



DESAFÍOS DEL TRABAJO SOCIAL PARA LA

INTERVENCIÓN SOCIAL con FAMILIAS

PAPIME PE307218

Norma Cruz Maldonado
Coordinadora



dgapa

Dirección General de Asuntos
del Personal Académico



Desafíos del Trabajo Social para la intervención social con familias

Coordinadora
Norma Cruz Maldonado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Secretario General

Dr. Hugo Alejandro Concha Cantú

Abogado General

Dr. Luis Álvarez Icaza Longoria

Secretario Administrativo

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda

Secretaria de Desarrollo Institucional

Lic. Raúl Arcenio Aguilar Tamayo

Secretario de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria

Mtro. Néstor Martínez Cristo

Director General de Comunicación Social

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Mtra. Carmen Guadalupe Casas Ratia

Directora

Mtro. Efraín Esteban Reyes Romero

Secretario General

Lic. María Eunice García Zúñiga

Secretaria Académica

Lic. Ricardo Martín Cuevas Pórraz
Secretario Administrativo

Mtro. Edgar Zamora Carrillo
Secretario de Planeación y Vinculación

Lic. Elia Rosa González Martínez
Secretaria de Apoyo y Desarrollo Escolar

Lic. David Martínez Dorantes
Jefe de la Oficina Jurídica

Dra. Julia Del Carmen Chávez Carapia
Coordinadora del Programa de Maestría en Trabajo Social

Mtra. Luz Noemí Navarro Márquez
Jefa de la División de Estudios de Posgrado

Lic. Norma Angélica Morales Ortega
Jefa de la División de Estudios Profesionales

Mtra. G. Araceli Borja Pérez
Coordinadora de Investigación

Lic. Alma Gloria Pérez García
Coordinadora del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia

Lic. Teresa Gabriela González Flores
Coordinadora del Centro de Educación Continua

Lic. Roxana Denisse Medina Guzmán
Coordinadora de Comunicación Social

Lic. María Reyna Ramos Martínez
Coordinadora de Gestión

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Cruz Maldonado, Norma, editor.

Título: Desafíos del trabajo social para la intervención social con familias / coordinadora, Norma Cruz Maldonado.

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, 2021.

Identificadores: LIBRUNAM 2115567 | ISBN 9786073045957.

Temas: Trabajo social familiar -- México. | Trabajo social familiar -- Investigación -- Metodología. | Familias disfuncionales -- Servicios para -- México. | Trabajo social familiar -- México -- Estudio de casos.

Clasificación: LCC HV700.M6.D47 2021 | DDC 306.8743097275—dc23

Desafíos del Trabajo Social para la intervención social con familias



ENTS

Primera edición, 25 de mayo de 2021

Primera reimpresión, 28 de septiembre de 2023

D.R. © 2023 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, CDMX
Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM

Diseño de portada: Alejandra Carolina Ramírez Cásarez

ISBN: 978-607-30-4595-7

Cuidado de la edición: Departamento de Publicaciones ENTS.

Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio sin autorización escrita de su legítimo titular de derechos.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Hecho en México

ÍNDICE

Presentación	9
<i>Norma Cruz Maldonado</i>	
Prólogo	11
<i>Pablo Armando González Ulloa Aguirre</i>	
Aportes teórico-metodológicos de Trabajo Social para el estudio de las familias	
La genealogía del Trabajo Social con Casos, ¿son vigentes los aportes de quienes dieron origen al método?	15
<i>Aída Imelda Valero Chávez</i>	
Cuando el hogar expulsa, la institución... ¿hospeda?	
Vínculos, intersubjetividades y entramados institucionalizados	44
<i>Carmen Gabriela Ruiz Serrano</i>	
Posibilidades de intervención frente al abandono familiar de personas que están en prisión	78
<i>Berenice Pérez Ramírez</i>	

La construcción del riesgo como referente en la intervención en lo social con familias en situaciones de crisis	101
<i>Irving Vázquez Cruz</i>	
Familiograma y diversidad familiar en Trabajo Social	123
<i>Alejandra Moreno Fernández</i>	
Posibilidades de intervención social con familias en situaciones complejas	
La familia ante la muerte materna	143
<i>Julio César Medina Arellano</i>	
Disponibilidad de apoyo familiar en personas mayores como recurso de intervención social	165
<i>Guadalupe Cañongo León</i>	
Redes sociales, familias y Trabajo Social: un reto o una estrategia de intervención	185
<i>Carmen G. Casas Ratia</i>	
Duelo y familia	208
<i>Raúl Ramírez Pérez</i>	
Cultura de la legalidad: jóvenes, normas y reglas	222
<i>Vania Pérez Morales</i>	
Práctica de la autoexploración de senos: desafíos de la educación para la salud en mujeres universitarias	241
<i>Norma Cruz Maldonado</i>	
<i>Jennifer Elizabeth Hernández Manzano</i>	

Experiencias de intervención social con familias

- El cáncer y las repercusiones en las familias: intervención con familiares y cuidadores desde la experiencia de la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer A. C. 271
Araceli Carreto Ortiz
Verónica Hernández Cerón
- Fibrosis quística en paciente pediátrico: un estudio etnográfico desde el Trabajo Social 288
José Luis Alfaro Hernández
Susana Alatraste Aguilar
- Las repercusiones sociales de la estructura familiar monoparental de la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca, Municipio de Chimalhuacán, Estado de México 309
Miguel Bautista Miranda
Martín Sánchez Villal
Vasti Zurisadai Jiménez Amador
- Inclusión social de las madres solteras que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario "El sol" del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México 335
Miguel Bautista Miranda

PRESENTACIÓN

La familia vista como institución, se ha considerado como célula básica para el funcionamiento de la sociedad, teniendo como principal función dotar a los sujetos de habilidades para que éstos logren integrarse y desarrollarse dentro y fuera de la misma, de tal manera que la familia, en conjunto con la sociedad, evoluciona y se transforma de acuerdo con los sucesos ideológicos, culturales, políticos y económicos que se viven en la cotidianidad.

En el siglo xx la familia se caracterizó por conservar un modelo único, conformándose por papá, mamá e hijo(s); sin embargo, los cambios ideológicos, culturales, políticos y económicos han modificado dicha estructura, de tal manera que hoy en día tenemos diversos modelos o estructuras familiares. De esta manera, la familia y sociedad no son estáticas, por lo que los métodos de intervención deberán evolucionar a estos cambios y a las problemáticas o necesidades sociales que éstas presentan.

Desafíos del Trabajo Social para la intervención social con familias es una obra que reúne 15 artículos relacionados con el proceso de intervención de Trabajo Social con familias, y que fueron organizados en tres apartados: el primero de ellos, "Aportes teórico-metodológicos de Trabajo Social para el estudio de las familias", concentra capítulos referentes a la teoría para la intervención, todos ellos elaborados por académicos de la Escuela Nacional de Trabajo Social, resultado de sus

investigaciones. El segundo titulado “Posibilidades de intervención social con familias en situaciones complejas”, está conformado por seis artículos de investigación, con los cuales, los autores presentan y proponen nuevas formas de intervención ante las problemáticas familiares que surgen de manera emergente. Por último, el tercer apartado “Experiencias de intervención social con familias” se integra por cuatro artículos, los cuales recopilan y narran la experiencia de los propios autores, quienes se desenvuelven profesionalmente como trabajadores sociales dentro de instituciones públicas u organizaciones de la sociedad civil.

Un fin esencial de esta obra es mostrar los diversos enfoques con los que Trabajo Social interviene en diferentes escenarios, e invitar a la reflexión sobre la necesidad de replantear métodos y técnicas ante los escenarios complejos que presentan las familias actualmente.

No omito mencionar que esta obra es uno de los resultados del proyecto *Fundamentos teórico-metodológicos del Trabajo Social: retos disciplinares para la intervención social con familias (PE307218)*, y que gracias al financiamiento de este proyecto se puede difundir las formas de pensar e intervenir con familias desde el Trabajo Social.

Norma Cruz Maldonado

PRÓLOGO

El Trabajo Social es una disciplina caracterizada por la intervención como una de sus principales herramientas, aunque no es limitativa, ya que puede emplear y perfeccionar otro tipo de metodologías de análisis y de accionar.

La intervención es clave para solucionar los problemas sociales, pero esto no hace que el o la trabajadora social sean sólo técnicos de la intervención, ya que su formación les da elementos para hacer diseños complejos de políticas públicas, sistematizaciones, seguimiento y evaluaciones de éstas, por lo que la intervención es una parte dentro de todos estos procesos. También es clave la reflexión sobre la propia disciplina en la búsqueda de generar una identidad propia.

Este libro da la pauta para generar reflexiones cada vez más complejas desde el Trabajo Social a partir de la familia y la intervención. La familia como el núcleo básico de la sociedad, de la cual se debe estudiar todo lo que acontece alrededor de ésta y la manera en que las y los estudiosos de lo social deben aprehender el cambio en toda la estructura social, enfrentando casos de lo más variados, que si no son sistematizados se pierde toda la experiencia acumulada.

Uno de los grandes retos del Trabajo Social ha sido la sistematización de las técnicas para la intervención y de los resultados de estas, así como realizar estudios cualitativos sobre los sujetos sociales.

Una de las razones por la que no se realizaban sistematizaciones complejas sobre la intervención era porque no se le daba importancia

a este tipo de ejercicios, las limitaciones metodológicas o al no pensarse como una disciplina autónoma y considerarse como una rama auxiliar de otras. Por lo tanto, se asumía que los ejercicios de sistematización salían de los alcances de la o el trabajador o trabajadora social

Afortunadamente este tipo de textos reposicionan al Trabajo Social como una disciplina que genera reflexiones desde sus propios elementos de análisis. De la misma forma, los trabajadores y las trabajadoras sociales están haciendo esfuerzos colegiados por impulsar estudios más detallados de los problemas sociales y de sus posibles soluciones a través de la propia disciplina.

En este libro se hace una reconfiguración de las viejas aproximaciones y sus desafíos ante el estudio de la familia. Por ejemplo el familiograma, que era una de las técnicas tradicionales para abordar este tiempo de problemas, se cuestiona y analiza a través de nuevos métodos de investigación.

El mundo ante situaciones de familias complejas, técnicas de investigación complejas ante relaciones familiares que podían ser dejadas de lado como temas específicos de estudio, pero que ahora se vuelven manifestaciones comunes ante las nuevas manifestaciones sociales.

El Trabajo Social se consolida como disciplina, pero de manera paralela enfrenta situaciones y problemáticas sociales cada vez más diversas, por lo que las y los especialistas encaran este doble desafío, el cual este libro enfrenta y camina de manera precisa para dar respuestas ante estas problemáticas.

Por último, los casos específicos son un tesoro que redondea un texto colectivo como éste, ya que dan cuenta de las formas en la que la intervención social con familias se realiza en ciertos espacios, y lo más interesante es que se plantea desde las instituciones del Estado, pero también desde la sociedad civil que cada vez se vuelve un actor más relevante, ya que coadyuva con las instituciones estatales, aportando capital humano y capacidades para temas como la atención de campo, incluso alcanzando espacios donde el Estado por momentos no puede llegar.

Pablo Armando González Ulloa Aguirre

Aportes teórico-metodológicos
de Trabajo Social para el
estudio de las familias

LA GENEALOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS, ¿SON VIGENTES LOS APORTES DE QUIENES DIERON ORIGEN AL MÉTODO?

*Aída Imelda Valero Chávez**

Resumen

En este artículo hemos querido explorar los inicios del Trabajo Social de Casos investigando la postura de diversos autores sobre el contexto que facilitó el origen a este método. Para ello, partimos de la genealogía que nos lleva a considerar desde los precursores de la asistencia social en los siglos XVI y XVII Juan Luis Vives, Vicente de Paul, Benjamín Thomson y Thomas Chalmers, entre otros, quienes de una manera empírica dieron algunas de las bases de este método, hasta llegar a los siglos XIX y XX donde ya se dan las bases teóricas y metodológicas a partir de autoras como Jane Adams, Mary Hellen Richmond, Charlotte Towle, Gordon Hamilton, Florence Hollis y Evelyn Davison, por citar a las más relevantes de acuerdo con sus propuestas al método de Trabajo Social con Casos y que hoy en día continúan siendo un aporte significativo dentro de nuestra profesión.

* Doctora en Educación, maestra en Enseñanza Superior, licenciada y técnica en Trabajo Social. Profesora Titular "C", TC, Escuela Nacional de Trabajo Social. Líneas de Investigación: salud, jóvenes, violencia social e inseguridad pública. Correo electrónico: <valerots@gmail.com>.

Palabras clave: Trabajo Social de Casos, genealogía, historia, método.

Introducción

El objetivo del presente trabajo es realizar una breve descripción de corte genealógica basada en fuentes documentales que permitan identificar los antecedentes que dieron lugar a la configuración, estrategias y factores que permitieron la progresiva institucionalización y construcción de la intervención profesional dentro del denominado Trabajo Social con Casos. Como parte de la revisión histórica que se realiza se recurrió a la consulta de fuentes documentales tales como libros y artículos que dan cuenta del surgimiento de ese método de intervención profesional.

Los orígenes en la historia del Trabajo Social

A lo largo de la historia han surgido diversas interpretaciones respecto a las prácticas y representaciones sociales a fin de dotarlos de significado y tratar de entender sus repercusiones y trascendencia. Dentro de estas interpretaciones encontramos al Trabajo Social.

Específicamente para el caso que nos ocupa, el Trabajo Social con Casos, "ha sido necesario reconstruir el proceso de conformación de los elementos constitutivos del campo profesional y explicitar el contenido de significación concreto que los mismos adquieren históricamente" (García, 1998).

La referencia histórica de la especificidad de Trabajo Social remite a las llamadas formas de ayuda y asistencia social, no como meros antecedentes, sino como las prácticas de donde se desprende Trabajo Social como una profesión. "Las formas de ayuda y asistencia no son etapas cronológicas de una supuesta evolución de la disciplina, sino que son prácticas previas y autónomas a esta práctica profesional" (Miguel y Vázquez, 2016).

Del ejercicio de la caridad y la filantropía al Trabajo Social de Casos

La especificidad profesional comienza a constituirse recuperando elementos de otras prácticas, no profesionales, a través de las cuales se interviene en las necesidades y carencias para cumplir con las prescripciones de una doctrina. El Trabajo Social se desprende del ejercicio de la caridad, entendida como "un mandato divino: hacer el bien por amor a Dios; y deviene también del ejercicio de la filantropía, como la puesta en acto de un imperativo ético: hacer el bien por amor al hombre" (Iannitelli Muscolo y Mestres Bertran, 2014)..

Estas prácticas, que pueden resumirse en la beneficencia como la virtud de hacer el bien, consisten en una serie de actividades que se desarrollan con base en la fe, la experiencia, la intuición y el compromiso. Su significado es dar o donar algo que se objetiva en la limosna como un alivio material; y en el consuelo plasmado en un consejo, en una oración, en una visita, como alivio espiritual (Valero, 2003).

Tanto para el ejercicio de la caridad como para el de la filantropía, se estructura una mediación a cargo de un sujeto particular, quien es el encargado de establecer el vínculo entre los satisfactores y las necesidades y carencias. "Así la puesta en acto de la doctrina plantea la persistencia de un sujeto intermediario que operacionaliza la doctrina" (Salord, 1998). Se entiende entonces que el intermediario actúa de buena voluntad a partir de su propia disposición para intervenir en la problemática del otro. Este intermediario no constituye en sí la solución al problema, sino que funge como articulador entre el problema y su solución a partir de la voluntad y disposición que posee.

La mediación del intermediario se produce por una obligación moral o religiosa, "el lugar del intermediario está determinado, no por ser sujeto portador de necesidades o de satisfactores, sino por ser portador de la voluntad de participar como una respuesta al mandato divino o terrenal" (Salord, 1998).

En el ejercicio de la caridad y de la filantropía este hecho es "algo dado": es como deber ser según la doctrina. Los sujetos sociales deponen su ser social (clases sociales) y aceptan, de mutuo acuerdo,

(aceptación del dogma) reconocerse como herederos del reino de los cielos o como semejantes, aceptan reconocerse como naturalmente ricos o naturalmente pobres, iguales como hijos de Dios o como seres humanos. Como señala Susana García Salord: "Incluso el mismo intermediario está reconocido como tal: como la encarnación del bien" (Salord, 1998, p. 25).

Tanto en el ejercicio de la caridad como en el de la filantropía, los objetivos que orientan dichas prácticas son externos al problema en sí, dado que la religión compete a un acto de fe y la ética a un compromiso con ciertos preceptos morales. En este sentido, los objetivos que las orientan no derivan de la particularidad del problema social (pobreza), sino de la relación que el sujeto tiene con sus creencias y sus convicciones: salvar el alma a través de buenas obras hechas por amor a Dios; o cumplir con la obligación que tiene todo ser humano con sus semejantes: ayudar al prójimo (Miranda, 2013).

Independientemente si la beneficencia se lleva a cabo por voluntad propia o guiada por los preceptos de un credo religioso, se pueden identificar determinadas características de cada uno de estos enfoques. "No significa lo mismo el ejercicio de la caridad que el de la filantropía, aunque en los hechos participen los componentes semejantes como la fe (en un Dios o en el hombre), la esperanza (del paraíso en el cielo o en la tierra), el compromiso (con la causa de Dios o con la del hombre)" (García, 1998). En cada una de estas prácticas la "intervención en el problema social" se articula de un modo diferente, dado que sus respectivos marcos de referencia parten de concepciones distintas del problema social y de los sujetos que en él participan. En la caridad, como dijimos, el objetivo es salvar el alma y la pobreza es una determinación divina, por eso es necesario dar la limosna y el consuelo. La intervención culmina en el donativo. Por el contrario, en la filantropía el objetivo es ayudar al semejante y la pobreza es un imponderable, por eso se niega la limosna como una dádiva y se plantea una ayuda que actúe como paliativo de la circunstancia del prójimo (García, 1998).

Los precursores de la asistencia social como antecedente necesario del Trabajo Social de Casos

A fin de conocer en qué consistió la influencia europea en el Trabajo Social de Casos, es conveniente empezar desglosando las ideas fundamentales de Juan Luis Vives, Vicente de Paul, Benjamín Thompson y de Thomas Chalmers, que trabajaron en el terreno de la caridad y de la beneficencia entre el siglo *xvi* y el *xix*, sus teorías repercutieron más allá de las fronteras de sus respectivos países e incluso más allá del Océano Atlántico.

Después, será preciso mencionar algunos enfoques ingleses del siglo *xx*, en las que se inspiraron directamente las promotoras norteamericanas del Trabajo Social de Casos.

Juan Luis Vives (1492-1540)

Juan Vives es destacado pionero en la obra asistencial. Sostuvo que el ser humano tenía incorporado un valor social, con respecto a su persona. Siendo una figura importante dentro del Renacimiento, en su obra *De subventionem pauperum, sive de humana necessitate (Del socorro de los pobres o de la necesidad humana)* sostiene la entonces revolucionaria tesis de que la prevención y el socorro de los pobres constituyen una de las funciones propias e inexcusables del Estado. Esta obra suscitó en su época una dura polémica que se extendería más allá de su muerte, ya que esta innovadora postura sólo fue aplicada por el Consejo de Burgomaestres de Brujas hasta 1564, no sin antes recibir el rechazo de los medios eclesiásticos quienes no pudieron ver con agrado que se atribuyera a los poderes temporales las ilimitadas competencias que secularmente habían sido atribuidas a la Iglesia en esta materia. Vives se preocupó profundamente por las necesidades de los pobres y en la conveniencia de exponer los medios con que juzgaba se les podía socorrer y de la responsabilidad de los gobernantes para erradicar la pobreza (Valero, 2019).

Las principales ideas, medidas y propuestas planteadas por Vives son la redistribución de la riqueza; el recogimiento y clasificación de los pobres; el cuidado de los centros asistenciales por parte de la autoridad y su meticuloso control a través del riguroso registro de los pobres que vivan en sus casas; la investigación de sus medios y de sus verdaderas necesidades; la identificación y control de los vagos y vagabundos, obligándoles a trabajar; la devolución de los mendigos sanos a sus lugares de origen, cuando fueren forasteros; su formación profesional, si careciesen de oficio; su adscripción forzosa a los patronos concesionarios de las obras públicas; la imposición de correcciones a los viciosos y dilapidadores; la concesión de un suplemento del salario para los trabajadores que no ganaban lo suficiente para mantener a su familia; la colocación de los desempleados en las obras públicas; la más cuidada asistencia de los enfermos, tanto físicos como mentales, en los hospitales, poniendo el mayor empeño en curar a los "privados del uso de la razón"; el esmerado cuidado de los niños, cuestión a la que dedica un solo capítulo dentro de su obra, encareciendo en que no se repare en gastos a la hora de su educación, etcétera.

