aunque tampoco ha de infravalorarse la disfuncionalidad del rol paterno, pues según algunos trabajos, el crecer sin padre acarrea al niño nocivas consecuencias que afectan al campo de la delincuencia. En muchos casos se trata de menores que viven en la calle, en situación de permanente abandono, porque nos encontramos con menores que, a su edad, acumulan graves frustraciones, rencores y cólera contra la sociedad, y que tienen un mismo denominador común: el desamor, la falta de comprensión y de cariño, así como de atención y cuidado de sus padres.

En definitiva, son jóvenes con una desviada socialización primaria que acaba por abocarles a la delincuencia.

- Menores delincuentes con reacción de huida: En este caso se trata normalmente de menores que han sufrido maltrato en el hogar y por ello abandonan el mismo. Son menores psicológicamente débiles, y que en lugar de responder a la agresión, eligen la huida sin plazos, y casi siempre sin rumbo. Ese alejamiento les hace propicios al reclutamiento por parte de los responsables de la

delincuencia organizada, que les escogen para llevar a cabo actuaciones simples pero de gran riesgo como el transporte de drogas en su propio cuerpo.

3.- En una tercera categoría incluye a aquellos menores delincuentes que presentan rasgos de personalidad estadísticamente normales o próximos a la normalidad. Son aquellos afectados por situaciones disfuncionales que no perturban de manera especialmente anormal, ni la conciencia, ni la capacidad espontánea de decisión ni la emotividad o afectividad; ésta sería, la categoría que englobaría a la mayor parte de los menores delincuentes, entre los que podemos incluir:

- ✓ Aquellos que llevan a cabo simples actos de vandalismo, por ejemplo: ataques al mobiliario urbano, esto como consecuencia de las perturbaciones psicobiológicas que producen la preadolescencia y la adolescencia por motivos de desarrollo y cambio.
- ✓ Los que cometen pequeños hurtos, robos o fraudes por motivos de autoafirmación personal frente a compañeros, creyendo suscitar en ellos admiración.
- ✓ Los que cometen delitos contra el patrimonio o la indemnidad sexual por puro placer, siendo incapaces de resistir a sus estímulos seductores.
- ✓ Los que delinquen para satisfacer meras apetencias consumistas.

Consecuencias de la delincuencia juvenil

La delincuencia juvenil, tiene consecuencias perjudiciales para la sociedad, la cual está enfocada en resolver este problema a través de redes de apoyo multidisciplinarias.

Principales consecuencias:

- ✓ El desequilibrio mental es una de las mayores consecuencias que afecta a los jóvenes que ingresan en la delincuencia.
- ✓ La desintegración familiar o el deterioro del núcleo familiar.
- ✓ La promiscuidad sexual y la falta de valores morales, arriesgan al contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH.
- ✓ La destrucción de los valores.
- ✓ Las muertes prematuras por causas de las llamadas broncas callejeras.

Estas consecuencias traen consigo el deterioro de la sociedad y de los valores de cada uno de los individuos que la conforman.

Coahuila en materia de prevención del delito

La violencia y la delincuencia urbanas han sufrido un incremento a nivel Internacional a partir de la década de los setenta. Ambas afectan a todos los grupos sociales, tanto a los de mayor nivel económico como a los que menos tienen, pero en mayor medida a los pobres, a mujeres y hombres, a jóvenes y ancianos. La inseguridad genera un clima de temor que se traduce en amenazas para la estabilidad y el clima social de las ciudades para el desarrollo económico, la calidad de vida y los derechos humanos.

Según el Programa Especial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia En Coahuila, el alto crecimiento de las conductas violentas que se cometen en la entidad (tanto delitos, como las llamadas faltas administrativas); el alto nivel de agresividad con la que son acompañadas; la inseguridad subjetiva, expresada

por la ciudadanía a través de la percepción ciudadana, y la aparente dificultad de las instituciones para enfrentarlas, impone la búsqueda de alternativas que, sin dejar de atender las consecuencias de dichas conductas, permita la intervención en los factores que las generan o las mantienen.

En este contexto, el Gobierno del Estado de Coahuila impulsa y lleva a cabo las transformaciones institucionales, al marco jurídico de la Entidad, y desarrolla acciones como una respuesta a las realidades actuales a las que se enfrenta la Entidad y sus municipios; para la armonización de la legislación estatal con la nacional, que a últimas fechas el

El Congreso de la Unión ha dispuesto en materia de seguridad pública; así como, en el cumplimiento de la coordinación que en materia de la función de seguridad debe desarrollar en forma conjunta con la federación y los municipios de la Entidad.

Prevención del delito en el Estado de Coahuila

El Programa Especial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia En Coahuila menciona que: Las estrategias de prevención de la violencia según el tiempo de duración pueden clasificarse en estrategias a largo plazo y corto plazo. Las estrategias a largo plazo tienen como objetivo enfrentar aquellos factores de riesgo estructurales y sociales como desigualdad, desempleo, educación y pautas culturales prevalecientes, mediante mensajes para la resolución no violenta de conflictos y la no tolerancia a la violencia en todos los niveles, ya sea, nacional, regional y local.

Los factores estructurales requieren fundamentalmente de un cambio a nivel de la sociedad en su conjunto, y de los factores de riesgo sociales mediante políticas de desarrollo que se dirigen principalmente a grupos de alto riesgo de convertirse en agresores o víctimas.

La prevención del delito se debate entre dos contrastes: 1) reprimir, y 2) estudiar las causas de la criminalidad, a niveles globales, se tiene bien identificado que hace falta multiplicar la segunda opción, pero poco se ha hecho sobre el tema.

Considerar la posibilidad de hacer intervenir a una gama de actores que representen en particular a:

- Los trabajadores sociales y de la educación, el sector de la vivienda y la salud, además de la policía, los tribunales, los fiscales y los servicios encargados de la libertad condicional,
- La comunidad: autoridades elegidas, asociaciones, voluntarios, progenitores, organizaciones de víctimas, y otros;
- El sector económico: empresas, bancos, comercios, transportes públicos, y otros;
- Los medios de comunicación social;

Examinar el interés que revisten para el plan de acción de prevención del delito factores tales como:

Las relaciones familiares, entre generaciones o entre grupos sociales, y otros;

- La educación, los valores religiosos, éticos y cívicos, la cultura, y otros;
- El empleo, la capacitación, las medidas para combatir el desempleo y la pobreza;

- La vivienda y el urbanismo;
- La salud, las drogas y el abuso del alcohol;
- La ayuda gubernamental y comunitaria a los miembros más desfavorecidos de la sociedad, y
- La lucha contra los factores que promueven la violencia y la intolerancia.

Propuestas para la investigación sobre el perfil criminógeno en los jóvenes delincuentes en Coahuila

Vergara (2006) señala que: para el estudio del complejo fenómeno criminal es indispensable el análisis de las circunstancias que originan la conducta antisocial. Sólo conociendo los diversos factores que contribuyen a que un hombre integrado a una sociedad realice determinados actos -que esta última no puede permitirle-, se podrán sentar las bases para el análisis científico de la conducta antisocial y de su prevención.

Retomando lo anterior, se considera que el estudio de la problemática requiere el análisis y diagnóstico de este fenómeno, ya que es una problemática que afecta a la sociedad en su conjunto, aunado a ello a continuación se muestra una propuesta para continuar con la investigación de dicha problemática:

Se considera importante la aplicación de un instrumento a los internos del Centro de Internación, Diagnóstico y Tratamiento de Adolescentes (CDITA) en donde se identifiquen los factores personales, familiares y sociales del adolescente delincuente; cuyo objetivo principal es Identificar el perfil del adolescente delincuente en Coahuila, para cumplir con el objetivo se propone lo siguiente:

- Por medio de los datos que arroje el instrumento, elaborar un diagnóstico sobre factores personales, familiares y sociales del adolescente delincuente
- Conocer la percepción del adolescente sobre su situación jurídica y proyecto de vida
- Analizar los factores presentes en la comisión de delitos por adolescentes en Coahuila.
- Diseñar sugerencias y recomendaciones con alcances multidisciplinarios que atiendan las necesidades y problemas de los adolescentes que infringieron la ley y de manera preventiva.
- Presentar el resultado del proceso desarrollado ante las instancias correspondientes

Lo anterior hace hincapié a la recopilación de datos para la obtención de un perfil más detallado de los adolescentes delincuentes. Con el instrumento, se pretende obtener la mayor información posible del adolescente, es decir, factores como su contexto social, aspectos de la familia, educación, sus proyectos de vida, y sobre todo los motivos que lo llevaron a delinquir, dicho con otras palabras, los factores adversos tienden a presentarse todos juntos y a actuar recíprocamente uno sobre otros hasta el punto de crear una situación generadora de delitos, es decir que con la obtención de cada uno de estos datos se podrá realizar un diagnóstico que determine el perfil del joven delincuente del Estado de Coahuila así como los factores que convierten a un adolescente en delincuente.

Conclusiones

A manera de conclusión se considera que: La delincuencia en México ha crecido sin duda alguna, de forma violenta y no tan solo en México sino ya en todo el mundo. Este fenómeno se da por diversas causas, teniendo grave consecuencias en la sociedad. Se dice que la causa principal y la más mencionada es la falta de trabajo y oportunidades, los jóvenes se ven obligados a abandonar sus estudios por falta de dinero y al sufrir la carencia que conlleva los escasos económicos. Lo anterior lleva a los jóvenes a ver un camino fácil, que es el de la delincuencia; sin embargo no hay que adjudicarles a los jóvenes toda la culpa, sino que hay que nivelarla entre el gobierno, la familia, sociedad y la misma conciencia.

El crecimiento de la delincuencia en un país depende de su desarrollo económico, del nivel de vida de la sociedad y de la interrelación de estos factores con sus condiciones culturales y educativas. Se considera que el carácter de esta interrelación puede provocar anomia y, por ende, la ruptura de la cohesión social y familiar y, a su vez, aumento en la incidencia del delito en los sectores juveniles.