En su *Tratado de socorro de los pobres*, declara el derecho del pobre a la asistencia, así como la necesidad de conocer los problemas de cada uno de los desvalidos, visitándolos en sus casas y tomando nota de las circunstancias especiales de su existencia para llegar a un diagnóstico preciso del problema, y a una ayuda específica.

Vicente de Paul (1581-1660)

Vicente de Paul destaca en la historia del Trabajo Social por su propuesta del *Pequeño método*. Éste consiste en acercarse al pobre, visitándolo en su domicilio en forma amistosa, para descubrir sus problemas físicos y morales. De este conocimiento y buena relación emanaba la ayuda que trataba de lograr el perfeccionamiento corporal y espiritual del necesitado.

Para garantizar los objetivos de la ayuda, trató de acercarse a pobres y ricos, para que conocieran, estimaran, y de tal relación derivara una ayuda digna.

Las mujeres que participaban en estos programas atendían de manera especial a los inválidos, los ancianos, los enfermos y los niños, mientras que los hombres de la congregación se dedicaban, principalmente, a los pobres en condiciones de trabajar y a los presos.

Proporcionó formación teórico-práctica a los grupos de mujeres que colaboraban con él, en la tarea de proporcionar a los necesitados habitación, alimentos y vestuario, al mismo tiempo recibían instrucción religiosa.

Vicente de Paul concedió gran importancia a la individualización y aceptación del hombre en la persona del necesitado. "No se puede ayudar eficazmente a un ser humano, si no se logra entablar con él una buena relación", decía. Orientó una serie de normas, previniéndoles contra la limosna o el auxilio indiscriminado, estableciendo el previo control de los "casos" por parte de la tesorería antes de "visitarlos", efectuando una clasificación de los pobres en diversas categorías.

Benjamín Thompson (1753-1814)

A principios del siglo XVIII, Benjamín Thompson concibió un proyecto verdaderamente original que puso en ejecución en Munich, Baviera. Él se sintió extraordinariamente impresionado por la gran cantidad de pobres y mendigos que con la mayor facilidad eran encerrados en la cárcel, pero no pudo resignarse a ver castigar a los mendigos sin que se les ofreciera al menos una oportunidad de ganarse la vida con su trabajo, sin que se les proporcionara algo positivo, esto es, una nueva posibilidad, una oferta de trabajo.

Thompson intentó implantar el tratamiento individual y tenía confianza en las posibilidades de rehabilitación del individuo. Hizo crear en Munich en 1790 una gran institución destinada a inculcar a los mendigos el hábito del trabajo, denominada "Casa de trabajo militar".

En dicha institución eran bien acogidos los pobres, quienes se dedicaban a la fabricación de vestimenta para el ejército; se les proporcionaba un salario en especie y una bonificación especial por el trabajo suplementario; a mediodía se les servía una comida adecuada. Este centro obtuvo un auge inmediato.

Thompson se limitó a aplicar medidas positivas y logró prestar un trabajo a la comunidad, consiguiendo atraer a sus ideas no sólo a los pobres, sino también a las autoridades de la ciudad. Empleó comisiones de barrio de carácter gratuito para meter a los mendigos válidos para el trabajo en dichos centros, donde tanto a ellos como a su familia y otros indigentes, se les daba de comer gratis. También facilitó gratuitamente materias primas para el trabajo a domicilio de los pobres que quisieran ganarse así la vida. Todo ello financiado con impuestos, donaciones y aportaciones particulares.

Thomas Chalmers (1780-1847)

Thomas Chalmers "consideraba que había que investigar sobre la causa de la penuria y de estudiar las posibilidades de que el indigente se sostuviese a sí mismo" (Ramírez de Mingo, 1987). Chalmers organizó su trabajo de la siguiente forma: distribuyó las dos mil familias que había en su Parroquia en 25 grupos, y a cada uno le asignó un anciano y un Diacono. El rol del anciano consistía en atender las necesidades espirituales, mientras que el Diacono atendía las temporales, así como también llevaba a cabo las visitas de las familias de la parroquia y organizar reuniones vespertinas. Se dio prioridad a la atención de los pobres, de tal forma que se eliminaron los casos indignos.

Estas acciones conforman un antecedente directo de lo que posteriormente sería denominado Trabajo Social de Casos (un proceso utilizado por ciertas agencias de bienestar humano para ayudar a los individuos a enfrentarse más efectivamente a sus problemas en funcionamiento social).

Es así como también en su obra una vez más encontramos en el pasado una teoría del Trabajo Social de Casos, que tiene el mérito de

haber configurado algunos de los principios y de las prácticas de lo que sería más tarde la *cos*.

El método propuesto por Thomas Chalmers, ante un caso de necesidad fue:

En primer lugar, había que indagar cuidadosamente sobre ella, determinar su verdadera causa, y desarrollar las posibilidades de automantenimiento del propio pobre;

Si esto último no fuera posible, se debía alentar a los parientes, amigos y vecinos, para que se hiciesen cargo de los huérfanos, de los ancianos, de los enfermos, de los inválidos, etc.;

Si de ese modo no se pudiese resolver la necesidad en cuestión, había que encontrar de entre los ciudadanos ricos quien mantuviera a tal familia, y

Sólo en el supuesto de que fracasaran todas estas actuaciones, el diácono del distrito debería pedir la ayuda a los fieles.

Un elemento esencial para la obra de Chalmers fueron los "visitadores voluntarios", cuya labor era posibilitar que los diáconos acertaran al máximo en su cometido, proporcionándoles toda suerte de información posible sobre los peticionarios de ayuda, sus circunstancias familiares, profesionales, vecinales, su personalidad, su vida, etc., tarea que debían cumplir aprendiendo a presentarse ante ellos no como "limosneros", sino como "amigos". Por ello, la insistencia de Chalmers sobre la importancia de la cuidadosa selección y la adecuada formación de los visitadores, cuestiones ambas que marcan un amplio antecedente en torno al Trabajo Social de Casos.

Federico Ozanam (1813-1853)

Federico Ozanam vivió en el siglo XIX en Europa. Su vida estuvo caracterizada por una profunda Fe y un permanente compromiso cristiano que lo llevó a promover entre los jóvenes el rechazo a las enseñanzas y prácticas antirreligiosas. Con su actuar, Ozanam promovió un pensamiento social basado en la noción de justicia en torno a las relaciones

laborales y humanas en general. Fue un severo crítico de la esclavitud y de la desigualdad social de su tiempo.

Sentó las bases del nuevo pensamiento social defendiendo la justicia en las relaciones laborales y humanas, condenando la esclavitud y rechazando las enormes diferencias entre ricos y pobres. En su actuar y obra reemplazo el concepto de limosna por el de justicia social, lo cual constituye una novedad para la época en la que vivió.

La Conferencia de la Caridad, se fundó en 1833 con el objetivo de llevar a cabo la evangelización por medio de la actuación personal con los grupos de necesitados. En el mismo año, en París, se creó la Sociedad de San Vicente de Paúl, institución católica laica al servicio de los pobres y que funciona por medio del voluntariado.

Ozanam, en septiembre de 1848, declaró lo siguiente: "He creído y creo aún, en la posibilidad de la Democracia Cristiana; más aún, no creo en otra cosa, tratándose de política" (Instituto de Formación Demócrata Cristiana, 1982). Por sus acciones y dichos es considerado como uno de los precursores de la Democracia Cristiana.

Ozanam profundizó en el análisis de la relación entre democracia y preceptos cristianos, guiado por su preocupación por la indiferencia ante las circunstancias políticas de su tiempo. Consideró que no bastaba con la caridad para transformar la realidad, sino que era necesaria la institucionalidad y la democracia como medios para lograr terminar las diferencias sociales. Entre sus principales postulados están (Instituto de Formación Demócrata Cristiana, 1982):

- Trabajar a favor de las clases obreras, hacinadas en grandes ciudades, aplastadas por un egoísmo que les desprecia.
- Promovió una visión fija y no influenciabile sobre la "cuestión social".
- La cuestión que hoy agita al mundo es una cuestión social; es la lucha de los que no tienen nada y de los que tienen demasiado, es el choque violento de la pobreza y de la opulencia.
- Orientar la acción social hacia la igualdad entre las personas.

Es así como observamos que las obras de Juan Luis Vives, Vicente de Paúl, Benjamín Thompson, Thomas Chalmers y Federico Ozanam, cada uno en su país respectivo durante un periodo que se extiende del siglo XVI al XIX, estaban guiados por principios comunes, especialmente por:

- La individualización de personas, problemas y tratamientos.
- La posibilidad de rehabilitación del ser humano.
- La importancia del trato entre los hombres.
- La necesidad de investigar las características de la problemática de los sujetos, los recursos de que se dispone y la no dependencia de la asistencia por parte de los sujetos y sus familias.

Las doctrinas, ideas y realizaciones de estos cuatro europeos se inspiran en principios que algunos siglos más tarde se reproducirían idénticamente en el *casework*.

El 23 de abril de 1869 se fundó en Inglaterra una asociación que debía coordinar las labores de la beneficencia pública y privada, se le llamó "Sociedad para la Organización del Socorro Caritativo y Represión de la Mendicidad", y más tarde cambió su nombre al de "Sociedad para la Organización de la Caridad" (cos), en ésta encontraríamos años más tarde a la cuna del Trabajo Social profesional, centrado en la atención individualizada mediante el estudio de casos.

Los precursores del Trabajo Social con Casos

Mary Ellen Richmond (1861-1928)

Mary Ellen Richmond en el año de 1889 ingresó como tesorera asistente en la Sociedad para la Organización de la Caridad (cos), en 1891, pasó a ocupar el cargo de Secretaria General de la misma y se incorpora al equipo de "visitadoras amigables", grupo de mujeres que atendían problemas sociales en los barrios obreros. Para poder cumplir satisfactoriamente con sus tareas, acude a capacitarse mediante conferencias

realizadas en la cos. Hacia 1893, reconociendo la carencia de materiales didácticos para elevar el nivel de conocimientos de las "visitadoras", estudia sociología y filosofía, especialmente las obras de William Janes y John Dewey, pragmáticos receptores del positivismo de Herber Spencer. Conoció a George H. Mead, con quien inicia una sólida amistad que incidiría en la obra de ambos. Por él se introduce en la psicología social y en la dinámica de la vida de los grupos y toma contacto con la obra de Sigmund Freud y los antropólogos culturalistas del momento.

En 1897 pronuncia una disertación en la Conferencia Nacional de Instituciones de Caridad y Corrección, en la ciudad de Toronto, Canadá, en la que señaló la necesidad de crear una escuela para la formación de trabajadores sociales. La cos concretó esa idea al año siguiente, con la creación de la Escuela de Filantropía Aplicada en la ciudad de Nueva York, donde dos años más tarde se incorporó como docente. En el año de 1899 publicó su primer libro *Visitas amigables entre los pobres*, en el que hace sugerencias prácticas para los visitantes y enfatiza la participación de la familia como grupo para mejorar la comunidad.

A partir de 1900 radicó en la ciudad de Filadelfia, aceptando el cargo de Secretaria General de la filial de la cos, con la finalidad de reestructurarla. Durante nueve años ocupó dicho cargo, concentrando sus esfuerzos en el movimiento voluntario y en propiciar la creación de una legislación en defensa de las esposas abandonadas, en la instauración del Comité de Trabajo del Niño, la Asociación de Caridad Pública, el Tribunal del Menor y la Asociación de Vivienda, así como de establecer instituciones para la atención de mujeres y niños débiles mentales. Entre 1905 y 1909 preparó material de enseñanza para la cos, publicando en 1907 el libro *El buen vecino en la ciudad moderna*, en el que destacó las contribuciones del voluntariado, así como los objetivos y métodos de la caridad moderna.

Cuando en 1907 es fundada la Russell Sage Foundation, en Nueva York, se incorporó a ella en calidad de investigadora, radicando nuevamente en Nueva York a partir de 1909, para asumir la dirección del

Departamento de Caridad de dicha fundación, a la vez de que se integró al Comité de Instrucción de la Escuela de Filantropía. Desde 1910 y hasta 1922 dirigió un instituto de verano para capacitar durante un mes a secretarías de las Organizaciones de la Caridad.

En 1914 pronuncia una conferencia en la que señala los primeros pasos en el Trabajo Social de Casos, la que sirvió de base mediante nuevos aportes para que en 1917 publicara, bajo los auspicios de la Russell Sage Foundation, su principal obra denominada *Diagnosis social*, como producto de 17 años de investigación y experiencia directa en campo.

En 1922 publica la obra *Qué es el Trabajo Social de Casos*, en el que encontramos cómo lo define y cómo opera en la práctica.

Las características más importantes de la obra de Richmond (1995) son el haber señalado que sin investigación social no es posible realizar Trabajo Social:

“Los problemas sociales aparecen como evidencias que están presentes ante nuestros sentidos, pero que compuestos de hechos, tomados en su conjunto, indican la naturaleza de las dificultades de un determinado cliente y los instrumentos para su solución.” Como procedimiento utiliza siempre la inducción, ya que como “proceso racional nos permite pasar de una serie de casos particulares a una formulación general y de una verdad general inferir algunos hechos nuevos acerca de un caso particular” (Richmond, 1995).

Richmond señaló con claridad que el objetivo del Trabajo Social era educar a través de un programa de participación que permita al “cliente” compartir con el trabajador social la responsabilidad de las decisiones a tomar, educar democráticamente, entendiendo por democracia un hábito cotidiano, la igualdad de compartir cosas en común, en igualar las posibilidades de éxito para todos, nunca con la tendencia a masificar. Señaló también la necesidad de “un servicio social en reformas sociales que eleve las condiciones en los cuales viven las masas”.

Mary Richmond habla también de la relación que puede establecerse de persona a persona (*mind on mind*) y del influjo que de ella puede resultar con vistas a la modificación de una personalidad determinada. Su principal mérito consiste en haber comprendido en cierto modo el dinamismo de las relaciones interhumanas, incluso antes que la psiquiatría hubiese alcanzado la fase de desarrollo en que hoy se encuentra.

Richmond y sus colaboradores hacían visitas a los necesitados (principio de la amistad en el terreno profesional), y les aseguraban una ayuda material adecuada con el propósito de ejercer una influencia psicológica. Para ella, el grupo básico de relaciones sociales es la familia, tema que está presente a lo largo de toda su obra, debiendo involucrar a todos sus miembros a lo largo del diagnóstico y tratamiento.

Consideraba al trabajador social artífice de las relaciones sociales, y por tanto debe ser capaz de "descubrir las significaciones y nuevas posibilidades que estas situaciones familiares producen en sus miembros". En resumen, procuró individualizar al cliente (precisamente ella empleó por primera vez este término), establecer un diagnóstico social y conceder el socorro más adecuado.

Respecto a la conceptualización del Trabajo Social de Casos señala: "el servicio social de casos individuales es el conjunto de métodos que desarrolla la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social" (Richmond, 1993, p. 67).

Charlotte Towle (1896-1966)

Dirigió el Departamento de Ayuda a Menores en Filadelfia, para pasar posteriormente a hacerse cargo de la Dirección del Menor en la ciudad de Nueva York. Posteriormente fue profesora en la Facultad de Servicios Sociales en la Universidad de Chicago, hasta su retiro.

El libro más importante y controvertido que deseamos destacar de la autora fue *El Trabajo Social y las necesidades humanas básicas*, publicado en 1945, siendo una fuente de controversia después de su publicación, porque los sectores más críticos la acusaron de tener "contenidos socialistas", destruyéndose las planchas de impresión y sólo a

través de la intervención de la Asociación Americana de Trabajadores Sociales se volvió a publicar en 1952, convirtiéndose desde entonces en una obra clásica.

Según Towle, el Trabajo Social de Casos nace del vínculo que se produce entre el comportamiento humano y la administración de los programas de bienestar social. En el análisis de la situación, los trabajadores sociales deberían tener en cuenta las necesidades psicológicas, las fuerzas sociales, la experiencia de la práctica, además de la relación del interior del hombre y su entorno social como uno de los requisitos básicos en el estudio del caso.

El Trabajo Social de Casos lo definió como: "el propósito de hacer posible que un individuo obtuviera una vida más productiva de acuerdo con sus potencialidades".

Pensaba "que en las desigualdades, había que ser desigual", reconociendo con esta frase que las múltiples carencias de la pobreza había que buscarlas en la sociedad, en los problemas psiquiátricos y en las enfermedades del cuerpo.

Siguiendo esta línea, en el libro se analiza la tipología de las personas en función de su origen y características de sus necesidades. Así, la infancia con desventajas, adolescentes mal socializados con tensiones familiares, adultos en crisis, familias problemáticas, ancianos, discapacitados, deberían tenerse en cuenta en el momento de formular programas y acciones públicas dirigidas al bienestar social, porque ellos serían los principales actores al conocer sus dificultades y sus debilidades.

En su filosofía, no hay promoción de la persona sin su participación activa, racional y responsable en la vida individual y social, porque, según Towle, es la base donde radican sus cambios. Sin embargo, se producen procesos regresivos cuando el cambio ha sido impuesto y desaparece quien lo impuso. La participación debería ser la expresión organizada de las necesidades socialmente determinadas por la comunidad, y resueltas a través de los programas sociales.

Para Towle, el trabajador social con casos debería influir en las cualidades y en las posibilidades de la persona a través de un proceso

educativo en el que la persona pudiera sentirse partícipe de su propio cambio, con el apoyo de los programas sociales. El profesional debería impulsarle en su lucha encaminada para alcanzar su verdadero lugar en la sociedad.

La hipótesis que manejó la autora en sus escritos, "es que no puede existir desarrollo personal, sin desarrollo social", por lo que habría que impulsar las medidas políticas y económico-sociales necesarias para ampliar las perspectivas de superación y perfeccionamiento de la persona como ser individual.

Florence Hollis (1907- 1987)

Fue profesora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Columbia. Ocupó el puesto de secretaria general en el Instituto de Familia en Cleveland. Tuvo un gran interés por la enseñanza y la investigación sobre los factores sociales y psicológicos que inciden en las dificultades maritales. Logró trasladar su experiencia práctica a sus teorías psicosociales, poniendo el énfasis en el apoyo a los patrones sanos de crecimiento y desarrollo, como en su aplicación al Trabajo Social de Casos.

A lo largo de su vida profesional realizó grandes aportaciones a través de numerosos artículos y libros, entre los que se podrían destacar *Casos sociales en la práctica* (1939), donde recogía seis casos, describiendo la situación de las personas afectadas por una serie de circunstancias personales: separación, divorcio, problemas familiares o discapacidades, así como *La mujer en el matrimonio* (1949) y *Caso social: una terapia psicosocial* (1969), donde muestra la estructura teórica, los procedimientos, el diagnóstico y la programación del Trabajo Social de Casos.

En su filosofía sobre el Trabajo Social con Casos existen dos formas significativas de enfrentarse a los problemas: la primera a través del sostén económico, emocional o moral de la persona para mejorar su funcionamiento personal y, en segundo lugar, a través del desarrollo de la percepción propia, tratando de mejorar la dirección de su conducta

mediante una mejor y más completa comprensión de sus maneras de reaccionar. Ambas formas establecen una relación entre el "yo", y sus funciones que intentan dirigir la energía vital de la persona hacia la satisfacción de sus necesidades, el logro de sus metas, a conocerse a sí misma en relación con los demás, y a defenderse o protegerse para mantener el equilibrio emocional que deberían determinar el progreso o el cambio para conseguir la adaptación a su medio ambiente.

La capacidad de adaptación de una persona mediante el "yo", le permite armonizar sus deseos con las realidades de su situación, cambiar su conducta cuando sea necesaria, o alterar sus circunstancias sociales. Mediante el proceso de adaptación del "yo", madura y desarrolla destrezas resultantes de las experiencias de aprendizaje a través del proceso de solucionar sus problemas. Siguiendo su línea de pensamiento, para entender y ayudar eficazmente a la persona, hay que visualizarla en el contexto de sus interrelaciones con el medio.