Habría que quedarnos asombrados simplemente por las cifras de los adolescentes que buscan en la delincuencia una salida sencilla para los problemas económicos y adictivos. La misma sociedad está obligada a buscar una verdadera solución a este problema, evitando reclusorios, ya que estas no son más que escuelas de delinquentes, si bien un adolescente es detenido y encerrado por un robo menor, al salir de este, ya es capaz de matar por conseguir lo que quiere.

Ante los argumentos mencionados, se puede decir que el escenario que se vive actualmente en nuestro país, la sensación de inseguridad que enfrentan los ciudadanos en el mundo, el incremento en el porcentaje de delitos que se cometen con uso de violencia y los sistemas ineficientes de prevención y procuración de justicia sugiere que nos preocupemos y ocupemos en ello.

El Trabajo Social como profesión tiene un gran reto y compromiso con la sociedad en manera de prevención de la delincuencia ya que la profesión está vinculada a ciertas instituciones en donde su principal objetivo es prevenir indicadores de violencia y delincuencia, mediante programas preventivos dirigidos a la población ciudadana. Para comprender el interés por el análisis y la búsqueda de soluciones para la delincuencia juvenil, es necesario ubicar este fenómeno dentro de la problemática de la sociedad actual.

La estructura social en que les ha tocado vivir a los niños y jóvenes de hoy, está caracterizada por una complejidad cada vez mayor, donde la búsqueda de soluciones no depende ni de fórmulas tradicionales, ni de líderes carismáticos sino de medidas que realmente concienticen a la sociedad.

Referencias

Acevedo A. Jesús (2011). *De lo antisocial a asesinos en serie. Apuntes para su discusión*. Ed. Plaza y Valdés. México.

- Anzola, María Iglesias, Carlos, Petrucci, Alicia R. & Prado Álvarez, Gerardo (2005). Delincuencia juvenil en Paraná y su relación con las condiciones de exclusión social. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, noviembre, 49-94.
- Blatier, C. (2002). *La delinquance des mineurs. L' enfant, le psychologue, le droit*. Editorial Presses Universitaires de Grenoble . Grenoble (francia).
- Cusson, M. (1989): *Delinquants, pourquoi* Bibliotheque Quebecoise. Paris (Francia).
- Comité sobre delincuencia juvenil, Melbourne, 1956
- David , P. R. (1979). *Sociología criminal juvenil*. Depallma. Buenos Aires. 1979 , Pág. 31
- De la Garza, Fidel (1987). *La cultura del menor infractor*. Primera edición; México, D.F.; Ed. Trillas.
- Garrido Genovés, V. (1986). *Delincuencia juvenil*. Alhambra. Madrid
- Garrido Genovés, V. (1997). Redondo Illescas, S., *Manual de criminología aplicada*, Ediciones Jurídicas, Mendoza ,1997 . Págs. 143-144
- Garrido Genovés, V. & Redondo Illescas, S. (1997). *Manual de criminología aplicada*. Ediciones Jurídicas Cuyo, Mendoza, 1997
- Herrero Herrero, C. (1997). *Criminología (parte general y especial)* Dykinson. Madrid.
- Herrero Herrero, C. (2002). Tipologías de delitos y de delincuentes en la delincuencia juvenil actual. *Perspectiva criminológica*. Actualidad penal nº 41.
- Herrero Herrero, C. (2002). “Tipologías de delitos y de delincuentes en la delincuencia juvenil actual. *Perspectiva criminológica*, en Actualidad Penal, Nº 41, 2002. Págs. 1089-1097.
- Hikal, Wael (2011b). *Criminología etiológica-multifactorial. Los factores criminógenos*. México: Flores editor y distribuidor.
- Izquierdo Moreno. (1980). *Delincuencia juvenil en la sociedad de consumo*. Mensajero, Bilbao, 1980. Pág.7
- Izquierdo M. (1999). *Sociedad violenta: un reto para todos*. Editorial San Pablo. Madrid, España
- Jiménez Ornelas René Alejandro (2005). *La Delincuencia juvenil. Fenómeno de la sociedad actual*. Papeles de la Población. Enero – Marzo, Número 043. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Katz, P. (1988). *The seductions of crime*. Harper Collins Publishers. Nueva York (Estados unidos).
- Mirón A. Lourdes & Otero L. José Manuel (2005). *Jóvenes Delincuentes*. Editorial Ariel. Barcelona, España
- Núñez Paz, M.A. & Alonso Pérez, M. (2002). *Nociones de criminología*. Colex. Madrid.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la violencia y la Salud: resumen*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C
- Rodríguez Manzanera, Luis (1998). *Criminología*. Editorial Porrúa, México 1998, p.22
- Salazar Estrada, José Guadalupe Torres López, Teresa Margarita, Reynaldos Quinteros, Carolina; Figueroa Villaseñor, Norma Silvia & Valencia Abundiz, Silvia. (2009). Perspectiva psicosocial en adolescentes acusados por delitos contra la salud y robo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Julio-Diciembre, 1491-1512.
- Salazar E. José Guadalupe y otros (2011). *Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco*. Papeles de Población [en línea] vol. 17 [citado 2012 -09-10] Disponible en internet:

Referencias electrónicas

- “Consecuencias de la delincuencia juvenil”<http://es.scribd.com/doc/98445918/La-falta-de-atencion-de-los-padres-crea-hijos-con-bajo-rendimiento-escolar,05/02/13,18:32>.
- “Programa especial para la prevención social de la violencia y la delincuencia Coahuila”http://www.coahuila.gob.mx/archivos/filemanager/micrositios/micrositios_multiples/programas_sectoriales_y_especiales/pdf/especiales/prevencion_social_de_la_violencia_y_la_delincuencia.pdf, 03/02/13.10:30

La cultura de la violencia. Notas para la construcción de sociedades libres de violencia

*Jesús Acevedo Alemán*³⁸

Resumen

La intención del presente ensayo es sentar las bases empíricas del concepto *Cultura de la Violencia*, fenómeno que día a día se enraíza en la cultura mexicana y atenta de forma directa en la estabilidad y paz social de los pueblos. Se parte de la premisa que dicha cultura ha engendrado sujetos con formación ética-moral plagada de antivalores, entendidos como aquellas conductas que dañan o atentan contra la vida misma o la integridad de otros. Son sujetos destacados por poseer un perfil con una elevada presencia de Activadores Sociales Negativos (ASN), generados por situaciones vividas en ambientes familiares adversos, escenarios educativos hostiles o contextos urbanos precarios o proclives a la violencia Rasgos que son ampliamente reflexionados por diversos autores en el marco de discusión teórica sobre las conductas antisociales y delictivas (Acevedo, 2008).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2003) define la violencia como el uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de muerte, del desarrollo o privaciones (Amemiya, Oliveros & Barrientos, 2009). Magenzo y Tchimino (2010) señalan que una aproximación adicional al concepto violencia se puede lograr mediante el enfoque o modelo ecológico, el cual explora la relación entre los factores individuales y contextuales, y que considera la violencia como producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.

³⁸ Profesor Facultad de Trabajo Social, UAdeC

El propio autor destaca que los niveles de tipo individual, pretenden identificar los factores biológicos y de la historia particular que influyen en el comportamiento de una persona; el nivel de las relaciones sociales (amigos, pareja, miembros de la familia) aumentan el riesgo de convertirse en víctimas o en agresores; el nivel de la colectividad examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, tales como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y que busca identificar las características de esos ámbitos que se asocian con ser víctimas o agresores; finalmente el nivel social, examina los factores sociales que con mayor frecuencia determinan las altas tasas de violencia (Magenzo & Tchimino, 2010).

Por su parte Amemiya et ál. (2009) indican que la violencia es hoy un componente cotidiano en nuestras vidas, representa una manifestación que ocurre en todos los niveles sociales, económicos y culturales y de manera particular en las instituciones escolares. Los mismo autores destacan que dicha violencia fue ocultada, negada y silenciada durante muchos años por educadores y autoridades; pero, evitar y suprimir esos actos violentos no ha hecho más que empeorarlos, por lo cual el problema debe ser tomado con firmeza y en toda su magnitud (Oliveros, Figueroa, Mayorga, Cano & Barrientos, 2008).

En esta directriz Arellano (2007) agrega que cuando se habla de violencia debe verse desde dos perspectivas íntimamente relacionadas, como lo son la violencia indirecta y la violencia directa. La primera relacionada a las prácticas de indiferencia de los actos violentos o la no denuncia de los mismos, tiene un carácter impersonal y con gran apatía; la segunda perspectiva tiene un carácter personal, cara a cara, y es donde se utiliza la fuerza física o la palabra, como medio para resolver frustraciones y diferencias, mostrándose de diversas maneras como puede ser a nivel corporal, psicológico o moral, también se expresa contra objetos y ambiente. Barbeito y Caireta (2005: 9) enuncian que la violencia directa se puede asumir de igual manera, como la actitud o el comportamiento que constituye una violación o una privación al ser humano de una cosa que le es esencial como persona, como puede ser la integridad física, psíquica o moral, sus derechos y libertades.

Otros autores como Rodríguez y Palomero (2001) coinciden en afirmar que la violencia se da de manera indirecta o estructural y por ende incorporada al sistema

económico-social, manifestándose de manera concreta en injusticias sociales, como es el caso de la existencia de una diferencia en la distribución del ingreso, acompañada de marginalidad, analfabetismo, carencia de servicios médicos asistenciales, y dificultad de ascenso socio-económico en altos porcentajes de la población. Arellano (2007) dimensiona que se puede vincular los efectos de la violencia con el hecho de impedir el desarrollo de las potencialidades del ser humano, lógica en la que coincide Lederach (1998: 98) quien señala que la violencia es preciso enfocarla como la causa de la diferencia entre lo que las personas podrían ser, pero no son: entre lo actual y lo potencial, en cuanto a lo que se refiere a la realización de una vida mínimamente humana.