Casi todos los casos tienen características internas y externas, donde se incluye una persona o una familia y su situación. También se analiza la realidad objetiva y el significado que tiene para quien la experimenta. Por lo tanto, el trabajador social debe reconocer y entender el "mundo externo", que puede ser la familia, el grupo social, el laboral, el del estudio, o cualquier otro contexto donde la persona forme parte. El tratamiento dependía de la comprensión que tuviera la persona sobre sí misma, de sus factores sociales y de las personas significativas en su situación social. La intervención del trabajador social debería ir dirigida a que el usuario entendiera e interiorizara estos tres elementos, con el fin de producir cambios de funcionamiento significativo en su comportamiento. La técnica más importante para lograr estos objetivos debería ser la relación *casework*, basada en la aceptación y el respeto por el otro, llevándose a cabo la relación en un ambiente de tranquilidad y sosiego.

Sus teorías se desarrollaron a través de dos métodos fundamentales: el método directo cuando se dirige a la persona, en el que el trabajador social considera como herramienta fundamental para el tratamiento la relación de ayuda, estableciendo relaciones personales a través del

interés mostrado por sus problemas, la aceptación, el compromiso y la influencia indirecta; el profesional sólo debería hacer uso de su autoridad cuando la persona tuviera limitaciones personales para elegir el camino más directo, estableciendo como la vía más importante en la toma de conciencia de su problemática la discusión reflexiva de su situación. Y el método indirecto incluye actividades con las personas allegadas, los grupos significativos y las realidades del asistido para contribuir a la solución de sus problemas, que podría realizarse a través de ayudas materiales que no deberían menoscabar la dignidad de la persona, además de realizar actividades en su medio ambiente con el propósito de promover cambios favorables en la situación.

En su enfoque, Hollis quería demostrar que los trabajadores sociales tenían un rol autónomo, que la terapia psicosocial era más importante que la psicoterapia, utilizando el concepto que más tarde señalaría Gordon Hamilton: persona-situación, donde la persona tratada debía ser analizada en el contexto de sus interacciones con el medio. Las características principales en la que se asienta su posición serían las siguientes:

- El tratamiento parte de las necesidades del usuario.
- Utiliza el concepto de dilema social para describir lo que considera que es una necesidad.
- Existe una discrepancia o una des-adaptación en la relación entre el individuo y quienes lo rodean, o entre él, la familia y los recursos comunitarios.
- Los problemas que surgen pueden depender del mal funcionamiento del individuo, de factores del medio o de ambas cosas (Hamilton, 1940).

El diagnóstico y tratamiento deben orientarse a los dos campos y, sobre todo, a la relación entre ellos. Su posición se basa en la perspectiva del funcionamiento social y en la teoría de la personalidad de Freud. Entre los aspectos fundamentales de su teoría se podrían destacar:

- a) La importancia del contenido y del proceso de estudio psicossocial.
- b) La trascendencia del diagnóstico.
- c) La valoración de la personalidad como dato central.
- d) Encontrar en la persona los recursos que le permitan salir de la situación.
- e) Reciprocidad: la persona es un sujeto activo dentro del proceso de comprensión y solución del problema.
- f) El análisis del pasado no representa un aspecto relevante, sólo se usa para cuestiones específicas (Vázquez, 2005).

Amy Gordon Hamilton (1892-1967)

Amy Gordon Hamilton es la conexión entre Mary Richmond y la evolución del Trabajo Social de Casos en América. Después de su trabajo en Inglaterra durante la Primera Guerra Mundial, ejerció en Estados Unidos para la Cruz Roja Americana, ahí conoció a Mary Richmond, quien la recomendó a la cos de Nueva York. En 1923, después de tres años como trabajadora de casos e investigadora para la cos, empezó a trabajar en la Escuela de Trabajo Social de Nueva York. Es considerada como una de las figuras representativas del Trabajo Social de Caso (individual y familiar), dado que sus trabajos influenciaron profundamente el desarrollo de la teoría del *casework*.

La mayor contribución de Amy Gordon Hamilton la encontramos en su trabajo como profesora y escritora. Como profesora trabajó con Eveline Burns y Philip Klein en el desarrollo de un programa de doctorado de Trabajo Social en la Universidad de Columbia, proponiendo ideas sobre la especialización del método y la unidad de las metas y los valores del Trabajo Social.

Sus trabajos incluyen publicaciones como *Teoría y práctica del Trabajo Social* (1940); es una de las principales expresiones de la escuela diagnóstica, fue ampliamente traducido y utilizado como libro de texto durante al menos dos décadas. En él marca el objetivo de esta profesión.

Al Trabajo Social con Casos le incumbe la liberación de los recursos en el entorno inmediato y de las capacidades en el individuo que pueda darle una vida más plena [...] afirmando que para ayudar eficazmente a otra persona, es preciso saber respetar la personalidad humana: reconocer que cada cual tiene el derecho de gobernar su propia vida, de gozar de libertades personales y civiles, y buscar la felicidad y las metas espirituales conforme con su manera de entender las cosas [...] Se caracteriza por su objetivo que es proporcionar servicios prácticos y consejo, a fin de despertar y conservar las energías psicológicas del cliente, hacerlo participar activamente para la solución de sus problemas (Hamilton, 1951, p. 23).

El proceso metodológico que desarrolla la lleva a caracterizar al método de caso como un proceso psicosocial, en tanto que los problemas de las personas son generalmente interpersonales y sociales, por lo tanto se debe poner énfasis en lo que denominó *persona en la situación*, es decir, a las interacciones que poseen el individuo y su familia con la situación y el entorno social e institucional. Por lo anterior, indica tres elementos que guiarán la intervención del trabajador social:

1. Establecer una buena relación (aceptación, comprensión, apoyo y sinceridad) con el cliente.
2. La participación del cliente, a través de sus potencialidades y capacidades, es un elemento nodal para la resolución de sus problemas.
3. Para aproximarnos a los elementos que integran el todo y la relación entre éstos (*persona en la situación*), es necesario que el trabajador social desarrolle la habilidad para entrevistar.

El proceso metodológico que nos plantea esta autora a lo largo de sus obras tiene el siguiente diseño:

1. Solicitud (establecimiento de una buena relación) y admisión.
2. Estudio (buen conocimiento y uso de los recursos personales y materiales):

- 2.1. El individuo.
- 2.2. La familia.
- 2.3. El sistema de grupos.
- 2.4. Los recursos sociales.
- 2.5. Registro, elaboración y presentación de la intervención.
3. Diagnóstico social:
 - 3.1. Registro del diagnóstico en el expediente.
 - 3.2. Evaluación de las capacidades.
 - 3.3. Comunicación oral y escrita.
4. Evaluación:
 - 4.1. Capacidades del cliente.
 - 4.2. Defensas.
5. Tratamiento, tipos:
 - 5.1. Administración de un servicio práctico.
 - 5.2. Manipulación ambiental.
 - 5.3. Tratamiento directo (Hamilton, 1974).

Según Hamilton existen tres niveles en el diagnóstico social:

- *Diagnóstico descriptivo*, en el que se hace una síntesis descriptiva de la situación psicosocial del sistema y del problema que representa.
- *Diagnóstico causal*, en el que se intenta establecer una posible relación causa-efecto que tiene o ha tenido incidencias en el problema actual.
- *Diagnóstico evaluativo*, en el que se ponderan los elementos y recursos personales, familiares y sociales, que pueden utilizarse para introducir mejoras, como aquellos que podrían influir negativamente para descartarlos.

A lo largo de su carrera académica mostró una constante evolución de su pensamiento (desde la práctica a la teoría, para volver a reconvertirla en teoría). Se podría decir que “la persona, su situación y el conocimiento de sus problemas” son los puntos básicos de su teoría,

además de entender que la integración del conocimiento científico y los valores sociales eran fundamentales para la práctica profesional.

Evelyn Davison (1872-1913)

Trabajadora social inglesa, ejerció el Trabajo Social de Casos por 23 años, principalmente con familias en las ciudades de Liverpool y Ty-neside. En 1965, publica su texto *Trabajo Social de Casos*.

Se dedicó a ser instructora de Trabajo Social de Casos en la Universidad Southampton.

Los aportes de la autora abren un campo de investigación hacia la producción teórica y de carácter histórico del Trabajo Social Inglés, toda vez que el método de casos ha sido influenciado por la tradición Americana (Bedoya y López, 2017).

Evelyn Davison ejerció como trabajadora social en el contexto político y geográfico de las dos guerras mundiales en Inglaterra.

Sus vivencias y experiencias resultado de su labor en el contexto de la atención de población afectada por la guerra permiten a Davison desarrollar un interés por la intervención con individuos, por la vinculación en servicios sociales que promueven el bienestar colectivo desde los intereses y necesidades de los sujetos. (Bedoya y López, 2017).

A continuación se exponen los conceptos que la autora refiere en su texto como centrales para el aprendizaje del Trabajo Social, en especial el de casos, lo que resulta fundamental en el contexto de la formación profesional desde el reconocimiento de la trayectoria del método. Se iniciará con el Trabajo Social de Casos, seguido de los principios-elementos básicos para lo que se conoce actualmente como intervención, la cual se define bajo los términos de encuentro de la trabajadora social, comprensión del cliente, registro del caso y reportes, formas de ayuda, remisión, transferencia y término.

Finalmente, se hace alusión al rol de la trabajadora social por medio de la síntesis y la interpretación de diferentes características que Davison resalta a lo largo de su obra, ofreciéndonos una definición del Trabajo Social de Casos:

Un servicio personal proporcionado por trabajadoras sociales calificadas a individuos que requieren ayuda capacitada para resolver un problema personal o familiar. Su objetivo es eliminar las tensiones material y emocional, y ayudar al cliente a lograr un ajuste práctico de acuerdo con su medio social, así como satisfacción mutua en sus relaciones personales.

El Trabajo Social individualizado es un proceso empleado por algunas instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo a afrontar con mayor eficacia sus problemas de ajuste social. Aunque esta definición dista mucho de ser perfecta, tiene una pequeña ventaja: abarca los cuatro elementos esenciales del estudio social individualizado en sus relaciones recíprocas. Comoquiera que cuanto expongamos a partir de ahora se basará en esta definición, procederemos a estudiarla algo más detalladamente (1973).

Es decir, que es una actividad disciplinada que requiere una apreciación de las necesidades físicas y emocionales del cliente y de su familia para su adaptación en el contexto social; además, la autora aclara que dicha actividad sólo es realizada por trabajadoras sociales "que reúnen los requisitos de grado profesional". Esta definición la retoma la autora de la emitida por la Gran Bretaña en una reunión internacional sobre terminología de Trabajo Social, en la cual se infiere que el Trabajo Social de Casos tiene un carácter riguroso que requiere de conocimiento conceptual, metodológico y recursos institucionales que permitan dar respuesta a las demandas físicas, emocionales o personales que aquejan a un individuo en busca de su bienestar.

Evelyn Davison expone los principios inherentes a la práctica profesional aplicables para el trabajo con casos o para el Trabajo Social en general; reconoce la necesidad del establecimiento de éstos para lograr la coordinación entre servicios en apariencia incompatibles.

Los principios referidos por la autora que se explican a continuación son:

- a) La aceptación, se podría afirmar, es homologable al respeto por la vida; las condiciones particulares de la historia y las problemá-

ticas que aquejan a una persona en una situación determinada sin llegar a juzgarlo, criticarlo o condenarlo; se reconoce como una actitud relacionada con los valores en función del bienestar común, por lo que manifiesta que es necesaria la comprensión de la persona.

- b) La autorresponsabilidad se refiere a la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones y ser corresponsables de su proceso de intervención y lo que éste conlleva; esto implica que la trabajadora social debe reconocer la autonomía de las personas, por lo que indica que no se trata de la eficiencia, sino de identificar en cada una su madurez para "descubrir por ellos mismos, con ayuda de la trabajadora social de casos, la correcta acción a seguir".
- c) La confidencia remite a la responsabilidad y deber ético que tiene la profesional de preservar la información y asuntos íntimos que la persona considere innecesarios dar a conocer a personas distintas a las profesionales.

Indica que es responsabilidad decidir qué debe ser registrado, en cuanto hay diferencia entre lo íntimo y lo privado. A su vez, delimita que la indagación y registro del caso es acerca de la solicitud del cliente y no debe haber la pretensión del profesional de querer saberlo todo.

En este orden de ideas, la autora asocia estos principios con el reconocimiento que el profesional debe hacer al valor inherente de los seres humanos, siendo así que es la actitud de respeto la que debe caracterizar al profesional. La relación entre estos principios permite concluir que existía una preocupación por la persona del trabajador social y su relación con quienes desarrollaba los procesos de intervención.

Respecto a lo metodológico, la autora describe lo que podría identificarse como el proceso de atención, denominándolo el encuentro de la trabajadora social con el cliente, por lo que se establece que el encuentro inicial puede ser por iniciativa de la persona o por remisión, teniendo presente que la trabajadora social siempre estará vinculada a una institución, pues la profesión se ejerce desde la filiación a ésta

porque es allí donde se legitiman los servicios sociales diferenciados a los brindados desde la filantropía.

Además resalta la importancia que tiene la entrevista inicial para el establecimiento de la relación profesional, identificación de la demanda de la persona y su participación en el proceso de atención; es decir que, en gran medida, se atribuye al encuentro inicial entre profesional y sujeto de intervención la significación y definición de las acciones a desarrollar en un periodo determinado.

El proceso denominado *casework* social –o Trabajo Social individualizado– consiste en una transacción progresiva entre el profesional que ayuda (el especialista en *casework*) y el cliente. Comprende una serie de operaciones de resolución de problemas integradas en una relación significativa. El fin del proceso está contenido en sus medios: influir sobre la persona-cliente fomentando su eficacia para afrontar sus problemas, o influyendo sobre el problema hasta resolverlo o mitigar sus efectos.

Por tanto, el especialista en Trabajo Social de Casos debe saber captar la naturaleza de la persona que se presenta como cliente, la naturaleza del problema que plantea, y la naturaleza del lugar en el que se pueden hallar los medios de resolver el problema. Entonces, aunque en realidad no se trata de un “entonces”, sino de un “al mismo tiempo”, podemos percibir y comprender la totalidad de estos tres ingredientes, totalidad que difiere de la suma de los elementos, porque entre ellos existe una constante interacción. Una vez examinando cada uno de estos ingredientes, aisladamente y en relación con el *casework*, se puede considerar y analizar el proceso mismo, en cuanto a una estructura dinámica y, principalmente, en cuanto a su utilidad para la persona que necesita ayuda.

Vigencia de los aportes en la genealogía del Trabajo Social con Casos

A pesar de los cambios radicales registrados en los últimos tiempos y de la mayor cohesión humana impuesta por la agudización de los problemas de tipo individual y social, el Trabajo Social de Casos continúa siendo la clave de la solución de tales problemas; pero hay que consi-

derarlo como un punto de partida para actividades de mayor alcance que, iniciándose en los problemas individuales, llegue a cooperar en la solución de los grandes problemas sociales.

Durante el seminario que se ha desarrollado en la Escuela Nacional de Trabajo Social, bajo la coordinación de la Mtra. Norma Cruz Maldonado, nos llevó a reflexionar sobre las problemáticas sociales y la metodología de intervención de Trabajo Social de Casos. Además, este acto académico permitió conocer las estrategias de intervención que implementan los trabajadores sociales en el ámbito de instituciones públicas y organismos de la sociedad civil. En todas ellas se ofreció un panorama teórico-metodológico que, en el marco de este artículo, correspondería al rescate de las propuestas que hace más de un siglo nos plantearon los pioneros del Trabajo Social con Casos, de tal manera que debemos reconsiderar la historia y buscar la construcción de nuevos marcos metodológicos que permitan la intervención social en realidades complejas; y comprender que nuestro *hacer* profesional tiene un sustento científico.

Cabe señalar, entre los orígenes de la profesión, los aportes de Richmond, Towle, Hollis, Hamilton y Davison, entre otros no menos importantes, quienes se enfrentaron en diversos momentos a situaciones críticas a nivel mundial; sin embargo, no claudicaron en la recuperación de sus experiencias y en la elaboración de una teoría contenida en sus publicaciones, que actualmente se concentran en los marcos teóricos disponibles para la comprensión de los individuos, en las políticas públicas y sociales. Sin embargo, cabe señalar que las dinámicas institucionales lamentablemente debilitan el ejercicio profesional y logran anular o deshumanizar la relación, confianza y credibilidad del sujeto hacia el trabajador social.

En este breve recorrido histórico basado en los principales exponentes del Trabajo Social con Casos, encontramos la vigencia de los aportes que ellos realizan, como el énfasis de la investigación de las causas de los problemas sociales, el diagnóstico social, como punto clave para determinar la intervención profesional e institucional; la individualización, es decir, el tratamiento individual; la ayuda con dig-

nidad; la intervención en el marco de los principios éticos como la aceptación, la confidencialidad, la autodeterminación y el no juzgar.

Rescatamos el principio del Trabajo Social de Casos consistente en considerar que ningún usuario es igual a otro en sus necesidades y que, por lo mismo, los conocimientos y técnicas de la profesión deben aplicarse de diferente manera en cada caso.

Los autores enfatizan en la importancia que tiene la entrevista inicial para el establecimiento de la relación profesional, la identificación de la demanda de la persona y su participación en el proceso de atención, todo ello centrado en una buena relación, en las capacidades del cliente en el abordaje de la persona, de su familia, del sistema de grupos de que disponga y la importancia de las técnicas de observación y de la visita domiciliaria.

Asimismo, nos señalan que en el Trabajo Social de Casos no se puede establecer un diagnóstico, ni fijar tratamientos en una forma mecánica basada en un criterio de generalizaciones. Por lo contrario, señalan que hay que considerar cuidadosamente las circunstancias determinantes que se reúnen en cada caso; las formas que toma cada necesidad, así como las medidas resolutivas accesibles.

En este sentido, "varios de los desafíos que se imponen hoy para el ejercicio del Trabajo Social de Casos están dados en las nuevas lecturas y abordajes que se hacen a las problemáticas que plantean la necesidad de rigurosidad y fundamentación, así como en la incorporación de métodos que se han consolidado y que sirven como base para la atención de casos, pese a que el mundo contemporáneo plantea flexibilidad y eclecticismo por la necesidad de mostrar resultados de la gestión de las instituciones y de las políticas sociales" (Bedoya Calvo y López Gómez, 2017).

Por último, no quiero dejar de señalar que desde los inicios del siglo *xiv* y hasta el siglo *xx*, ya eran cuestionadas por lo precursores de la asistencia social y las primeras profesionales del Trabajo Social las condiciones de pobreza, insalubridad, exclusión, violencia social y de género, ente otros, todos ellos problemas abordados desde nuestra disciplina.

Referencias

- Bedoya Calvo, Isabel Cristina y Jenny Marcela López Gómez (2017), "Los aportes de Evelyn H. Davison al Trabajo Social de Casos", *Trabajo social*, núm. 19, pp. 197-209. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2256-54932017000100197&lng=en&tlng=es>. Consultado el 19 de enero de 2021.
- Davison, E. H. (1973), *Trabajo Social de Casos*, Consuelo A. de Escamilla (trad.), South Tamphthon, Continental.
- García, S. (1998), *Especificidad y rol en Trabajo Social. Currículum-Saber-Formación*, Buenos Aires, Humanitas.
- García, S. S. (1991), *Especificidad y rol en Trabajo Social*, Buenos Aires, Lumen.
- Hamilton, G. (1940), *Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos*, Nueva York, Prss.
- _____ (1951), "Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos", México, *La prensa médica mexicana*.
- _____ (1974), *Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos*, México, Prensa Médica Mexicana.
- Iannitelli Muscolo, S. y M. Mestres Bertran (2014), "Evolución histórica de los métodos en Trabajo Social de Casos", en T. Fernández García, *Trabajo Social con Casos*, Madrid, Alianza Editorial.
- Instituto de Formación Demócrata Cristiana (1982), *Apuntes para la Formación Política*, Madrid, Instituto de Formación Demócrata Cristiana.
- Miguel, M. P. y M. Vázquez (2016), "Acerca de la intervención y de la especificidad del trabajador social en la temática de la maternidad adolescente", *Aproximaciones al desarrollo histórico de la política educacional*, Buenos Aires, UBA.
- Miranda, M. (2013), *De a caridad a la ciencia*, Buenos Aires, Espacio.
- Ramírez de Mingo, I. (1987), "El Trabajo Social", *Cuadernos de Trabajo Social*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Richmond, M. (1993), *Caso Social Individual*. Buenos Aires, Humanitas.

- Richmond, M. H. (1995), *El caso social individual. El diagnóstico social. Textos seleccionados*, Madrid, Talassa.
- Valero, C. A. (2019), *Desarrollo histórico del Trabajo Social*, México, ENTS-UNAM.
- Valero Chávez, A. I. (2003), *Desarrollo histórico de Trabajo Social*, Ciudad de México, ENTS-SUA.
- Vázquez, O. (2003), "Teorías de las principales figuras del Trabajo Social", en F. T. (coord.), *Introducción al Trabajo Social*, pp. 110-139, Madrid, Alianza.

CUANDO EL HOGAR EXPULSA, LA INSTITUCIÓN... ¿HOSPEDA? VÍNCULOS, INTERSUBJETIVIDADES Y ENTRAMADOS INSTITUCIONALIZADOS

*Carmen Gabriela Ruiz Serrano**

Se trata de hospedar en y desde el corazón, que es el espacio de la memoria. Porque es allí donde las heridas se curan, se restauran, se transfiguran.

Jacques Derrida

Resumen

El presente artículo profundiza en los hallazgos obtenidos de una investigación cualitativa (Ruiz, 2014) realizada en una Casa Hogar en

* Maestra en Terapia Familiar y licenciada en Trabajo Social. Certificada por el Family Relations Institute Miami, como evaluadora con diadas en niños en América Latina. Profesora asociada C de tiempo completo en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México desarrollando la línea de investigación "Trata de personas". Actualmente realiza estudios en torno a la niñez y su vinculación con fenómenos, como la trata de personas, el maltrato infantil, la niñez migrante no acompañada y la intervención social con menores de edad albergados en Centros de Asistencia Social. Es autora de los libros Maltrato infantil. De la violencia doméstica a la violencia estructural y Maltrato infantil. Del diagnóstico a la intervención en contextos de institucionalización. Correo electrónico: <ts_gabriela@hotmail.com>.

la Ciudad de México, cuyo principal interés se centró en explorar la percepción del vínculo que desarrollan las cuidadoras primarias con respecto a las niñas y los niños en condición de institucionalización. A través de la exposición de los resultados, se busca contribuir al estudio de la trascendencia que tiene el establecimiento del vínculo, colocado en la vivencia que experimentan las cuidadoras primarias y sus motivaciones personales al jugar un papel sustituto de parentalidad. Se explica cómo viven su rol y cómo esta intersubjetividad moldea el quehacer laboral teniendo un impacto en el cuidado y atención de la población albergada y su identificación como familias de carácter sustituto, con fundamento en su estructura y las relaciones vinculares que al interior se establecen.

Palabras clave: niñez en condición de institucionalización, apego y familia comunal institucionalizada.

Introducción

Desde hace algunos años me encuentro inquieta por sumergirme en el estudio de los vínculos, las intersubjetividades y los entramados que se desencadenan en la atención de niñas y niños sobrevivientes de maltrato que se encuentran en condición de institucionalización, agentes activos y en relación con figuras sustitutas de parentalidad, cuyas interacciones se encuentran determinadas por una serie de marcos jurídico-normativos en tensión con los deseos, pensamientos y emociones, situadas en la institución como agente rector de las mismas.

Esta inquietud emana de una experiencia profesional de más de 15 años, a través de la cual he identificado coincidencias entre la estructura de los Centros de Asistencia Social (conocidos como Casas Hogar) y las de los sistemas familiares tradicionalmente reconocidos (familia nuclear, monoparental, extensa y adoptiva, entre otras).

Un primer ejercicio de aproximación se lee en el artículo “Familia comunal institucionalizada: desconstruyendo la institucionalización” (Ruiz, 2017), que tuvo como objetivo eje

[...] aportar elementos para la deconstrucción de la percepción que se tiene de los Centros de Acogimiento Residencial, antes llamadas Casas Hogar, para reconocerlos como modelos familiares sustitutos, trascendiendo con ello la idea de que se trata sólo de espacios de alojamiento temporal dedicados a la atención de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales y en condición de vulnerabilidad.

En el presente texto doy continuidad y aspiro en adentrarme al dato empírico que me sugirió el desarrollo del vínculo entre las niñeras y las niñas y niños que viven en una Casa Hogar, que tiene como soporte las interrogantes: ¿qué impacto tiene en la vida de las niñas y los niños el acogimiento residencial ante el desconocimiento jurídico y social de ser un sistema familiar sustituto? ¿Cómo se vive la relación vincular y de qué forma se expresa entre las cuidadoras formales en su encuentro con la niñez receptora de maltrato y carente de cuidados parentales?

Entender la institucionalización de menores de edad resultado de la orfandad o la disfuncionalidad familiar, obliga a pensar en una multicausalidad asociada hoy día, entre otras cosas, a la pobreza, la marginación, la desigualdad, el maltrato infantil y a problemas de orden estructural como la migración, la delincuencia organizada y la trata de personas; es ahí donde el internamiento en los Centros de Asistencia Social ocurre como una medida de protección y cuidado ofrecida por el Estado en el reconocimiento de éstos como sujetos de derecho.

Según un estudio realizado por la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, se sabe que en México cerca de 30 000 niñas y niños se encuentran en instituciones enfocadas a la atención y cuidado de personas menores de edad (RELAf, 2014, p. 19). Estos establecimientos están enmarcados en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes publicada en diciembre de 2014, les reconoce como los lugares o espacios de cuidado alternativo o acogimiento residencial

para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental o familiar (LGD-NNA, 2014, p. 6).

Actualmente el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), institución rectora en materia de asistencia social en México, tiene como responsabilidad otorgar medidas especiales de protección a niñas, niños y adolescentes que hayan sido separados de su familia de origen por resolución judicial (LGDNNA, 2014, p. 21) y entre otras medidas definidas. Para dar respuesta a tal encomienda, cuenta con cinco centros de acogimiento residencial que dependen directamente del sistema y se encuentran destinados a la atención de la población de recién nacidos hasta los 18 años.

La institucionalización de una niña o niño en un Centro de Asistencia Social resulta de la imposibilidad de sus padres o familiares, para proveerle del cuidado y atención familiar, situación que genera en él un impacto difícil de resarcir, al experimentar una sensación de pérdida o abandono; usualmente la institucionalización se encuentra vinculada a experiencias de violencia doméstica y estructural, vivencias que representan en el niño eventos traumáticos que lo alteran profundamente en todas las dimensiones de su persona: qué piensa, qué aprende, qué recuerda y cómo se percibe a sí mismo y al mundo que le rodea (Bloom, 1999, p. 1).

Bajo estas condiciones es que las niñas y niños se ingresan a los centros de acogimiento volviéndose todo un reto su asistencia y atención, la que además de cubrir sus necesidades primarias como alimentación, vestido, vivienda o instrucción escolar, debe trascender al resarcimiento de los efectos derivados del maltrato.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sugiere que el cuidado alternativo que se les provee en estos centros de acogimiento debe garantizar al niño, niña y adolescente un hogar estable que le brinde la seguridad de un vínculo continuo y seguro con sus acogedores, favoreciendo el establecimiento de relaciones significativas con los adultos y con sus pares mientras dure la medida (UNICEF, 2011, p. 21).

Este énfasis que el organismo internacional pone a la relación vincular, se asocia con investigaciones que demuestran la importancia de

las relaciones afectivas y de los cuidados mutuos en la conservación de la salud psíquica. De acuerdo con la propuesta de Barudy, la constitución biológica y las experiencias relacionales son fundamentales para las personas, pues influyen, se complementan y se perturban mutuamente. Uno de los componentes más importantes de las relaciones afectivas que forjan a una persona sana es el hecho de haber sido atendido, cuidado, protegido y educado en periodos tan cruciales de la vida como la infancia (Barudy, 2005, pp. 23-52).

Aquí radica la pertinencia del presente estudio, pues si bien ya se cuenta con investigaciones que abordan las características y necesidades del *niño maltratado* y los efectos derivantes de la vida institucional durante la infancia, poco se ha profundizado en la influencia y el impacto que tiene el apego gestado entre cuidadoras sustitutas (es decir, las personas dedicadas directamente al cuidado y la crianza dentro de las instituciones) y las niñas y los niños; estas cuidadoras o niñeras, que ante la ausencia de las madres o padres biológicos sustituyen el rol, personas que se configuran como depositarias del afecto de niñas y niños al representarse como adultas significativas que moldean su comportamiento y quienes a partir de la relación le traducen el mundo al infante.

Esta investigación se centra, entonces, en el estudio del tipo de apego que se construye, partiendo de la percepción de la cuidadora y explorando cómo la relación diádica impacta en ellas a partir de la intersubjetividad que se deriva de la relación. El estudio se realiza a la luz de la Teoría del Apego, entendiéndolo como la regulación diádica de los afectos.

En un nivel externo de este fenómeno, se puede decir que en los vínculos de apego existe una regulación de la activación afectiva del niño por parte de las funciones reguladoras del cuidador. La exposición del niño a las capacidades reguladoras del adulto (es decir, su interacción empática y respuesta sensible) permite, en un primer momento, que éste calme las emociones displacenteras al tiempo que se va construyendo en el niño la capacidad de responder más adelante él mismo, a los estímulos aversivos (Benito, 2006, p. 12).

En el desarrollo del artículo se encontrará la descripción del perfil en cuanto a las características generales de los integrantes de la diada (cuidadoras-infantes) y los criterios laborales establecidos institucionalmente para el desarrollo de las funciones de la niñera; en cuanto a la población albergada, ésta comprende las condiciones etarias, sectoriales y familiares que condicionaron el ingreso y la vida institucional. Posteriormente se exponen los resultados de las entrevistas realizadas a partir de una serie de esquemas diseñados y articulados en campos semánticos que vincularon los testimonios de las niñeras. Finalmente se realiza el análisis del discurso generando tres campos analíticos: los motivos laborales que soportan el quehacer institucional de la niñera, la percepción vincular y la experiencia frente al desprendimiento que se da, una vez que el niño o niña deja de estar a su cuidado, dicho análisis ofrece elementos para la construcción de ideas concluyentes que se describen al final del artículo.

Metodología

El marco conceptual de este trabajo parte de la premisa de que el apego es el vínculo emocional con cuidadores o figuras significativas que proporcionan seguridad emocional indispensable para el buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

Este artículo se basa en los resultados de una investigación de campo realizada de enero a diciembre de 2013 en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán, Centro Asistencial del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, responsable del cuidado de niñas y niños en el rango de 5 a 9 años. Se trata de una investigación cualitativa, realizada bajo el método de teoría fundamentada, que buscaba llegar a un constructo teórico partiendo directamente de los datos obtenidos en campo y cuya pregunta de investigación fue: ¿Cuál es la percepción de las niñeras de Casa Cuna

Coyoacán respecto del vínculo que establecen con las niñas y los niños asistidos? El objetivo central fue identificar las características del vínculo que establecen las niñeras de Casa Cuna Coyoacán con las niñas y niños que en ella se albergan, desde la percepción de las primeras.

Las participantes fueron trabajadoras puericultistas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia adscritas a Casa Cuna Coyoacán, mujeres en un rango de edad de 30 a 50 años con puesto de niñeras y cuya antigüedad en dicho perfil fuera de 10 a 15 años, 50% con hijos y 50% sin hijos. Este perfil fue determinado a partir de considerar probables sesgos en la muestra si se contaba con un número mayor de niñeras sin hijos o a la inversa, de mujeres que ejercieran la maternidad biológica o adoptiva; en cuanto al tiempo de ejercicio laboral, el rango definido pretendía disminuir la probabilidad de que alguna niñera presentara significativamente agotamiento laboral, derivado del síndrome de burnout, traumatización vicaria o algún otro indicio asociado al trabajo con población sobreviviente de violencia.

Se realizó una triangulación con las técnicas de entrevista en profundidad a través de la cual se obtuvieron datos que permitieron un abordaje más profundo respecto de la percepción de las relaciones vinculares que se establecen en la población sujeto de estudio y la observación no participante con el fin de incorporar indicadores conductuales de esta relación vincular. El tipo de estudio fue de carácter cualitativo descriptivo.

Para llevar a cabo la investigación se estableció coordinación con las autoridades de la Casa Cuna y se les dio a conocer los objetivos de la investigación, se proporcionó consentimiento informado y se aplicaron a las niñeras entrevistas en cámara de Gesell, además de realizar observación no participante en espacios de recreación y en actividades de la vida diaria. El muestreo fue típico.

Perfil de las niñeras de Casa Cuna Coyoacán

Las mujeres entrevistadas para esta investigación se encuentran asignadas al Centro Nacional, Modelo de Investigación y Capacitación

Casa Cuna Coyoacán. Todas ellas cubren una serie de requisitos establecidos por la institución para desarrollar el rol de niñeras, requisitos definidos a través de un catálogo de puestos.

Funciones de la niñera

Recibir y proporcionar la debida atención a los menores de la sala asignada.

- Proporcionar alimentación.
- Cuidar la higiene e integridad física de los menores.
- Preparar a los menores para que queden aseados, para entregarlos en óptimas condiciones.

Requisitos de ocupación de la niñera

A continuación, se detallan las características que ha de cubrir la niñera para desempeñarse al interior de la institución:

Tabla 1

<i>Escolaridad</i>	<i>Carrera</i>	<i>Experiencia</i>	<i>Adicionales</i>
Certificado de carrera técnica de asistente educativo, puericultista o auxiliar de educadora.	Puericultura	Requiere de seis meses de experiencia en el área.	Comprender actividades rutinarias de baja o ninguna complejidad, sujetas a órdenes precisas, claras y sin variación.

Fuente: catálogo de puestos del SNDIF, 2006.

Factores de puesto

Se describirá el tipo de información, capacitación y las recomendaciones en su relación laboral.

Tabla 2

<i>Tipo de información</i>	<i>Capacitación</i>	<i>Supervisión y coordinación</i>	<i>Relaciones interpersonales</i>
No confidencial	Las técnicas y los sistemas de trabajo son estables y evolucionan con la práctica.	No requieren actividades de dirección o supervisión.	Requiere de cortesía y tacto con el trato de personas; el ocupante con frecuencia solicita informes, datos o elementos de trabajo y debe evitar fricciones o problemas que puedan ocasionar entorpecimiento en su trabajo o en el de otros.

Fuente: catálogo de puestos del sndif, 2006.

Condiciones de trabajo

Escenario bajo el cual se desempeñará la cuidadora.

Tabla 3

<i>Riesgos</i>	<i>Esfuerzo físico</i>	<i>Ambiente</i>	<i>Presión de tiempo</i>
Desarrollar las funciones	Requiere de la aplicación de esfuerzos físicos mínimos.	El ambiente físico de trabajo se encuentra en condiciones favorables.	El puesto se desarrolla sin presión de tiempos.

Fuente: catálogo de puestos del sndif, 2006.

Como se observa en las tablas anteriores, son las niñeras dentro del esquema institucional las que asumen el papel de cuidadoras sustitutas, el cuidado de las niñas y niños en cuanto a las actividades de la vida diaria enfocadas a cubrir sus necesidades materiales e instrumentales, las que permanecen 24 horas al día con los infantes y son las responsables de estar al tanto de sus requerimientos.

Es de notar que la descripción del puesto y actividades omite señalar las características de la población albergada (niñas y niños de quienes la niñera será responsable). No se detallan las exigencias de

estos infantes, exigencias que difícilmente pueden ser intuitas por la niñera, más aún, si no ha tenido un contacto con población bajo estas características.

Las personas que son maltratadas o descuidadas durante su infancia tienen más probabilidades de desarrollar hábitos y rasgos antisociales a medida que van creciendo. La negligencia paterna o materna también está relacionada con los trastornos de la personalidad, problemas de vínculos positivos o de comportamientos afectivos con personas desconocidas o poco conocidas, el modelar comportamientos adultos inadecuados y la agresión (Perry, 2012, p. 4).

Lo anterior, sólo por mencionar algunos de los rasgos resultados del maltrato en los primeros años de vida.

A continuación, se describen algunos rasgos de la población ingresada en Casa Cuna Coyoacán, con fundamento en el perfil de ingreso institucional.

Perfil de ingreso de los niños y niñas de Casa Cuna Coyoacán y definición del maltrato infantil

Las características de la población albergada en Casa Cuna Coyoacán:

Tabla 4

<i>Edad</i>	<i>Género</i>	<i>Condición social</i>
5 a 8 años	Masculino / Femenino	En condición de orfandad parcial o total, víctima de maltrato, sin discapacidad que impida su desarrollo y vida en comunidad.

Fuente: Modelo de Atención, 2006

La población albergada cuenta con un antecedente de maltrato infantil. Loredo Abdalá, en 2004, define el maltrato infantil

Como toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o de negligencia intencional, contra una persona menor de edad, en cualquier etapa de la vida y que afecte su integridad biopsicosocial. Esta acción puede ser realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar; por una persona, institución o sociedad en función de su superioridad física, intelectual o económica, para su estudio construyó la siguiente tipología (Loredo, 2004, p. 20).

Alteraciones en el desarrollo de los niños y niñas por tipos de maltrato

Los infantes víctimas de maltrato, como consecuencia de la agresión esporádica o recurrente, presentan una serie de alteraciones ya sea a nivel físico, emocional, cognitivo o social.

Tabla 5

<i>Abuso físico</i>	<i>Abuso sexual</i>	<i>Abuso psicológico</i>	<i>Maltrato por negligencia</i>
Lesiones internas y externas a nivel fisiológico.	Miedo, pesadillas, agresividad, aislamiento, enuresis, cambios bruscos de conducta, bajo rendimiento escolar, masturbación compulsiva, tocamientos en genitales a otros menores, conductas autolesivas o suicidas, dolor genital o anal.	Sometimiento ante otros niños de su edad o hacia adultos, somete a otros grupos, cambio abrupto en el rendimiento escolar, inhabilidad para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias, aislamiento, búsqueda de afecto con los adultos, se esconde en posición fetal, dificultad para expresar sentimientos, reproducción de modelos negativos de comportamiento en el juego	Hambre permanente, apariencia desaliñada, falta de higiene, vestidos inapropiados, carencia de supervisión, ignorar necesidades médicas y problemas físicos desatendidos.

		(golpes, gritos, alteración en el sueño como insomnio, pesadillas, se duerme en clase), conducta hiperactiva, enuresis y encopresis, alteración del lenguaje (tartamudeo, balbuceo), baja autoestima, comportamiento regresivo (se orina en la cama o en la ropa; se chupa el dedo), sentimientos de infelicidad y depresión, somatización (cefalea, dolor abdominal, vómito, diarrea sin causa), tendencia destructiva o autodestructiva.	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: XXIV Congreso Nacional de Pediatría, Corchado y Loredo, 2004.