Cuadro 1. Activadores Sociales Negativos

<p>Ambientes familiares adversos (Activadores familiares)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración familiar (problemas de pareja, indiferencia) • Dispersión de los miembros de la familia • Desatención de los hijos • Enseñanza de antivalores • Métodos educativos basados en la permisividad • Dificultades socioeconómicas (desempleo, salarios insuficientes) • Unidad familiar con fragilidad moral (aumento de divorcios y separaciones necesarias) • Presencia de prácticas de castigo/maltrato infantil
<p>Escenarios educativos hostiles (Activadores educativos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la credibilidad de las figuras de autoridad (maestros y funcionarios) • Problemas de disciplina (conflicto entre profesor-alumno, alumno-administrativos) • Enseñanza de antivalores • Vandalismo y daños a propiedad educativa • Incapacidad institucional (no hay capacidad para atender los problemas derivados de la violencia escolar) • Maltrato entre compañeros o iguales BULLYING (físico, verbal, psicológico, social, acoso sexual)
<p>Contextos urbanos precarios o proclives a la violencia (Activadores urbanos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de una cultura de la antisocialidad (se admira al sicario, en vez del militar; se idolatra al deshonesto y la impunidad en vez de la honestidad y la rectitud) • Condiciones habitacionales sin servicios públicos o insuficientes (falta de alumbrado público, drenaje, calles, vialidades optimas) • Ausencia de presencia policiaca calificada • Un mundo caótico (Psicosis y paranoia social, catastrofismo, rapiña social, desafíos ante el cambio climático, desastres naturales) • Incremento de la delincuencia (robos, secuestros, daño a propiedad ajena) • Presencia del crimen organizado con células cada vez más “calificadas” (preparación paramilitar o de guerrillas con armamento superior o con arsenal de punta) • Enfrentamientos armados entre fuerzas militares y los propios grupos delictivos cada vez más sanguinarios y con daños colaterales (muertes de civiles y daños a particulares) • Crisis institucional (pérdida de credibilidad en las instituciones sociales, como las iglesias, instituciones de seguridad social) • Sociedad civil corrompida (las sociedad civil no ha podido ocupar su lugar frente al diseño e instrumentación de acciones alternativas ante problemas reales, se han convertido en escapares políticos o de interés unilaterales) • Incertidumbre laboral (desempleo, salarios insuficientes, precariedad laboral) • Presencia de una cultura individualista (centrada en el bienestar de uno, alejada de la visión grupal, o comunitaria de colaboración o preocupación de los problemas del otro) • Incremento de los excesos (consumo de drogas, alcoholismo, juegos de azar, entretenimiento lascivo) • Circos mediáticos (centrados en el entretenimiento sin contenidos temáticos)

Fuente: Elaboración propia

Ante dichas reflexiones Luciano, Marín y Yuli (2008) indica que la violencia no es un concepto unívoco ni designa a un fenómeno singular; por el contrario, involucra la existencia de múltiples violencias con implicaciones a niveles individuales, familiares, institucionales y sociales, los cuales se articulan potenciando o moderando sus manifestaciones. Bringuiotti (2000) indica en dicho sentido que, si bien hay formas históricas y culturales que caracterizan la violencia de nuestro tiempo; sus prácticas son producto de configuraciones particulares en los distintos escenarios. En tal sentido Alegre (2004) enmarca que en la actualidad en los contextos educativos, es donde se ha incrementado la llamada violencia escolar entendida como: todas aquellas situaciones de agresión física, verbal y emocional que parte de los alumnos, docentes y la propia institución escolar, que a su vez, está inmersa en una sociedad que se expresa violentamente a través de diferentes modalidades y canales según el nivel de relación (política, institucional, comunicacional y personal), que en su conjunto representa el clima de violencia y se materializa con la presencia bullying (Luciano et ál., 2008).

Bajo el presente orden de ideas se puede agregar que la *cultura de la violencia* ha engendrado sujetos con formación ética-moral plagada de antivalores, entendidos como aquellas conductas que dañan o atentan contra la vida misma o la integridad de otros. Son sujetos destacados por poseer un perfil con una elevada presencia de Activadores Sociales Negativos (ASN), generados por situaciones vividas en ambientes familiares adversos, escenarios educativos hostiles o contextos urbanos precarios o proclives a la violencia (cuadro 1).

Rasgos que son ampliamente reflexionados dentro de la discusión teórica sobre las conductas antisociales y delictivas que se pueden presentar dentro del hogar, en los escenarios educativos o contextos urbanos, pero sobre todo que se desprenden de vivir en sociedades violentas, o de extrema hostilidad social (Acevedo, 2008).

La infancia y juventud en el ojo del huracán

Los escenarios actuales ofrecen una serie de episodios desconcertantes y poco alentadores para las actuales generaciones, sobre todo al hablar de la llamada hostilidad

extrema. La infancia y la juventud, se ven expuestas cada vez más, a toda una serie de acontecimientos caóticos y conflictivos que dejan poco margen para la construcción de una cultura de paz y bienestar social.

Dicho en otras palabras, la niñez y juventud se ven expuestas al incremento de la delincuencia en todas sus dimensiones (robos, secuestros, daño a propiedad ajena, entre otras). El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2010) en tal sentido, reporta una vigencia de procesados en el periodo de 2004 a 2009, de 200 mil por año, por algún delito tanto del fuero común, como del federal (tabla 1 y 2).