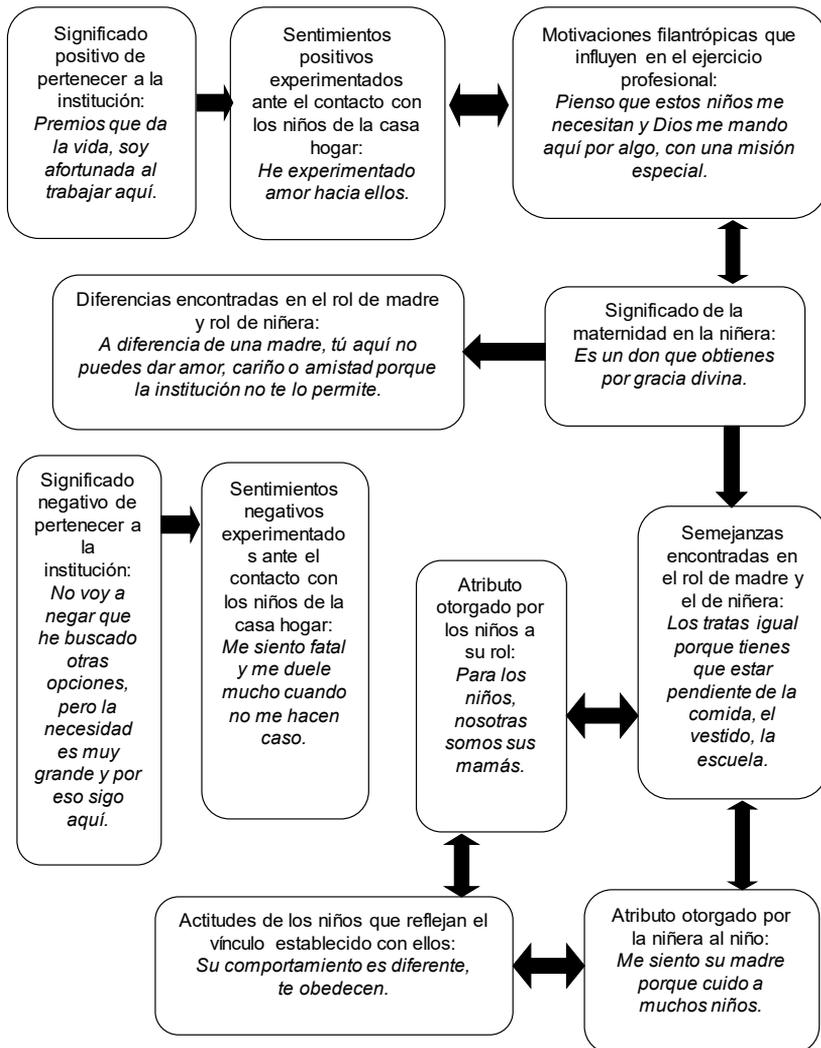
La atención de niñas y niños sin cuidados parentales y en condición de institucionalización es compleja al configurarse los efectos derivados del maltrato, con las condicionantes que la misma institución ofrece. Corchado, Loredo y Perea sostienen que entre los obstáculos que se han identificado para el diagnóstico y la asistencia están determinados en su mayoría por la actitud y aptitud de los profesionales, más que por la carencia de leyes, espacios o recursos materiales (2004, p. 1).

La percepción de la relación vincular

Las entrevistas fueron realizadas a partir de una guía estructurada; las preguntas se diseñaron con la finalidad de conocer las motivaciones que les llevaron a decidir su incorporación a la Casa Cuna, su percepción sobre el rol asignado en cuanto al cuidado de niños y niñas, y la vivencia ante el desprendimiento de los infantes. Del análisis de los contenidos de las entrevistas realizadas se construyeron una serie de categorías, mis-

mas que fueron relacionadas derivando en esquemas conceptuales de campos semánticos que reflejaron los hallazgos obtenidos (Ruiz, 2014).¹

Figura 1. Ejercicio profesional y maternidad.



¹ Las narrativas que se incluyen en cada uno de los esquemas, a manera de viñetas narrativas, se transcriben de forma textual, por lo que las y los lectores encontrarán frecuentemente el uso de "niño", expresión que engloba niñas y niños, desde la percepción de las informantes.

Figura 2. Vínculo como sinónimo de cuidado durante la estancia.

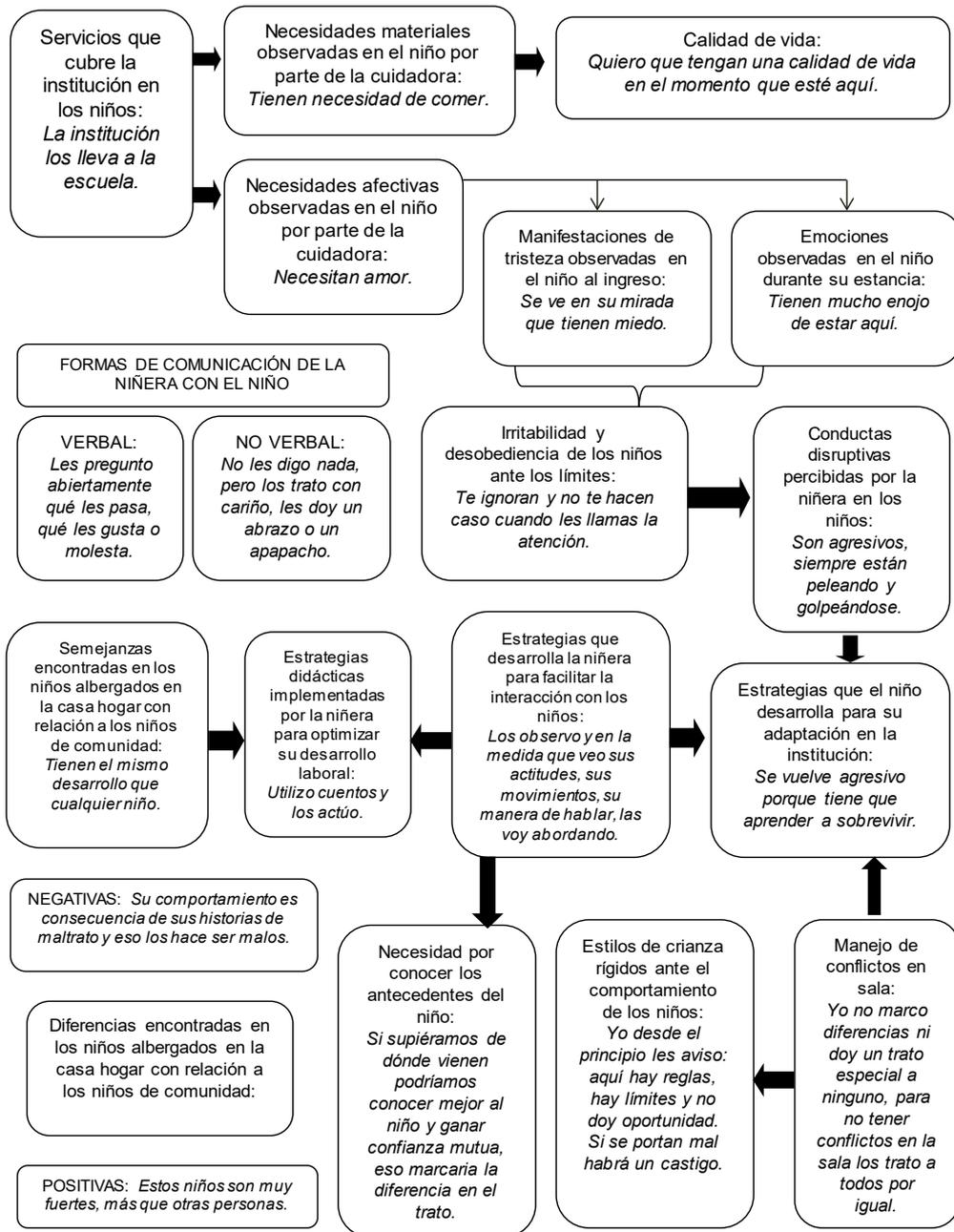
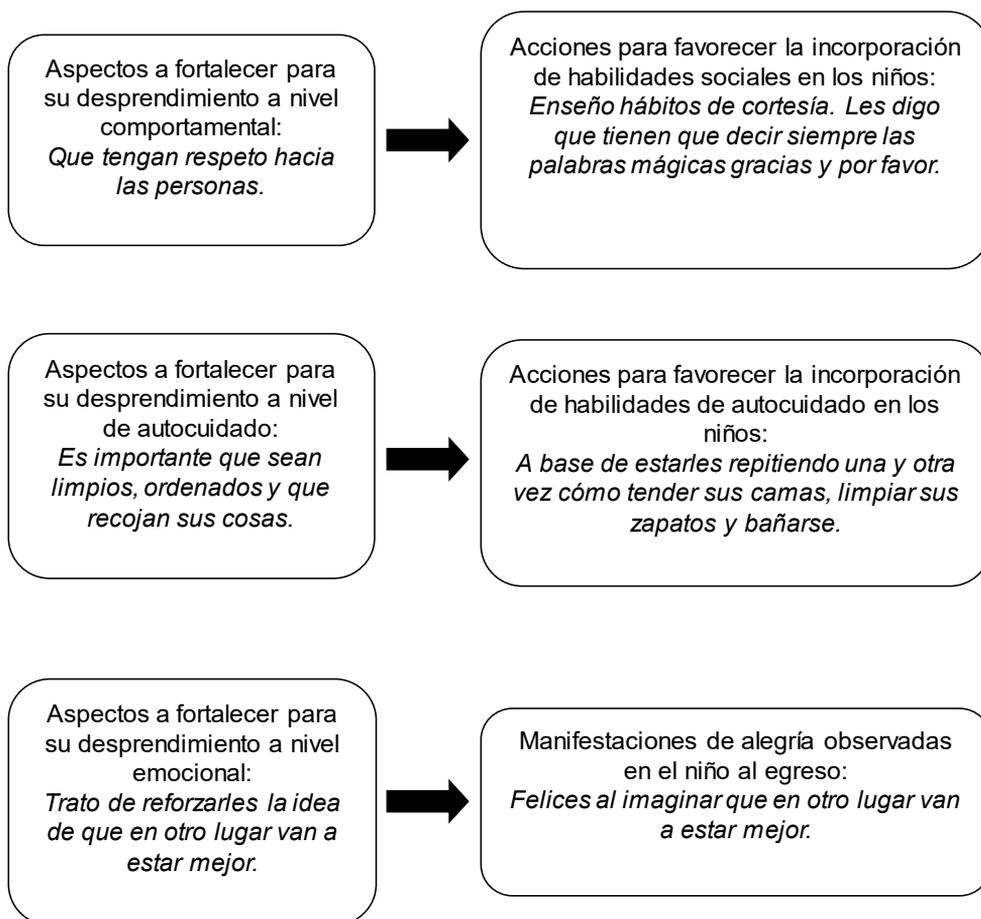


Figura 3. Desprendimiento institucional.



Discusión

En la actualidad, hablar de familia nos exige trascender de la idea convencional de su conformación: padre, madre e hijos, pues la estructura familiar, igual que la sociedad es cambiante y se complejiza con ésta.

Reconociendo estos cambios, Velasco (2010, p. 64) planteó una variante que soporta que los centros asistenciales, llamados Casas Hogar,

deben ser concebidos como una "familia con una vida comunal", al concebir en su labor las tareas propias de este sistema.

En congruencia con esta postura y desde una nueva visión de la asistencia social, el SNDIF ha introducido en su quehacer la perspectiva de familia y derivado de ello una de las estrategias que ha establecido en su normatividad para la atención de niñas, niños y adolescentes en situación de desamparo son los Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Casas Cuna, Casa Hogar para niñas y niños y recientemente Centro Amanecer. Para estos centros ha generado un modelo de atención que pretenden tener criterios claros de protección y desinternación y con un propósito común de brindar protección y atención integral personalizada y especializada a niños, niñas y adolescentes sujetos de asistencia social y acceso a una vida digna (Modelo de Atención SNDIF, 2006).

Tomando como base, entonces, el reconocimiento de la institución como un tipo de familia, es que la presente investigación enfoca sus esfuerzos por explorar, a través de entrevistas en profundidad y observación, las relaciones vinculares que se establecen al interior de Casa Cuna Coyoacán como un elemento fundamental de cualquier sistema familiar, definiendo para ello, como un primer objetivo, describir las características del vínculo que se establece entre las niñeras de Casa Cuna y las niñas y niños que en ella se albergan, desde la percepción de ésta.

Como resultado de las entrevistas realizadas a las niñeras, todas ellas manifestaron conocer las características generales en relación con los motivos que originan la institucionalización de un niño o una niña ("tengo entendido que llegan por abandono o maltrato"), reconociendo el papel de Casa Cuna como la figura que proporciona a éste elementos para su desarrollo integral ("aquí los niños reciben atención psicológica, social, médica y los llevan a la escuela"), tal como lo enmarca la Ley de Asistencia Social en México (2004, p. 1), misma que reconoce como sujetos de atención a todas las niñas y niños que se encuentren en situación de riesgo afectados por condiciones familiares adversas, maltrato o abuso y abandono, entre otras, y encomienda

al SNDIF a desarrollar políticas de atención apoyando en la formación y subsistencia de individuos con estas carencias. Este antecedente nos proporciona elementos para reconocer en los niños y niñas de Casa Cuna una historia previa de maltrato u omisión por parte de la familia de origen, lo que motivó el ingreso de éstos a la institución.

Las niñeras entrevistadas identifican dos tipos de necesidades en los niños y niñas que atienden: por un lado, las necesidades afectivas (“éstos niños necesitan ser queridos”) y por otro, las materiales (“tienen hambre, necesitan comer”), mismas que coinciden con los elementos que constituyen el vínculo desde la teoría desarrollada por Winnicott (1992), el cual sostiene que el vínculo es aquella relación entre madre-hijo (utilizándose el término madre para referirse no necesariamente a la madre biológica, sino a aquella persona que cumpla las funciones de cuidador primario) que se da por identificación y posibilita que la primera preste su subjetividad al segundo para el desarrollo de su *self*. El vínculo afectivo es sinónimo de cuidado y se caracteriza por la satisfacción de las necesidades fisiológicas, así como la estabilidad, confianza y las condiciones ambientales.

Al respecto las cuidadoras expresaron su interés porque los niños tengan cubiertas sus necesidades materiales pues consideran que de esta manera les proporcionarán una mejor calidad de vida (“quiero que tengan una calidad de vida en el momento que estén aquí”). Esta atención que ellas les proporcionan se constató durante la observación de cada uno de los escenarios de desarrollo de los niños al interior de la Casa Cuna, se pudo identificar claramente el involucramiento de la niñera para atender las necesidades de los niños y niñas como el baño o los alimentos.

Según Arcila y Quintero (2011), este elemento se incorpora dentro de las funciones maternas desarrolladas en la Teoría del Apego: una función materna es el *handling* o manejo que se refiere a los soportes y cuidados que el niño o niña necesita al estar atentos de las necesidades corporales, aunque no se reduce exclusivamente a éste, pues esta función materna tiene como meta la vivencia de personalización, de habitarse a sí mismo y de sentirse una unidad desde lo psicológico

(*holding*) y lo corporal (*handling*). La segunda función materna es el *holding* o sostenimiento, y es la capacidad que tiene el cuidador de sostener emocionalmente al niño o niña, en todo momento y durante los estados que pueden atravesar tanto su afectividad como su impulsividad. Incluye la rutina de cuidado y el seguimiento de los cambios psicológicos y físicos que se dan en la evolución del niño o niña.

Al no tratarse de funciones maternas definidas rígidamente como materiales o afectivas, se puede observar que en el ejercicio de la parentalidad que las niñeras realizan con los niños y niñas, no se satisfacen plenamente cada uno de los factores estipulados, como el sostenimiento emocional del niño o niña en todo momento; sin embargo, sí se cubren aspectos de ambas funciones: por ejemplo, en el *handling* el cuidado corporal o en el *holding* el establecimiento de rutinas que proporcionan confianza (parcial) a los niños, factores que indudablemente se incorporan en la construcción del *self*.

Un ejemplo del cumplimiento parcial de las funciones maternas se ve reflejado en la actividad del comedor: los niños y niñas reciben de la cuidadora el alimento (*handling*-cuidado corporal) y saben que lo recibirán de ella todos los días (*holding*-rutina); sin embargo, durante la ingesta de éste no hay una interacción ni siquiera visual entre la cuidadora y el grupo atendido (contrario a la tarea del *handling*: se da una despersonalización) y tampoco hay una conversación o un intercambio visual o afectivo entre los actores (no hay un sostenimiento emocional, no se cumple en su totalidad la función del *holding*).

Por otro lado, las niñeras sí identifican a nivel discursivo la importancia de satisfacer las necesidades afectivas del niño o niña, por lo que para ello refieren desarrollar una comunicación de tipo analógica y digital, es decir, verbal ("les pregunto abiertamente qué les pasa, qué les gusta o molesta") y no verbal ("no les digo nada pero los trato con cariño, les doy un abrazo o un apapacho"). Ambas formas de relacionarse ejemplifican los trabajos de Bateson (1991), enfocados a la Teoría de la Comunicación Humana, teoría que adoptó un enfoque sistémico donde toda la conducta es concebida de manera relacional y representa una forma de comunicación. Uno de los axiomas de esta teoría

establece la imposibilidad de no comunicarse, por lo tanto las niñeras, en su cotidiano quehacer, se comunican con los niños y niñas inevitablemente, lo que no necesariamente ha de cubrir sus necesidades afectivas, aunque es un elemento primordial en la interacción humana (tal como lo revisamos en el párrafo anterior).

En este mismo sentido, las cuidadoras observan ciertas emociones en los niños y niñas como la tristeza al ingreso ("se ve en su mirada que tienen miedo"), emociones esperadas en aquellos infantes víctimas de maltrato, tal como lo desarrolló en 2004 Loredo Abdalá, quien describió que el maltrato infantil afecta la integridad biopsicosocial del niño, generándole emociones como el miedo, la ansiedad, el aislamiento y la inhabilidad para construir relaciones interpersonales, entre otras. Estas manifestaciones de miedo y tristeza se van modificando con el transcurso del tiempo y durante su estancia, los niños y niñas reflejan enojo ("hay niños que están siempre a la defensiva, que no expresan lo que sienten y eso es porque lo tienen muy guardado"), molestia que es expresada por ellos a través de una permanente irritabilidad ante los límites ("se enojan y creen que uno les manda nadamás porque sí") y conductas disruptivas ("son agresivos, siempre están peleando y golpeándose"). Estos comportamientos son característicos de los niños y las niñas que se han desarrollado en hogares de protección al verse afectado su desarrollo normal.

Al respecto, en 2006 en Santiago de Chile se llevó a cabo una reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe, encuentro en donde se pusieron sobre la mesa de la discusión los efectos de la institucionalización en la infancia, encontrando que los niños y niñas tienen dificultad en su control, asertividad, empatía y comunicación en general, como consecuencia de que el manejo hacia ellos depende del estado emocional del cuidador, lo que devela una deficiencia en la crianza, al no tener una consistencia en la figura parental.

Las personas entrevistadas consideran que su comportamiento agresivo puede estar asociado a estrategias que desarrollan los niños y niñas para lograr una adaptación al medio institucional ("se vuelve

agresivo porque tiene que aprender a sobrevivir"). En este mismo debate en Santiago de Chile, se consensaba que un efecto de la vida en institución es la uniformación o masificación, en donde el niño o la niña no es percibido como un individuo distinto del resto y el ambiente no le ofrece un real reflejo de lo que él es. Esta característica puede afectar el desarrollo de las habilidades sociales, lo cual implicaría la perpetuación de las características presentadas por el niño o la niña al ingresar a la institución, lo que sugiere que la desobediencia e irritabilidad del niño o niña es una forma de manifestar su depresión.

Ante estos comportamientos, la niñera muestra estilos de crianza rígidos ("yo desde el principio les aviso: aquí hay reglas, hay límites y no doy oportunidad. Si se portan mal habrá un castigo"), al considerar que es la vía para la modificación del comportamiento que cree inadecuado. Baumrind (2013) ha identificado, entre los estilos de crianza en el desarrollo infantil temprano, uno que denominó "modelo autoritario". Este modelo puede ser muy rígido y estricto.

Los padres que practican este estilo de crianza tienen un conjunto de reglas y expectativas que exigen una obediencia rígida. Si las reglas no se siguen, un castigo es la forma más utilizada para asegurar la obediencia, generalmente, no hay explicación. En 2013 esta teórica encontró que los niños o niñas criados en un hogar autoritario de este estilo eran menos alegres, taciturnos y cada vez más vulnerables al estrés. En muchos casos estos niños y niñas también demostraron una hostilidad pasiva. Durante las tres actividades y escenarios observados en Casa Cuna Coyoacán, se reflejó este estilo de crianza, en donde al niño o niña se le daban indicaciones y se esperaba que las acataran anteponiendo el castigo que habrían de recibir en caso de no obedecer.

Otro de los elementos que rigen la interacción de los niños y niñas con la niñera es el constante manejo de conflictos en sala, pues al vivir de manera colectiva y comunal, se despersonaliza la atención y se da un manejo general ("yo no marco diferencias ni doy un trato especial a ninguna para no tener conflictos en la sala, los trato a todos por igual"). La reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina

y el Caribe de 2006 retomó este aspecto encontrando que en la crianza institucional hay una tendencia a generalizar el comportamiento: es frecuente que el comportamiento de los niños sea generalizado a partir de un hecho específico, por lo que se les asigna un estereotipo negativo, aumentando la probabilidad de que dicha conducta vuelva a ocurrir.

En ese mismo sentido, y también como una forma de intervenir, las cuidadoras han referido una búsqueda constante por allegarse de estrategias diversas para facilitar la interacción con los niños y niñas ("los observo y en la medida que veo sus actitudes, sus movimientos, su manera de hablar, los voy abordando"). Entre las estrategias están las de tipo didáctico ("utilizó cuentos y los actúo"), considerando que a partir de la actividad lúdica, el niño o la niña responde favorablemente ante las indicaciones de la niñera, pues a pesar de contar con una experiencia previa de institucionalización, identifican un desarrollo natural de infante en donde el juego resulta importante para la incorporación de nuevos conocimientos. Felibertt (2007) retoma el manual de juegos socializadores para docentes, elaborado por Borges y Gutiérrez, afirmando que el juego constituye una necesidad de gran importancia para el desarrollo integral del niño, ya que a través de él se adquieren conocimientos, habilidades, y sobre todo le brinda la oportunidad de conocerse a sí mismo, a los demás y al mundo que le rodea. De igual forma, Felibertt (1997), en su recopilación sobre la "Influencia de los juegos recreativos como factores socializadores", afirma que los juegos recreativos sí tienen influencia en la socialización de los alumnos, y con estos resultados obtenidos indica que los docentes reconocen que los juegos recreativos son una herramienta para lograr que los alumnos desarrollen actividades favorables.

Al tiempo que las cuidadoras desarrollan estrategias de intervención, demandan de la institución información relativa a los motivos específicos que originaron el ingreso del niño o niña a la Casa Hogar, argumentando que esto les permitiría tener mayores elementos para el tratamiento individualizado ("si supiéramos de dónde vienen podríamos conocer mejor al niño y ganar confianza mutua, eso marcaría la

diferencia en el trato"). Esta demanda de las niñeras tiene un candado jurídico establecido en el Manual de Puestos aprobado en septiembre de 2006 para los trabajadores del SNDIF que en el perfil de puesto, apartado Factores, establece que la niñera no deberá manejar información de tipo confidencial y con base en los lineamientos de Protección de Datos Personales, publicado en el Diario Oficial de la Federación (2005), el expediente es de carácter eminentemente confidencial, situación que imposibilita la transmisión de los datos que la niñera demanda.

La cuidadora atribuye a esta historia no conocida del niño o niña las diferencias tanto negativas ("su comportamiento es consecuencia de sus historias de maltrato y eso los hace ser malos"), como positivas ("estos niños son muy fuertes, más que otras personas") con relación a los niños y niñas que no se han desarrollado en la vida institucional.

Estos elementos positivos que logran identificar, arrojan características en los niños asociables al concepto de resiliencia, que en 1995 Grotberg denominó como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad, pues como ya se ha mencionado, los niños y niñas que se albergan en Casa Cuna Coyoacán provienen de historias de vida hostiles que han mermado su condición individual y pese a ello muestran fortalezas ante su condición.

Este antecedente de maltrato generalmente involucra al niño o niña en un proceso jurídico-legal, interfiriendo sustancialmente en su desarrollo, pues esta condición define al interior de la institución, condiciones de manejo que limitan no sólo la socialización de su historia de vida, sino el manejo en todos sus ámbitos.

A lo largo de esta discusión hemos reconocido características fundamentales de coincidencia entre el sistema institucional y el sistema familiar, al ser el escenario en el cual el niño o niña se desarrolla; sin embargo, es inevitable reconocer, de igual forma, que una diferencia sustancial es que ordinariamente un sistema familiar no se rige por un lineamiento jurídico que estipula las características de manejo de los integrantes de este núcleo. Así como se destaca el proceso legal, se suma el elemento normativo institucional que, para efectos del SN-

DIF, define el manejo del infante por rangos edad y género, no dando continuidad en la atención que a éste se le proporciona en los centros asistenciales, sometiéndolo a cambios de residencia que implica, por ende, transformaciones en el ejercicio de la parentalidad.

Esta inestabilidad a la que se encuentran expuestos los niños y niñas albergados en el SNDIF, al vivenciar un constante cambio en las figuras de parentalidad (pues éstas son transitorias y periféricas), los hace propensos a desarrollar más bien un tipo de apego ansioso el cual, según Bowlby (1986), se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez de inseguridad respecto de los demás.

Para este teórico, el apego ansioso se subdivide en apego ambivalente y evitativo, en donde el primero se caracteriza por experimentar sentimientos de angustia, enojo y resistencia, y el segundo por sentimientos de inseguridad y la espera del reemplazo, pues se basa en experiencias de abandono pasadas.

Como ya se dijo anteriormente, las niñas y niños al cumplir cierta edad, deberán dejar un Centro Asistencial para ingresar a otro; en el caso específico de Casa Cuna Coyoacán, el tránsito se da a la edad de 9 años. Al respecto y en el discurso de las niñeras, no se obtienen datos que sugieran algún duelo o sentimiento negativo frente al desprendimiento de los niños y niñas hacia la institución que los albergó. Según lo referido por las niñeras, se encuentran felices y expectantes ("se ven felices al imaginar que en otro lugar van a estar mejor", datos que indican el desarrollo de un tipo de apego ansioso evitativo, lo que hace que parezcan felices ante la posibilidad de egresar de Casa Cuna Coyoacán e integrarse a un nuevo hogar, ya sea una institución que el SNDIF haya designado o la incorporación a otro modelo familiar. Ante esto, ellas alientan y auguran un mejor escenario de desarrollo ("trato de reforzarles la idea de que en otro lugar van a estar mejor"), derivado de la expectativa que los niños y niñas manifiestan respecto de su

nuevo hogar. Es probable que en ambos actores se experimenten sentimientos dolorosos ante el desprendimiento y como un mecanismo para enfrentar esa pérdida, se muestren evasivos ante ello, por lo que no hablan ni manifiestan las emociones despertadas.

En el año 2000, Slaikeu llevó a cabo una compilación de la propuesta teórica de autores como Erikson, Stevenson y Harper, para describir el desarrollo en el curso de ciclo vital, a través del cual expone las diferentes tareas que trae consigo el tránsito de una etapa a otra a nivel individual. Propone que en la edad escolar de 6 a 12 años, el ser humano debería de cumplir con ciertas tareas emocionales como un sentido de independencia dentro del entorno familiar; sin embargo, para los niños y niñas institucionalizados resulta complejo consolidar un sentido de pertenencia (dados los cambios que se han descritos), por ende, se complejiza también una clara independencia.

Los niños y las niñas que enfrentan la derivación a otro centro asistencial no sólo experimentan el desprendimiento a nivel emocional, además se ponen a la vista los aprendizajes instrumentales y comportamentales obtenidos en ésta. Al respecto, las niñeras describen que otra de las esferas sustanciales a favorecer al egresar a los niños y niñas es la de tipo comportamental ("para mí es importante que tengan respeto hacia las personas") y en aras de consolidarlo realizan algunas acciones para favorecer la incorporación de habilidades sociales en los niños y niñas ("enseño hábitos de cortesía: les digo que tienen que decir siempre las palabras mágicas, gracias y por favor"). Para Slaikeu (2000), las tareas comportamentales que deberían tener incorporadas los niños y las niñas en ese rango de edad son las de autocontrol y la tolerancia a la frustración, relaciones adecuadas con compañeros, maestros y adultos desconocidos. Empero lo descrito por las niñeras y en contraste con las expectativas teóricas, develan carencias en los niños y niñas institucionalizados en esta esfera, pues al egresar, comentan las niñeras parecieran no estar satisfechas plenamente dichas ocupaciones, lo que sugiere debilidades en el desempeño de las funciones de la familia comunal al no cubrir satisfactoriamente las tareas propias de la etapa por la cual transitan los niños y niñas.

Finalmente señalan la esfera instrumental (“para mí es muy importante que sean limpios, ordenados y que recojan sus cosas”), lo cual buscan lograr (“a base de estarles repitiendo una y otra vez cómo tender sus camas, limpiar sus zapatos y bañarse”). Parece que esta tarea tiene gran peso en la niñera, y está claramente descrita en las funciones de puesto enmarcadas en el Manual de Puestos 2006 del SNDIF que le asigna: “la debida atención de los niños: proporcionando alimentos, cuidar su higiene e integridad física y mantenerlos limpios”.

En continuidad con este planteamiento y las funciones asignadas a la niñera, describiremos los hallazgos obtenidos en el segundo objetivo de la presente investigación: indagar el significado que le da la niñera a su rol.

Un elemento importante encontrado durante las entrevistas realizadas es la influencia que tiene en el desempeño de las funciones de la niñera el atributo que ésta le otorga a su pertenencia a la institución, asociada a la satisfacción o insatisfacción que se genera de ello. En los últimos años se han hecho diferentes estudios respecto a la relevancia que tiene la satisfacción laboral con el desempeño del trabajador, es así que en el año 1999 *Atalaya* describió que la satisfacción laboral es el conjunto de actitudes generales del individuo hacia su trabajo, asegurando que quien está satisfecho con su puesto tiene actitudes positivas hacia éste; quien está insatisfecho muestra, en cambio, actitudes negativas.

Este precepto teórico identifica dos posiciones antagónicas reflejadas en las entrevistas hechas a las niñeras evidenciando, a partir de su discurso, la presencia ambivalente de estas posiciones. Esta dicotomía se refleja en aquellos aspectos positivos al considerar su estancia en Casa Cuna Coyoacán como (“premios que da la vida, soy afortunada al trabajar aquí”), al tiempo que expresan atributos negativos (“tener a tantos niños a mi cargo fue una experiencia garrafal”).

En relación con las atribuciones negativas, es esperado que los sentimientos experimentados ante el contacto con los niños y niñas también sean negativos (“vivo frustración al sentir que no puedo controlarlos”); sin embargo, cuando la atribución es positiva se ve incre-

mentado el grado de satisfacción y la emocionalidad derivada de esto ("he experimentado amor hacia ellos"), dicen muchas cuidadoras.

Un factor importante es que la atribución positiva que la niñera otorga al hecho de pertenecer a la institución y fungir con el rol de cuidadora, está estrechamente ligado a un sentimiento filantrópico ("pienso que estos niños me necesitan y Dios me mando aquí por algo, con una misión especial") retroalimentado con el significado que ésta le otorga a la maternidad como un concepto fuertemente asociado a su ejercicio laboral ("ser madre es un don que obtienes por gracia divina"). Esta atribución que la niñera le da a la maternidad emana de una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos que siempre son social y culturalmente producidos, planteamiento desarrollado por Scheper en 1997, quien sostiene que a lo largo de la historia las madres han recibido atribuciones desmesuradas. Por un lado, hay quienes las han personalizado como todopoderosas o tododestructivas, las han demonizado como agentes perversos, sobreprotectores y malditos. Sin duda estos viejos mitos o estereotipos culturales se han instalado tanto en el campo intelectual como en el sentido común de la sociedad.

Enfatizando la trascendencia de la relación madre-hijo, Winnicott (1992) desarrolla los conceptos de "buena madre" y "mala madre", en donde la primera es reconocida por ser capaz de satisfacer las necesidades de su criatura plenamente y la segunda simplemente no lo es. En ese tenor, y dado que hemos hablado de las condiciones de adversidad que han llevado a los niños y niñas a la institucionalización, no sería difícil deducir que si el niño o la niña proviene de una "mala madre" (pues esta no fue capaz de responder a sus necesidades), en consecuencia se esperaría que la niñera fuera una "buena madre" que logre resarcir los efectos ante la carencia de la madre biológica. Es posible que esta expectativa pueda estar influyendo en su rol, pues en ellas recae una responsabilidad que quizá no ha sido lo suficientemente dimensionada; un ejemplo de ello es la diferencia que encuentran entre su rol laboral y el de una madre ("a diferencia de una madre, tú aquí no puedes dar amor, cariño o amistad porque la institución no te lo permite"), a pesar de identificar la necesidad apremiante del niño o

niña en esta esfera. Del mismo modo, describen semejanzas importantes en el trato y la relación establecida con los niños y niñas ("los tratas igual que una madre porque tienes que estar pendiente de la comida, el vestido y la escuela"). De estas semejanzas que describen se puede inferir que la niñera atribuye a la función materna una importante carga de la atención instrumental que se da al niño o niña, atribución que coincide con el planteamiento de la Teoría del Apego en donde se describen las funciones maternas; sin embargo, tal como se detalló en párrafos anteriores, la satisfacción instrumental por sí sola no cumple con la función materna en su totalidad, cuyo objetivo es favorecer el desarrollo del *self* en el niño. Aquí se ha revelado una importante ambivalencia: se mira como madre en tanto satisface necesidades primarias, pero no lo es en tanto no concibe en su relación un intercambio afectivo. Estas descripciones nos llevan a una asociación con lo que Bateson (1991) llamó "paradoja", en donde se emite para un mismo elemento dos mensajes que resultan prácticamente incompatibles entre sí. Tal como lo describíamos, estas paradojas se reflejan inevitablemente en el desenvolvimiento de la niñera respecto a los niños y niñas.

En ese mismo sentido y fortaleciendo esa idea, ellas manifiestan verlos como sus hijos e hijas ("me siento su madre porque cuido a muchos niños") y, desde su percepción, los niños y las niñas les atribuyen ese papel ("para los niños, nosotras somos sus mamás"), lográndose dar cuenta del involucramiento afectivo que tienen con ellas.

Así, la paradoja salta a la luz: la niñera atribuye a su rol funciones maternas en tanto les provee de cuidado y satisface sus necesidades básicas; mientras que el niño o la niña las percibe así por la misma razón, al tiempo que demuestra ciertas manifestaciones de afecto que sugieren un apego; sin embargo, el establecimiento de la relación vincular es deficiente al no proporcionar el sostenimiento emocional que asista a la plena realización en el desarrollo psicoafectivo del niño o la niña.

Estos elementos nos ayudarán a comprender el tipo de apego que desarrollan los niños, mismo que ya hemos abordado, pues al carecer

de este sostenimiento emocional su apego es evitativo y muy probablemente ambivalente, lo que deriva en una relación inconsistente.

Es importante mencionar que los niños y niñas albergados en Casa Cuna Coyoacán manifiestan su deseo de proximidad no sólo con las cuidadoras, pues se detecta que indiscriminadamente hacen del adulto el depositario de su "afectividad" (al estar en diferentes escenarios de observación se encuentra que ellos provocan la cercanía de cualquier adulto pretendiendo el contacto con éste).

Esa disfuncionalidad en el maternaje se ve retroalimentada por otros factores como la temporalidad, la transitoriedad, lo periférico de la figura, las afectaciones emocionales derivadas del maltrato y la ausencia de la figura materna en la más temprana infancia, entre otras, factores que complejizan el establecimiento del vínculo.

Desde una mirada reduccionista, se atribuiría o bien a la niñera esta deficiencia en la relación vincular o bien al niño o niña, que al haber experimentado un primer abandono familiar incorpora esta vivencia en el inconsciente, se ve imposibilitado para establecer un vínculo; sin embargo, el fenómeno es mucho más complejo que eso.

A la luz de la Teoría del Apego se retomaron los conceptos de "buena madre y mala madre"; ahora intentemos ampliar estos referentes involucrando a los sistemas familiares: la familia de origen que expulsó al niño o niña no cumpliendo con las tareas de protección y cuidado se muestra como una "mala madre", y la institución que lo acoge y busca dar seguridad y protección es "la buena". Si esta "buena madre" reduce su quehacer a la satisfacción de necesidades básicas (queda de manifiesto un isomorfismo niñeras-institución), no habrá cumplido completamente con su encomienda: si analizamos la normatividad vigente que rige al SNDIF, encontraremos que la pretensión es incorporar en todas las disciplinas que la integran una perspectiva de familia a su quehacer; sin embargo, aún hay retos que alcanzar para lograr consolidar esta visión. Revisando los diferentes perfiles de puestos encontraremos que específicamente en las niñeras se describen las tareas con actividades que responden a funciones maternas propias del *holding* y el *halding* pero únicamente enfocadas al área

instrumental, no así al sostenimiento emocional, otorgando esta función a otros profesionales dentro de la misma institución. Se concluye entonces que hay una deficiencia desde el marco normativo que describe la atención del niño o niña interdisciplinariamente, sin considerar que la exigencia del grupo de atención es desarrollar un modelo transdisciplinario.

Queda claro que desde esta perspectiva institucional, la niñera no es la responsable normativamente de dar la contención emocional, pues esta función es adjudicada a la psicóloga (aunque tal circunstancia no corresponda en su totalidad a la realidad que arroja la vida cotidiana); si nos detuviéramos a revisar los roles enmarcados en los perfiles de puesto, encontraríamos que cada área tiene asignada una tarea de maternaje, lo que fortalece la idea central de atribuir a la institución el papel de "buena madre", pues como sistema familiar, es quien ha de favorecer en el niño el desarrollo de su *self*.

La tarea se complejiza cuando la constitución de esta madre fragmentada se limita al desempeño interdisciplinar, pues poco favorece la incorporación de un modelo consistente unificado sumado a una dificultad por el reconocimiento de la parentalidad respecto de los niños y niñas asistidos.

Conclusiones

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en cumplimiento con su encomienda social, cuenta con los Centros de Asistencia Social para niños y niñas en condición de vulnerabilidad, mismos que para efectos de la presente investigación fueron analizados desde el concepto de "familia con una vida comunal", desarrollado por Velasco (2010). Este referente teórico fue de gran utilidad para la aproximación al fenómeno, sin embargo, dado que este concepto engloba una amplia gama de sistemas tanto formales como informales y de población heterogénea, es que se considera necesaria la inclusión a dicha tipología de familia de la variante de institucionalización, construyendo así el término "Familia comunal institucionalizada", aporta-

ción que a partir del reconocimiento de algunas de sus características facilitan el estudio del mismo a mayor profundidad.

Un segundo aspecto concluyente de esta investigación es que, para el cumplimiento a su tarea, el SNDIF deposita en las niñeras la encomienda del cuidado y crianza de las niñas y niños, de manera corresponsal con el resto de los profesionales que laboran en ella, ofreciendo elementos que develan que es en la institución en donde recae la responsabilidad de ejercer el rol de parentalidad, utilizando como medio a cada uno de los profesionales involucrados en la asistencia de los niños y niñas. Hoy en día, su ejercicio parental se desarrolla desde un modelo interdisciplinar, el cual representa un área de oportunidad pues, a pesar de su funcionalidad, se sobrepone la necesidad de trascender hacia un modelo transdisciplinario bajo un enfoque epigenético que proporcione a sus profesionales elementos que impacten en el modelaje hacia los niños y niñas rompiendo con la segmentación que brinda la interdisciplina. La incorporación transdisciplinaria ha de traer al "sistema familiar comunal institucionalizado", la flexibilidad que se requiere para un adecuado proceso dotando a sus miembros de un desarrollo óptimo. Con relación al ejercicio de las niñeras en el ámbito laboral, se observa claramente la preocupación por satisfacer las necesidades materiales e instrumentales en las niñas y niños, reconociendo que en el área afectiva pocos son los mecanismos institucionales diseñados para facilitar el cabal cumplimiento de la función materna, que involucra ambos aspectos y en cuya realización se favorece la construcción del *self*. A esta inconsistencia en la relación vincular se suman las implicaciones derivadas de la transitoriedad y lo periférico de la cuidadora, lo que demanda una integralidad y estabilidad en los referentes parentales con el fin de consolidar ambientes seguros y previsibles que fortalezcan en los niños y niñas su desarrollo psicoafectivo.

Las cuidadoras primarias cuentan con elementos que les permiten reconocer características en los niños atribuibles a la historia de maltrato y se verían mayormente fortalecidas si identificaran, de igual forma, las implicaciones que tiene el desempeño de un estilo de crianza rígido en el desenvolvimiento natural de la niña o niño, de ahí la im-

portancia por implementar y homologar estilos más flexibles que den pauta a nuevas formas de relación entre los actores protagónicos del vínculo cuidadora-niño/niña, y se contrarresten los efectos negativos de la institucionalización (referidos en el cuerpo de este trabajo).