Tabla 1. Procesados según año de registro, serie anual de 2004 a 2009

Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total procesados	211 650	214 153	208 369	212 051	212 117	205 323

Fuente: INEGI (2010)

Tabla 2. Procesados según año de registro y fuero, serie anual de 2004 a 2009

Fuero	Fuero común						Fuero federal					
	Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008
Total	180 457	181 006	176 927	180 222	177 261	167 906	31 193	33 147	31 442	31 829	34 856	37 417

Fuente: INEGI (2010)

Destacando en el año de 2009, entre los cinco primeros delitos de mayor incidencia, en primer lugar los delitos de: Robo con 66, 489 casos; seguidos por los Golpes y Lesiones con 29, 796; en tercer lugar el Daño a los Bienes Ajenos con 13 282 casos; en cuarto lugar los Homicidios con 6 264; finalmente los actos ilícitos con Armas con 4 933 casos (tabla 3 y 4).

Mientras que en el 2010 el Gobierno Federal (2010) reveló el nuevo rostro de la delincuencia organizada, deteniendo un total de 81,128 criminales asociados a delitos contra la salud, pertenecientes a distintas organizaciones delictivas. Agregando la propia fuente, que además se arrestó a 34 mil 350 personas que no se les acreditó ninguna filiación a alguna organización, sumando un total de 115 mil 478 detenidos por delitos contra la salud. Es entonces cuando el Gobierno Federal (2010) empieza hablar y reportar los arrestos de integrantes de organizaciones criminales como: la del Golfo/Zetas, Pacífico, Beltrán Leyva, Arellano Félix, Milenio y la Familia Michoacana

entre otros (tabla 5). Asociaciones delictivas con perfiles cada vez más violentos, con prácticas inhumanas de crueldad hacia otros seres vivos y, con pleno historial de actividades delictivas desde edades tempranas.

Tabla 3. Procesados registrados en los juzgados de primera instancia del fuero común, según sexo y delito 2009. 1ª parte.

Sexo	Total nacional	Robo	Golpes y lesiones	Daño a los bienes ajenos	Homicidio	Actos ilícitos con armas	Incumplir obligaciones de asistencia y convivencia familiar	Fraude	Violación	Violencia familiar
Total	167 906	66 489	29 796	13 282	6 264	4 933	4 821	4 386	3 966	3 866
Hombres	150 408	61 548	24 665	11 772	5 888	4 855	4 759	3 359	3 907	3 489
Mujeres	17 498	4 941	5 131	1 510	376	78	62	62	57	377

Fuente: INEGI (2010)

Tabla 4. Procesados registrados en los juzgados de primera instancia del fuero común, según sexo y delito 2009. 2ª parte.

Sexo	Abuso sexual	Despido	Robo de vehículo	Allanamiento de morada o domicilio	Presión en contra de las personas	Abuso de confianza	Conducción ilegal de vehículos de motor	Afectación de vías de comunicación y medios de secuestro	Secuestro	Modificar, ocultar y recibir los elementos materiales del delito	otros
Total	3 265	3 121	3 034	2 026	1 805	1 373	1 325	1 279	803	750	11 322
Hombres	3 243	2 236	2 917	1 711	1 487	1 054	1 304	1 259	715	643	9 600
Mujeres	22	885	117	315	318	319	21	20	88	107	1 722

Fuente: INEGI (2010)

Tabla 5. Detenidos por organización criminal en México 2010

Organización criminal	Arrestos	Porcentaje
La Familia	3 015	4
Milenio	1 632	2
Arellano Félix	10 012	12
Beltrán Leyva	11 769	15
Golfo/ Zetas	22 138	27
Pacífico	19 714	24
Total	81 128	100

Fuente: Gobierno Federal (2010)

Se hacen presentes además, los enfrentamientos armados entre fuerzas militares y los propios grupos delictivos cada vez más sanguinarios y con daños colaterales (muertes de civiles y daños a particulares), que según el Gobierno Federal en el 2010 se registraron 22 mil 701 homicidios (tabla 6). En tal sentido la revista PROCESO (2012)

reporta que la violencia en México tiene por lo menos cinco años en alta intensidad, denotando la propia fuente que hasta septiembre de 2011, el gobierno reconoció 47 mil 515 homicidios relacionados con el conflicto.

Tabla 6. Homicidios violentos por conflictos en México en 2010

Conflicto	Homicidio	Porcentaje
Pacífico vs Juárez	8 236	36
Pacífico vs Beltrán Leyva	5 864	26
Pacífico vs Golfo- Zetas	3 199	14
Pacífico vs Arellano Félix	1 798	8
Familia vs Golfo-Zetas	1 744	8
Golfo vs Zetas	1 328	6
Familia vs Beltrán Leyva	56	0.2
Sin determinar	476	1.8
Total	22 701	100

Fuente: Gobierno Federal (2010)

Por su parte el Semanario Zeta de Tijuana (2012) ha señalado que la cifra ascendió a 83 mil 191 asesinatos relacionados con el crimen organizado, durante la Administración de Felipe Calderón del 1 de diciembre de 2006 al 31 de octubre de 2012. Revelando el propio diario que tal cifra, fue obtenida recurriendo a la consulta del Sistema Nacional de Información, Procuradurías Estatales, Secretarías de Seguridad Pública de las entidades, registros hemerográficos en los estados y a Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) del país.