Como tercer punto se encuentra la fuerte asociación entre maternidad y el rol profesional, asociación que se ha construido a partir de los preceptos culturales de lo que las niñeras conciben del ejercicio materno. Atribuyen a la madre la responsabilidad de la atención material e instrumental del niño o niña distanciándose de la emocionalidad que se deriva de esta interacción, lo que obstaculiza su plena realización al percibirse limitadas por la institución para desarrollar este elemento.

El reconocimiento del impacto de la relación vincular puede derivar en un apego seguro y con ello en el cumplimiento de las tareas propias del sistema familiar: construir un sentido de pertenencia en sus miembros a la vez que se favorece su individuación.

De igual forma, se encontró en el microsistema de esta "familia comunal institucionalizada", aspectos representativos de una matriz cultural patriarcal soportada en la concepción judeocristiana que deriva en una presencia abstracta de la figura del padre, toda vez que éste no se encuentra presente en el modelo de atención, en tanto que la madre sí es explícitamente asignada al cuidado y la crianza de los niños y niñas. Este elemento soporta la analogía: Estado como la figura paterna proveedora material de las necesidades del niño y la niña e institución como figura materna, responsable del cuidado y con ello un ejercicio de la parentalidad tradicional, mismo que se encuentra rebasado por las exigencias que los cambios sociales y por ende los sistemas familiares han traído consigo.

Con base en lo anterior se concluye la necesidad por construir un modelo de atención más plural que se reconozca a sí mismo como un "sistema familiar", desarrolle las herramientas necesarias para el cumplimiento pleno de las tareas familiares, asumiendo conscientemente las implicaciones derivadas de la relación vincular en la niña o niño, rompiendo con el enfoque de crianza monoparental e incorpore al varón en este ejercicio de cuidado y crianza, ampliando con ello los refe-

rentes emocionales que han de impactar en el desarrollo psicoafectivo de los integrantes de esta "familia comunal institucionalizada".

Referencias

- Arcila, Maria y Quintero Melisa (2011), *Los quiero como si fueran mis hijos*, tesis de licenciatura, Caldas, España.
- Barudy, Jorge y Dantagnan, Marjorie (2005), *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona, Gedisa.
- Bateson, Gregory (1991), *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, Buenos Aires, Almagesto Rescate.
- Baumrind, Diana (2013), *Cómo influye en los hijos los distintos estilos de crianza*. Disponible en <<https://lamenteesmaravillosa.com/como-influyen-en-los-hijos-los-distintos-estilos-de-crianza>>. Consultado en mayo de 2013.
- Benito, Guillermo (2006), "Teoría del apego y psicología del self: una integración posible", *Revista Internacional de Psicoanálisis*, núm 22, p. 12.
- Bloom, Sandra (1999), *Trauma Theory Abbreviated*, The Community Works. Disponible en <http://www.sanctuaryweb.com/PDFs_new/Bloom%20Trauma%20Theory%20Abbreviated.pdf>. Consultado el 2 de mayo de 2016.
- Corchado, Sara, Loredó Arturo y Perea Arturo (2004), *El niño maltratado: obstáculos médicos y legales en el diagnóstico y asistencia integral*, 24 *International Congress of Pediatrics*, 15 al 20 de agosto, Cancún, México.
- Felibertt, Jorge (2007), *La actividad lúdica como estrategia básica para el desarrollo de socialización del niño*. Disponible en <<http://www.monografias.com/trabajos28/actividad-ludica-desarrollo-socializacion-nino/actividad-ludica-desarrollo-socializacion-nino.shtml>>.
- Grotberg, Edith (2003), *Nuevas tendencias en resiliencia*. Disponible en <<http://addima.org/Documentos/Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia%20Grotberg.pdf>>. Consultado en mayo de 2013.

- Instituto Federal de Acceso a la Información (2005), Lineamientos de Protección de Datos Personales. Disponible en <http://inicio.ifai.org.mx/MarcoNormativoDocumentos/lineamientos_protdaper.pdf>. Consultado en mayo de 2016.
- Ley de Asistencia Social en México (LASM) (2004), Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2 de septiembre de 2004.
- Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (LGDNNA) (2014), Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 2014, México.
- Leyva, Alicia (2006), Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe. Disponible en <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/27255/Leiva_ppt.pdf>. Consultado el 23 de junio de 2013.
- Loredo, Arturo (2004), *Maltrato en niños y adolescentes*, Ciudad de México, Editores Mexicanos.
- Perry, Bruce (2012), Supporting maltreated children: Coutering the effects of neglect and abuse. Adoption Advocate. Disponible en <https://www.adoptioncouncil.org/images/stories/documents/NCF_ADOPTION_ADVOCATE_NO48.pdf>. Consultado en mayo de 2016.
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (Relaf) (2014), *Informe alternativo sobre la situación de garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes en México*.
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar y Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (2011), *Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes*, Argentina.
- Ruiz, Gabriela (2014), Vínculo establecido entre niñeras de Casa Cuna Coyoacán y las niñas y niños asistidos, tesis de maestría, México, Instituto de Terapia Familiar Cencalli.
- (2017), Familia comunal institucionalizada: deconstruyendo la institucionalización, México, ENTS-UNAM.
- Scheper, Nancy (1997), *La muerte sin llanto*, Barcelona, Ariel.

- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) (2006), *Manual de puestos*, México.
- _____ (2006), *Modelo de Atención*, México.
- Slaikeu, Karl (2000), *Crisis vitales durante el desarrollo. Intervención en crisis*, México, Manual Moderno.
- Velasco, María (2010), *Cómo enfrentar el fracaso escolar*, México, Trillas.
- Winnicott, Donald (1992), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Paidós.

POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN FRENTE AL ABANDONO FAMILIAR DE PERSONAS QUE ESTÁN EN PRISIÓN

*Berenice Pérez Ramírez**

Resumen

Este capítulo tiene por objetivo indagar qué puede haber detrás del abandono familiar cuando un miembro es ingresado a prisión. Ello conlleva cuestionarnos acerca de las visiones tradicionales que aún prevalecen en torno a la familia y apuntando las vertientes que podemos explorar en la intervención desde el Trabajo Social. En la primera parte abordamos las principales categorías a revisar en el abandono familiar y en qué aspectos se considera primordial el apoyo familiar para quien está en prisión. En la segunda sección hablaremos sobre la intervención del Trabajo Social en este espacio social y en qué ha consistido su intervención profesional. Por último, analizamos aspectos que usualmente no se consideran con relación al abandono familiar y apuntamos algunas líneas sobre la intervención desde el Trabajo Social Crítico.

* Licenciada en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, con maestría y doctorado en Sociología por el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, BUAP. Sus líneas de trabajo son: género, discapacidad y prisión. Actualmente labora como profesora e investigadora en la Escuela Nacional de Trabajo Social. Correo electrónico: <bereramirez@comunidad.unam.mx>.

Palabras clave: abandono familiar, intervención, Trabajo Social.

Introducción

Aspectos metodológicos

Las reflexiones expuestas en este capítulo provienen de un trabajo etnográfico que he realizado desde 2015 en distintos centros penitenciarios de la Ciudad de México.¹ La etnografía es entendida como una perspectiva que se hace en campo, en este caso el espacio carcelario, para privilegiar la interacción con los sujetos y saber desde sus experiencias qué sienten, qué piensan y cómo se libran las fuerzas y contrafuerzas dentro de ese campo de poder. Una de las técnicas etnográficas más utilizada ha sido la observación directa (Preissle y Grant, 2004, p. 166) al ingresar a los siguientes espacios carcelarios: Reclusorio Varonil Norte, Reclusorio Varonil Oriente, Reclusorio Varonil Sur, Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla, Centro Femenil de Reinserción Social, Centro Varonil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla y el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial.

En tres de estos centros (Cefereso Santa Martha, Cefereso Tepepan y Cevareso) desarrollé, junto con estudiantes del último año de la licenciatura en Trabajo Social, 12 talleres de autobiografía. Por autobiografía entendimos dar cuenta de una vida mediante “un relato retrospectivo en prosa que una persona real hace de su propia existencia, poniendo énfasis en su vida individual y, en particular, en la historia de su personalidad” (Lejeune, 1975, p. 48). Esta definición fue inicial y con el paso de las sesiones en cárcel, la propuesta dio un giro para presentarles a las mujeres y hombres en prisión, la posibilidad de que pudieran construir un espacio autobiográfico, es decir, un espacio de lectura y escritura, especialmente lectura de autobiografías y ejercitar la escri-

¹ Este trabajo ha sido mi proyecto principal como profesora de carrera en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.

tura personal.² En estos espacios, nos adherimos a la observación participante porque la propuesta autobiográfica no iba dirigida sólo a los otros, que estaban privadas/os de su libertad, sino a todas las personas que participábamos en las sesiones. Era un espacio íntimo para hablar de nosotras/os y, a partir de que nos conocíamos, se generaban lazos afectivos. Esto no fue predispuesto desde un inicio, sino que fue un proceso lento durante los talleres de autobiografía, donde la reconstrucción de vida no fue en una sola dirección.

En mayo de 2016, hubo un giro en las decisiones metodológicas porque se presentó un hecho coyuntural. Habiendo realizado varios talleres de autobiografía en el Cefereso Santa Martha, pregunté a la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del D. F. sobre la posibilidad de indagar algunos datos sociodemográficos de las mujeres con discapacidad. La respuesta fue que lo indagara en todos los centros penitenciarios de la Ciudad de México. Así, ingresamos a los dormitorios de personas con discapacidad de siete centros penitenciarios.³

Posteriormente, entre agosto y diciembre de 2018 acudimos a los dormitorios 8 y 9 del Cefereso Tepepan y al Cevarepsi para conocer y dialogar con las personas que han sido diagnosticadas con discapacidad psicosocial. En este caso, el instrumento estaba compuesto por 12 escalas para dar cuenta sobre el estado emocional y anímico de las personas. Los apartados fueron los siguientes: datos sociodemográficos, eventos adversos en la niñez, ira, ansiedad, depresión, manía, psicosis, uso de sustancias, trauma, autoestigma sobre la enfermedad mental,

² Un elemento importante que debe ser considerado en la escritura autobiográfica es aquella que refiere a la veracidad del texto y a lo que podemos llamar "estatus de autoría". El sujeto, al utilizar determinadas palabras, referencias, ejemplos y temas, ya está brindando elementos reveladores de quién es y cuáles son sus preocupaciones, sus prioridades, su contexto, etc. Por ello, Loureiro (2000, p.139) afirma que en toda autobiografía encontraremos rastros y mediación de discursos científicos, filosóficos, psicológicos, históricos, políticos, religiosos, sexuales y literarios, entre otros, que prevalecen en una época determinada. En este sentido, la autobiografía más que como un proyecto cognoscitivo, se debe concebir como un acto ético y performativo dirigido al otro.

³ Los resultados fueron publicados en el libro titulado *Personas con discapacidad y que están privadas de su libertad en la Ciudad de México. Estadístico de siete centros penitenciarios* (2019).

breve inventario de síntomas y evaluación suicida. Durante nuestras visitas buscamos generar una conversación, considerando que el instrumento era sólo un motivo para el encuentro y el uso del diario de campo fue muy importante para la recuperación de la experiencia y la discusión colectiva de los sucesos durante nuestros ingresos.⁴

En cada fase de este trabajo hemos enunciado claramente los objetivos a las personas con las que nos hemos encontrado; asimismo, las actividades han sido opcionales, nunca obligatorias. Desde 2015, los permisos y el seguimiento han sido bajo los lineamientos de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario. Los resultados se presentan guardando el anonimato de las y los participantes con el fin de resguardar su identidad.

Este capítulo tiene por objetivo indagar qué puede haber detrás del abandono familiar cuando un miembro es ingresado a prisión, cuestionando visiones tradicionales en torno a la familia y apuntando las vertientes que podemos explorar en la intervención desde el Trabajo Social. En la primera parte, abordamos cuáles son las principales categorías a revisar en el abandono familiar y en qué aspectos es que se considera primordial el apoyo familiar para quien está en prisión. En la segunda parte hablaremos sobre la intervención del Trabajo Social en este espacio social y en que ha consistido su intervención profesional. En la última parte analizamos aspectos que usualmente no se consideran con relación al abandono familiar y apuntamos algunas líneas sobre la intervención desde el Trabajo Social Crítico.

Abandono familiar a personas que están en prisión

La llegada a la prisión de un miembro de la familia puede tener diversas respuestas, pues depende de cómo se afrontará tal evento. Entre otras cosas, se deben considerar variables como el tiempo de encarcelamiento, el delito por el que se le acusa, la clase social a la que pertenece la familia, la dinámica de esa familia a lo largo del tiempo, el

⁴ Hemos entregado el informe de resultados a las autoridades del Sistema Penitenciario de la CDMX y por un acuerdo de confidencialidad, saldrá publicado en 2021.

número de personas que la integran, las redes de apoyo con las que cuentan, el sitio en el cual estará privado/a de su libertad, entre las más importantes.

Para las autoridades y personal de los centros penitenciarios, el abandono familiar expresa un serio riesgo sobre la reinserción de la persona en prisión.⁵ Quien mantiene lazos con la familia, mantiene el lazo con el exterior, cuenta con una red de apoyo, puede agilizar trámites al interior y al exterior de la cárcel y, frente a la posible salida, se prevé que contará con todo el apoyo necesario para consolidar el proceso de reinserción. Desde esta perspectiva, observamos que el vínculo con la familia no sólo refiere al vínculo afectivo con el grupo primario, sino que está estrechamente ligado a las posibilidades de reinserción del sujeto.

Por otro lado, se suele concebir el abandono de personas en prisión como un problema de índole social, económica, emocional y, sobre todo, de género. A continuación, mostraré cómo se entrecruza el abandono con, al menos, cuatro categorías analíticas:

- **Clase social:** para Wacquant (2011), éste es un elemento nodal en la explicación de quién está en la cárcel; en sus palabras, se trata de una selección de clase, étnica y racial. Enfatiza que la situación de vulnerabilidad de las personas encarceladas y sus familias se debe a la condición de pobreza o pobreza extrema que viven. De acuerdo con Cerda *et al.* (2018), para el caso de Nuevo León, el 64.2% de las familias tiene un ingreso inferior a los \$3 000 pesos mensuales; el 29.1% percibe entre los \$3 000 y \$6 000 pesos mensuales; con estas cifras encontramos que el 94% de las familias tiene que solventar los gastos del hogar y los

⁵ Hay múltiples definiciones de reinserción social, pero para fines de este artículo consideraremos aquella más reciente y oficial: "El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley" (Artículo 18, Constitución de los Estados Unidos Mexicanos).

gastos del familiar en la cárcel con menos de \$6 000 pesos mensuales. Otro de los factores a resaltar es el impacto emocional en los distintos integrantes de la familia; entre ellos se señalan que el 56% de las personas sostiene que la reclusión fue un factor que generó depresión en la familia, el 55.2% dijo sentirse angustiado y el 40% indicó sentir miedo (Cerdea *et al.*, 2018). En una investigación donde el total de la muestra fue de 64, 150 personas adultas privadas de su libertad, se afirma que el tipo de hogares donde vivían las personas antes de estar en reclusión eran: 72.5% habitaba en hogares conformados entre 1 y 5 personas, y el 17.7% residía en hogares con 6 personas o más. El 70.3% tenía dependientes económicos, la mayoría eran familiares, hijos o pareja (Franco, 2018, pp. 18-19).

- **Género:** en 2015 había "1 900 mujeres internas; de éstas, 70% han sido abandonadas por sus familiares y al menos 20% no ha recibido nunca una visita, panorama que no padecen los hombres que delinquen" (Muñiz, 2015). Siguiendo esta línea, Muñiz (2015) señala que, respecto a datos ofrecidos por la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del D. F., un 12% de las mujeres internas tanto en el Cefereso Santa Martha Acatitla como en el Cefereso Tepepan, no tenían registrado a ningún familiar en su *kardex* para autorizar visitas. En este sentido, se atribuye al orden de género el hecho de que las mujeres estén en condiciones de mayor desventaja en la cárcel (como en tantos otros espacios sociales) y un efecto palpable es el abandono cuando ésta ingresa a prisión, porque de ellas se espera que estén al cuidado del hogar, de los hijos y de su cónyuge o pareja, y cuando fallan en ese rol son severamente castigadas por la sociedad (Muñiz, 2015).
- **Edad:** otro sector vulnerado por el abandono en prisión son los adultos mayores, y así lo constató un estudio elaborado por Telésforo Ramírez García (2009). El autor señala la importancia de mantener los lazos con la familia o amigos mediante las visitas, pues así, las personas privadas de su libertad pueden asegurar el

apoyo económico que les permite su sobrevivencia en prisión y contar con un soporte emocional. Además, los familiares pueden fungir como interlocutores entre lo que pasa con el resto de la familia y la comunidad, recreando el mundo exterior. Con el paso del tiempo van haciéndose más frágiles los lazos con el exterior, y entre los factores que señala, están: la precariedad económica, la distancia geográfica, los trámites y los requisitos que exigen en las cárceles para las visitas (Ramírez, 2009, p. 170).

- **Discapacidad:** Cuando realizamos las visitas a los dormitorios de las personas con discapacidad motriz y sensorial en siete centros penitenciarios,⁶ preguntamos si recibían visita. De 358 personas, 282 (78.8%) dijeron que sí, 74 personas (20.7%) dijeron que no y 2 personas (0.6%) no respondieron a esta pregunta. De quienes respondieron que sí reciben visita, identificamos que fueron en buena medida mujeres quienes les visitaban. Para el caso de las personas con discapacidad psicosocial, de un total de 222 personas, mujeres y hombres de dos centros de la Ciudad de México (Cefereso Tepepan y Cevarepsi), 138 (62.1%) señalaron que sí reciben visita y 85 personas (38.2%) dijeron que no. Aquí aumentó el porcentaje de personas que no reciben visita a diferencia de las personas con discapacidad motriz y sensorial. Para el caso de las mujeres, encontramos que, de un total de 28 mujeres, 15 (55.5%) personas respondieron que sí reciben visitas y 13 (46.4%) contestaron que no. El porcentaje aumenta para el caso de quienes no reciben visitas. Cabe destacar que las visitas son mayoritariamente mensuales y semestrales. Franco García (2018), quien trabajó con 16 mujeres del Cefereso Tepepan, identificó lo siguiente "con relación al tema de la visita, en el grupo se distinguieron dos situaciones, la primera es que algunas de ellas ya no reciben visitas, la segunda es que hay mujeres que pasan mucho tiempo sin recibir visita" (p. 113), un par de mujeres expresaron que sus hijos no quieren saber nada de ellas

⁶ Reclusorios Norte, Sur, Oriente, Penitenciaría, Ceferesos Santa Martha Acatitla y Tepepan, y Cevareso Santa Martha Acatitla.

y a través de un técnico se resaltó que todas las mujeres sitúan "las pérdidas personales" como principal factor que les produce estrés.

Entre las funciones típicas que se atribuyen a las familias están:

- **Apoyo:** "El apoyo social se ha destacado como un elemento clave que puede favorecer la reinserción a través de diferentes mecanismos" (Ibáñez y Pedrosa, 2018, p. 6), genera nuevos vínculos o fortalece los que ya existen, ayuda a la persona interna a hacer frente a problemas y ayuda a contrarrestar los efectos del encierro. Todo ello conlleva un coste emocional y en muchas ocasiones económico, para las familias que, en muchos casos, no tienen sus propios apoyos para afrontar este proceso.
- **Control, supervisión e imposición de límites:** "Las familias imponen límites para tratar de proteger y alejar al individuo de estas fuentes de riesgo" (Ibáñez y Pedrosa, 2018, p. 7). Los familiares pueden establecer o restablecer los límites para que su familiar no vuelva a delinquir, apoyar a que establezca su situación laboral o a alejarse de antiguas amistades o zonas que los familiares identifican como riesgosas.
- **Refuerzo de una nueva identidad:** "El pasado compartido con la persona permite a las familias transmitir la idea de que la persona no es como cree que es o como la sociedad le dice que es, y es capaz de alejarse de lo que la llevó a delinquir. Este proceso, además, es importante en tanto permitirá hacer frente al estigma y a los procesos de etiquetamiento" (Ibáñez y Pedrosa, 2018, p. 8).