Tales cifras revelan, la presencia de un crimen organizado con células cada vez más “calificadas”, que gozan de preparación paramilitar o de guerrillas con armamento superior o con arsenal de punta; Sujetos con personalidades hostiles y con presencia de antivaleores.³⁹ Dando entrada a presencia de una *cultura de la antisocialidad* donde se admira al sicario, en vez del militar; se idolatra al deshonesto y la impunidad en vez de la honestidad y la rectitud (Acevedo, 2013).

Aunado a dicho panorama de violencia extrema se presentan crisis institucionales,⁴⁰ derivada de casos como: la fuga de los 132 reos del penal de Piedras Negras, Coahuila, donde se confirmó la participación de las propias autoridades de la institución, y quienes dieron todas las facilidades para la fuga masiva (Noticias Univisión, 2012). O el caso del asesinato de Eduardo Moreira Rodríguez hijo del

³⁹ Suetos apáticos, indiferentes, llenos de rencor, con sed de venganza, mentirosos y oportunistas

⁴⁰ Pérdida de credibilidad en las instituciones sociales, de seguridad pública, entre otras

Exgobernador del mismo estado el Sr. Humberto Moreira, asesinato donde hubo la participación de las propias autoridades de la entidad (Excélsior, 2012).

Tales ejemplos desafían la capacidad de justicia de las instituciones, y de manera puntual las del Sistema Mexicano Penitenciario, donde según Arellano (2010) atraviesa una crisis, derivada de la sobrepoblación, de la incapacidad de las autoridades o modelos de readaptación; convirtiéndose ante tal ausencia en escuelas del crimen, en vez, de espacios de readaptación o reducción social. El propio autor indica que no se trata de un fenómeno exclusivo de México y tampoco es reciente, explicando que en los últimos años se han acumulado evidencias sobre la falta de capacidad del sistema para contribuir de manera efectiva a la reinserción social de los sentenciados o a la disminución de la incidencia delictiva.

Explicando que esta crisis se originó, por múltiples factores entre los que destacan el propio crecimiento de la delincuencia; la mayor severidad de los castigos; y las características del proceso penal, con un uso extensivo de la prisión preventiva y con escasas alternativas al uso de la prisión. Arellano (2010) destaca que la sobrepoblación genera un caldo de cultivo propicio para la corrupción y, en algunos casos, el surgimiento de mafias que se apoderan y comercializan los escasos recursos y servicios vitales, así como los espacios disponibles. Estos fenómenos también favorecen, entre otras cosas, a la socialización de contactos y prácticas delictivas entre los internos, fenómenos recurrentes de autogobierno, así como la planeación y ejecución de hechos delictivos desde el interior de los penales.

Por su parte Acevedo (2013) menciona, que dentro de la cultura de la violencia un factor que vulnera aún más a la infancia y a la juventud son las crisis familiares que históricamente se han presentado, pero en la sociedad moderna se viene a reflejar con una fragilidad moral, con el aumento de divorcios y separaciones necesarias. En tal sentido dependencias como el INEGI (2011) reportan en el periodo de 1994 a 2008 un total de 815 mil 830 divorcios en México (tabla 7, 1ª y 2ª Parte.), cifras que dan parte de la llamada cultura individualista, centrada en los intereses particulares y alejada de los colectivos.

Tabla 7. Divorcios en México, de 1995 a 2008. 1ª. Parte.

Años	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Totales	35 029	37 455	38 545	40 792	45 889	49 271	52 358

Fuente: INEGI (2011)

Tabla 7. Divorcios en México, de 1995 a 2008. 2ª. Parte.

Años	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Totales	57 370	60 641	64 248	67 575	70 184	72 396	77 255	81 851

Fuente: INEGI (2011)

En resumidas cuentas se puede decir que el escenario adverso que enfrenta la infancia y la juventud en México, representa un enorme desafío para los distintos actores sociales e instituciones públicas. En la actualidad, el reto mayor se centra en poder resolver problemas teóricos y prácticos sobre la generación de los llamados “perfiles de maldad” o mejor dicho los niños y jóvenes con antivalores formados como sicarios o delincuentes a la alta escuela. Los cuales son educados —en la mayoría de las ocasiones— dentro de hogares que utilizan como prácticas de crianza y de una manera cotidiana, las distintas prácticas de castigo; creciendo dentro de una atmosfera de antisocialidad, que a la larga, materializa la expuesta *cultura de la violencia, así como los las distintas prácticas de hostilidad extrema.*

Referencias

- Acevedo, J. (2013). *Infierno en casa. Cuando el amor mata*. México, D.F. Trillas
- Acevedo, J. (2008). *El castigo infantil en Aguascalientes: un Modelo Ecológico*. [Tesis de doctorado No Publicada]. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L.
- Amemiya, I., Oliveros, M. y A. Barrientos (2009). Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra de Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70, 255-258.
- Alegre, L. P. (2004). *Violencia escolar, un síntoma de toda la sociedad*. Buenos Aires: Buenafuente.
- Arellano, N. (2007). The violence in school and the provention of the conflict. *Revista ORBIS*, 3, 23-45.
- Arrellano, N. (2010). La violencia escolar como manifestación de conflictos no resueltos. Recuperado el 2 de noviembre de 2010, de http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_751/a_10207/10207.html
- Barbeito, C. y M. Caireta (2005). Introducción de conceptos: paz, violencia, conflicto. Cuadernos de Educación para la Paz. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 4 de noviembre de 2010, de

- <http://www.pangea.org/unescopau/img/programas/educacion/publicacion002e.pdf>.
- Bringuiotti, M. (2000). La escuela ante los niños maltratados. Buenos Aires: Paidós.
- Excelsior (2012). Matan a hijo de exgobernador. Recuperado de: http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&seccion=seccion-nacional&cat=1&id_nota=862501
- El Excelsior (2012). Once mil menores asesinos en cinco años. Recuperado de: http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&seccion=nacional&cat=1&id_nota=775125
- Gobierno federal (2010). Información sobre el fenómeno delictivo en México. México: Gobierno federal
- INEGI (2011), *Datos Estadísticos sobre Divorcio en México 1994-2008*, página consultada 23 de octubre de, <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/MexicoCifras.aspx?e=0&m=0&src=0&ent=0&sec=M&ind=1002000039&enn=Estados%20Unidos%20Mexico&ani=2009>
- INEGI (2010). Principales resultados poblacionales del Censo de Población y Vivienda 2010. Aguascalientes. Gobierno del estado de Aguascalientes
- Lederach, J. (1998). Construyendo la paz: reconciliación sostenible en sociedades divididas Gernika, Vizcaya, España. Gernika Gogoratz: Centro de investigación por la Paz.
- Luciano, G., Marín, L. y M. Yuli (2008). Violencia en la escuela: ¿un problema y un desafío para la educación?. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 27-39.
- Magenzo, A. y M. Tchimino (2010). Violencia escolar. Recuperado el 2 de noviembre de 2010, de http://www.emol.com/encuestas/educadores20/pdf/segundo_periodo/04/Abraham%20Magenzo%20Clase_4_Violencia_escolar.pdf
- Noticias Univisión (2012). Reportan fuga de 132 reos en el penal de piedras negras, Coahuila. Recuperado de: <http://noticias.univision.com/mexico/noticias/article/2012-09-17/fuga-reos-penal-piedras-negras-coahuila#axzz2FGMhsG6p>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Ginebra, OMS.
- Oliveros, M., Figueroa, L., Mayorga, G., Cano, B. y A. Barrientos (2008). Violencia escolar (bullying) en Colegios Estatales de Primaria en el Perú. *Revista Per Pediatría*, 61, 215-20.
- Proceso (2011). Edición Especial No. 33. Los rostros del Narco. México, D. F.:CISA
- Proceso (2012). México en guerra. Consultado de <http://www.proceso.com.mx/?p=296996>
- Rodríguez, M. y J. Palomero (2001). Violencia en las Aulas. *Revista interuniversitaria de formación del Profesorado* No. 41. Recuperado el 2 de noviembre de 2010, de <http://www.aufop.org/publica/reifp/02y5n2.as>
- Semanario Zeta de Tijuana (2012). 83 mil 191 muertos en el sexenio de Calderon. Recuperado de; <http://www.animalpolitico.com/2012/11/83-mil-muertos-por-el-narco-en-sexenio-de-calderon-semanario-zeta/>

LOS COORDINADORES

Jesús Acevedo Alemán tiene estudios de Licenciatura en Trabajo Social (UAA), Maestría en Población y Desarrollo Regional (UAA) y Doctorado en Política Social (UANL). Cuenta con una experiencia profesional de más de 15 años en el servicio público como el privado, así como en diversas asociaciones civiles; ha sido participante y conferencista en múltiples escenarios nacionales e internacionales. Actualmente es Profesor Investigador de Tiempo Completo dentro de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila; es líder del Cuerpo Académico de Estudios sobre Grupos Vulnerables; es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I); es maestro perfil PROMEP.

Ma. de los Ángeles Trujillo Pérez tiene estudios de Licenciatura en Trabajo Social (UAdeC), Maestría en Formación y Capacitación de recursos Humanos (UANL) y diversos diplomados de formación y capacitación. Cuenta con una experiencia profesional de más 20 años en el campo de la enseñanza a nivel superior; ha sido participante y conferencista en múltiples escenarios nacionales e internacionales. Actualmente es Profesor de Tiempo Completo dentro de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila; es integrante del Cuerpo Académico de Estudios sobre Grupos Vulnerables; es maestro perfil PROMEP.

María de la Luz López Saucedo tiene estudios de Licenciatura en Trabajo Social (UAdeC), Maestría en Formación y Capacitación de recursos Humanos (UANL) y diversos diplomados de formación y capacitación. Cuenta con una experiencia profesional de más 20 años en el campo de la enseñanza a nivel superior; ha sido participante y conferencista en múltiples escenarios nacionales e internacionales. Actualmente es Profesor de Tiempo Completo dentro de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila; es integrante del Cuerpo Académico de Estudios sobre Grupos Vulnerables; es maestro perfil PROMEP.

Problemática de los grupos vulnerables: visiones de la realidad

TOMO IV

se terminó de imprimir el 29 de febrero de 2013,
la producción estuvo al cuidado de Imprenta Xpress,
la obra consta de ____ ejemplares