Como podemos observar el apoyo familiar y, como contraparte, el abandono familiar en prisión, no sólo tienen que ver con el refuerzo de lazos, sino con las posibilidades para la reinserción social de la persona. A continuación detallaremos por qué el abandono debe mirarse especialmente bajo la perspectiva de género.

La perspectiva de género en esta problemática

El género tiene la función de constituir individuos concretos como hombres y mujeres. Por tanto, el género es un eje que nos permite analizar la desigualdad social a partir de una oposición binaria y jerárquica que refiere a lo masculino y a lo femenino como mundos distintos y distantes. Esta desigualdad tiene implicaciones en los ámbitos materiales y simbólicos de la experiencia de los sujetos (Guevara, 2008, p. 75).

Si partimos de que el orden de género se cimienta en un posicionamiento asimétrico, las asimetrías las encontramos en distintos niveles. En la prisión hay una configuración de género particular, materializada en prácticas cotidianas que dan cuenta de los sistemas de control presentes fuera y dentro de la prisión. La violencia inherente en las instituciones penitenciarias se vincula con la violencia de género impregnada en las políticas criminales y, en su conjunto, vemos reflejadas las relaciones de poder desiguales entre los géneros.

Hablar de mujeres que están en prisión implica reconocer que desde mediados de la década de 1980 se ha producido un cambio importante en la manera en que las mujeres han sido tratadas en el sistema de justicia criminal. Lo que se observa es una creciente criminalización de mujeres a partir de la política de control de tráfico de drogas ilícitas. Esta política a nivel global, mejor conocida como guerra contra las drogas, desencadenó un proceso de encarcelamiento masivo e impactó de manera muy específica en las mujeres, aumentando así el porcentaje de población carcelaria femenina (Angriman, 2012, p. 4).

En la literatura se observa el hecho de que las mujeres, al ser entre el 5% y 7% de la población penitenciaria total, son tratadas a nivel mundial como "un anexo" de las prisiones masculinas y esto repercute en las condiciones de encierro que viven, porque ese aspecto justifica su desatención (Rodríguez, 2015; Boledón, 2012). Para el caso de México, en 2017 había 11 205 mujeres en prisión (Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, citado en Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2017). De casi 400 centros

penitenciarios, sólo 12 son exclusivos para mujeres, la mayoría de las mujeres están como anexo en los centros masculinos y ello provoca falta de atención médica específica y exclusiva para las mujeres, un menor acceso a actividades laborales y educativas, y condiciones de internamiento precarias y restringidas (Coordinación de Derechos Humanos y Asesoría de la Presidencia Unidad de Igualdad de Género, 2014, p. 1).

En sus historiales frecuentemente se encuentran episodios de abusos sexuales y maltrato familiar y de pareja, lo que apunta a una relación directa con su historial delictivo y las consecuentes secuelas físicas y psicológicas que acarrearán: abuso de sustancias ilícitas, depresión, agresividad y sobremedicación, por mencionar las más importantes. Además, están a cargo de otras/os integrantes de la familia (hijas/os, padres/madres, personas con discapacidad, etc.) que suma a su angustia e incertidumbre sobre quién cuidará de ellas/os. Se considera que estas condiciones pueden emerger en depresión, estrés, ansiedad o síntomas psicóticos (Ortiz, 2015; Barlow, 2014; Boledón, 2012; Currie, 2012; Melis, 2010).

Cabe recalcar la articulación de lo que anteriormente denominamos orden de género y la función punitiva de la institución carcelaria, porque en esa medida entenderemos las dificultades, los problemas y la ofensiva a los derechos de las mujeres en prisión "las particularidades del encarcelamiento femenino se deben a que la lógica punitiva tiene género, el castigo está marcado por las relaciones de género" (Boledón, 2012, p. 111).

Costa *et al.* (2015) afirman que para el caso de mujeres presas en Brasil, el abandono familiar es referido como un sentimiento de sufrimiento trazado por el proceso de reclusión, como si fuese inevitable en este contexto. Señalando así, que este hecho, le impide a la persona vivir y convivir plenamente con su familia y permanecer inserta en este grupo social. La experiencia de estas mujeres es que se rompe el contacto vital con el mundo, identificando como consecuencia una pobreza en los afectos que trastocará el interés de la propia vida (2015, p. 22). Las investigadoras de este estudio afirman que "se percibe que

el abandono familiar actúa negativamente en la calidad de vida de las presidiarias, acentuando las dificultades en la cárcel. Además [...] no raras veces rebasará el periodo de encarcelamiento, lo que implica mayores dificultades para la resocialización" (Costa *et al.*, 2015, p. 22).

Así, podemos observar que cuando una mujer está en prisión, el abandono familiar es más evidente. En el trabajo de campo que hemos realizado, hemos observado cómo las condiciones de vida de las mujeres en prisión son más precarias que en el caso de los hombres. Las filas de visitas a centros y prisiones masculinas son más largas que para el caso de los centros femeninos. La mirada punitiva tiene género y eso se materializa en la vida cotidiana dentro de los espacios carcelarios.

Intervención de Trabajo Social en centros penitenciarios: la familia, una prioridad

El área penitenciaria se considera un área tradicional para el ejercicio del Trabajo Social. El papel de las/los trabajadoras/es sociales en este espacio es muy importante, la evidencia es que hay un departamento de Trabajo Social en cada zona dentro de la prisión en México. El número de profesionales de Trabajo Social por departamento suele ser mayor con respecto a otros profesionales cercanos como psicólogas/os, pedagogos/os, criminólogas/os, médicas/os y abogadas/os, entre otras/os.

En la Memoria del Primer Congreso Mexicano de Trabajo Social Criminológico y Penitenciario (ENTS, DGRCS y CMC, 1984), Julia Sabido menciona que en 1928 se crea el Consejo Supremo de Prevención y Readaptación Social, y Judith Mangino, a quien define como la más insigne trabajadora social penitenciaria, diseña una encuesta social que se aplicó a personas en prisión; éste y otros hechos, dice Sabido, promoverán la creación de la carrera de Trabajo Social en 1940, "hermana-da para siempre con el Trabajo Social Criminológico" (1984, p. 113).

Aída Valero (2009) retoma esta y otras referencias, pero intentará precisar aún más y menciona que desde la promulgación de la Ley

para Menores Infractores en 1928, se establecieron los fundamentos legales para la creación del Departamento Técnico, que tenía como objetivo elaborar el estudio social de los menores. En el mismo texto afirma que en 1952, con la aprobación del Manual de Clasificación en las Instituciones Penales, se determinó el Trabajo Social como una profesión necesaria en el sistema penitenciario, "especialmente en la clasificación de los internos" (2009, p. 26). La autora sitúa el 8 de febrero de 1971 –fecha ya señalada en la Memoria del Primer Congreso–, con la implementación de la Ley de Normas Mínimas sobre la Readaptación Social de Sentenciados, como un hito, porque en el artículo 12 se estableció la incorporación oficial de trabajadoras/es sociales en todas las instituciones de readaptación social y preventivas (2009, pp. 26-27).

Existe otra fuente que presenta un antecedente más lejano. Evelia Aguiar (1978) señala que en un libro editado en 1958 en la Ciudad de México, *Manual de Trabajo Social*, de Alfredo M. Saavedra, menciona algunas indicaciones sobre el papel de la asistente social en cárceles. Aguiar (1978) afirmó que el Trabajo Social como disciplina, sumaba a la criminología para el tratamiento penitenciario y señalaba el inicio de la intervención desde la detención del sospechoso (y en menor medida de la sospechosa, aunque ya mostraba que en la cárcel que estudió existía un dormitorio para mujeres), porque ya se podían realizar investigaciones sobre el entorno del indiciado que fungieran como guía para la sentencia. A contracorriente con los estudios de la época, la autora señala que no es en la biología criminal donde encontraremos las razones que predisponen al delito y ella señala que los factores que identificó a partir de su trabajo de campo eran: fuentes de trabajo insuficientes, el alcoholismo y la drogadicción, la fuerte corrupción que impera en todos los órdenes de la vida pública, el ambiente social promiscuo y desunido, la ignorancia, y la falta de orientación adecuada a los jóvenes (1978, p. 106).

Garnica *et al.* (2010) son el primer referente que proponen una definición de Trabajo Social Penitenciario:

Es un proceso que tiene por objeto retraducir las demandas que traen consigo los internos, ayudándolos a re-contar sus historias de vida de tal manera que puedan comprender el origen y significado de sus propios problemas y busquen el cambio a través de sus propios recursos y los que la institución le ofrece (2010, pp. 225-226).

Consideran que el objeto de intervención es el conflicto en la conducta de cada uno de los internos, su grupo de pertenencia y la trama que ha manifestado el conflicto desde una mirada judicial, y que ha llevado a los sujetos a su "custodia y tratamiento en el Ce.Re.So" (2010, p. 226). Señalan que siendo la participación del Trabajo Social tan activa, como lo es ahora en todas las fases, requieren de una capacitación constante, principalmente en derecho, psicología y tendencias delictivas.

Los estudios que se realizan en el área de Trabajo Social son: socio-familiar, socioeconómico, de beneficio legal y victimológico. Las técnicas empleadas son la observación, la entrevista y la visita domiciliaria, principalmente; también se pueden auxiliar de programas de socioterapia. La atención a las/los hijas/os de las internas es una actividad también muy importante. Trabajo Social será el departamento responsable de indagar el paradero de las y los niños, así como conciliar su estancia con familiares o en alguna institución, además deberá dar seguimiento a estos casos.

Aguillón y Asencio (2018) indican los siguientes espacios de acción del Trabajo Social en los centros penitenciarios:

1. **Investigación:** aplicación de diversos estudios, tales como clasificación, socioeconómicos, remisión parcial de la pena y de libertad a los internos sentenciados y procesados, visitas domiciliarias de los exinternos penitenciarios para conocer si existe o no una reinserción social.
2. **Asesoría y orientación:** se brinda la información a los familiares e internos acerca de los requisitos para que se elaboren y emitan las credenciales de visita de amigos y familiares, trámites de inscripción para continuar con estudios de educación básica, media

superior y superior, así como los servicios con los que cuentan dentro de la prisión y los diversos proyectos de inclusión laboral.

3. **Asistencia:** gestionar apoyos que sean requeridos por los internos, como consultas médicas en clínicas de salud, interconsultas, ambulancias, albergue para familiares, medicamentos, estudios de laboratorio y agencias funerarias.
4. **Capacitación:** elaboración y ejecución de programas y proyectos enfocados en la prevención de delito.

Como podemos observar en este breve recuento, la intervención de Trabajo Social ha estado encauzada en dos vías principalmente: la primera, con relación a la persona en prisión y, en segundo lugar, con la familia de la persona en prisión. Ello coincide con la idea de que la reinserción del sujeto está sostenida en buena medida por la relación con la familia. Profesionalmente hemos retomado esta noción y hemos contribuido a su permanencia; no obstante, es indispensable hacer algunas anotaciones sobre esa idea.

Análisis sobre la importancia de las familias y la noción de reinserción

La idea de familia impulsada por medios de comunicación y políticas institucionales como espacio armónico, protector y de fortaleza, suele ser más un imaginario que la constatación de una realidad, debido a que la familia es más compleja que eso. Las visitas a las cárceles suelen dar cuenta de ello. Efectivamente, podemos asumir que la familia se redefine constantemente en el devenir histórico y de acuerdo con el espacio en que nos situemos; además, suele cumplir funciones de socialización a través de prácticas cotidianas. Sin embargo, debemos distinguir que esta asignación sociocultural se debe más a nociones y mandatos tradicionales que interpelan a las familias, que a condiciones reales de dicha institución para asumir ciertas problemáticas y tareas. Por otro lado, si las familias que, como hemos visto, enfrentan en solitario las condiciones precarias, ciertas responsabilidades les

pueden significar un verdadero reto. Frente a ello, identificamos dos problemas importantes: el primero, es que las familias pueden verse rebasadas y desaparecer; el segundo, es que se omite un abordaje estructural de la inseguridad social, la familia es sólo un elemento más a considerar, pero no puede ser el primordial.

A continuación señalamos cuatro aspectos para su reflexión.

Un primer aspecto que me interesa resaltar es que el peso que se otorga al espacio familiar individualiza y naturaliza las problemáticas que se libran dentro de él. Si las mujeres están generalmente vinculadas a la responsabilidad de este espacio (trabajo de cuidados, crianza, reforzar la personalidad de sus integrantes, etc.), es obvio que se genere un desgaste y, para algunos casos, se geste el motivo de huir y delegar a otros la responsabilidad. Es decir, ello siempre será el síntoma de cargar la mano a unas integrantes de la familia por sobre otros. Por otro lado, si las familias son un punto nodal en el proceso de reinserción, se individualiza la "falla" de quien cometió un delito, al mismo tiempo, se puede culpar al espacio familiar de sus nulas posibilidades de reinserción, exculpando al sistema penitenciario y al Estado por el proceso penitenciario fallido.

[...] el carácter familista transmite una idea de familia donde el papel de la mujer cuidadora es central y que puede ayudarnos a entender por qué las familias, y en su mayoría de casos las mujeres, adoptan el liderazgo en el proceso de reinserción pospenitenciaria ante una falta de recursos estatales y comunitarios (Ibáñez y Pedrosa, 2018, p. 13).

Me interesa recalcar que en la literatura, dentro y fuera de la cárcel se habla reiteradamente del abandono de las familias. Poco se habla de las redes sociales que se posibilitan al ingresar a prisión. García Báez (2017) detalla cómo se aperturan otras redes en la prisión, por ejemplo, cuando se da el cuidado de hijas/os de otras mujeres presas, las parejas que se crean al interior de la cárcel, la importancia que toman grupos que ingresan frecuentemente, como grupos religiosos, brigadas, asociaciones civiles y grupos universitarios, entre otros. También habla

de figuras de apoyo importantes, como las “madrinas”, quienes fungen como consejeras, entre otros casos. Si aludimos al abandono familiar, no debemos olvidar que para las personas que están en prisión, se ha dado anticipadamente el abandono del Estado y de las instituciones.

Un segundo aspecto es que las familias no sólo tienen un papel activo, sino que son puestas con una posición central en el proceso de reinserción, siendo muchas veces la única fuente de apoyo para las personas excarceladas y atribuyendo una obligación a las familias a cumplir este rol. En términos de Ibáñez y Pedrosa (2018), esto implica que las familias adquieren un verdadero estatus de agencias de reinserción al ser equiparadas con los recursos comunitarios e institucionales. Al hacerlo implica que, si este proceso no tiene éxito, se pueda responsabilizar directa o indirectamente a la familia de este fracaso, y con ello se sustituyen “las responsabilidades del Estado y la administración penitenciaria hacia las familias, con lo que el apoyo que éstas dan no sería un añadido, sino un imperativo” (Ibáñez y Pedrosa, 2018, p. 3).

Una tercera cuestión es que debemos ampliar nuestra mirada y no pensar únicamente en el estereotipo de una familia nuclear. Las familias de personas en cárcel, como en todas las sociedades, han cambiado y las redes de parentesco dan cuenta de ello. Por ejemplo, mirar a personas internas lesbianas y homosexuales, o una extensa red de familiares que pueden estar más cercanas/os al interno que su familia más cercana. Así, estamos obligadas/os a cuestionar nociones innatas que atribuimos a las familias, como la idea de que es su propia “naturaleza” que cumpla una función de apoyo y acompañamiento a la persona encarcelada por el simple hecho de serlo (Ibáñez y Pedrosa, 2018, p. 9). Por ejemplo, Cood (2007, p. 258) señala que hay investigaciones que demuestran que para los jóvenes prisioneros, en ocasiones reforzar el lazo con la familia implica consolidar los lazos con la familia que promueve las prácticas criminales, e incluso la autora apunta que nuestras nociones pueden excluir de apoyos a aquellas familias que tienen entre sus miembros a varias personas con antecedentes criminales, ¿acaso ellas no serían objetivos de nuestra intervención? Por otro lado,

debemos atender a las singularidades de los casos, pues no siempre la visita representa un espacio armónico para las demostraciones de afecto, cuidado y compromiso, a veces la visita puede ser fuente de problemas por ser un espacio limitado de tiempo que requiere un trabajo, sobre todo, por su gestión: "las prisiones están lejos [...] sus horarios están muy limitados, se tienen que gestionar autorizaciones con poca información u otras experiencias de la propia visita, como tener la sensación de no ser bienvenidos, hostilidad y actitudes negativas de los profesionales que les reciben" (Ibáñez y Pedrosa, 2018, p. 5). Codd (2007, p. 257) asegura que las familias, al entrar a prisión, entran a un "espacio liminal" en el cual no son prisioneros, pero se someten y acatan una serie de normas en las cuales no son completamente libres. Atender estos aspectos permitiría considerar a las familias en un papel más activo.

Una cuarta cuestión: las familias no son reconocidas como agentes activos en los procesos de reinserción, es decir, ¿qué apoyos se le dan a la familia? Si se les reconoce así, el Estado estaría obligado a darles otro estatus y una serie de apoyos que hasta el día de hoy no se ofrecen, como esquemas de visitas con las familias extensas; permisos penitenciarios de salida para mantener el vínculo con el exterior y no aislar completamente a la persona, avanzando hacia regímenes más abiertos; líneas telefónicas de ayuda para que los familiares puedan resolver dudas sin la necesidad de trasladarse a largas distancias; esquemas de fondos para visitas, apoyándoles con un refrigerio durante la visita o transporte colectivo cada cierto tiempo (Codd, 2007).

Por un lado, resaltar que las familias no pueden ser el único soporte a considerar en el proceso de reinserción, porque se naturaliza e individualiza la problemática. Por otro lado, sabiendo de las posibilidades de acción de las familias (en caso de que aún mantengan contacto con su familiar), se debe reconocer oficialmente su papel y ofrecer apoyos para que afronten esta situación. Finalmente, si estamos hablando de abandono familiar, la persona en prisión ya no tiene contacto con la familia, sea porque ésta rompe lazos o la persona interna no desea mantener el contacto, debemos pensar en otras posibilidades de in-

intervención para no señalar en automático que esta persona no tiene oportunidades de reinserción.

Posibilidades de intervención en Trabajo Social

Desde lo que se ha dado en llamar Trabajo Social Crítico (Healy, 2014), estaríamos obligadas/os a comprender las condiciones estructurales que atraviesan los espacios, temas y problemáticas que trabajamos. Para este caso sería, ¿cuáles son las condiciones estructurales que atraviesan el abandono familiar de las personas que están en prisión? Ello implica reconocer que las condiciones estructurales pueden no ser obvias, en tanto el discurso neoliberal dominante reitera las responsabilidades y elecciones individuales como mandato, oscureciendo así, incluso para nosotras/os mismas/os, que estas elecciones están constreñidas por una serie de “desventajas” estructurales.

Debemos atender a las contradicciones que se nos presentan, porque si creemos que el vínculo con las familias es en sí mismo benéfico, encontramos en la práctica casos en los que esto no se corrobora e incluso niega tal premisa. Por ejemplo, para el caso del Cefereso Tepapan, estaba una señora de cerca de los 80 años con una pierna y varios dedos de la mano amputados, utilizaba una silla de ruedas y con varios años en prisión. Sus compañeras afirmaban que una de sus hijas era la única que la visitaba, pero sólo lo hacía para sustraerle la tarjeta de apoyo que la señora recibía con apoyo monetario estatal por su edad. Esta acción contradice todos los estereotipos que tenemos de la familia. ¿Qué nos dice de la familia en abstracto y de esta familia en concreto? Una de las aseveraciones que podemos constatar es que no se trataría de promover la visita familiar en sí misma, sino indagar otras fortalezas de las personas, para este caso, la señora era especialmente querida por sus compañeras e incluso ellas le defendían frente a su hija (Diario de Campo, 2018).

La intención de resaltar las condiciones estructurales es para evitar que los problemas sean individualizados y reforzar las prácticas punitivas. Reducir el ingreso a la cárcel de una persona por su propia

“elección”, es tan reduccionista como afirmar que en el núcleo familiar podemos encontrar la solución y el apoyo necesario para que la persona transite a su reinserción. O indicar que en procesos identitarios rastreamos por qué una persona llegó a prisión, omitiendo cómo se han materializado a lo largo de su vida las desventajas de su condición de clase y de género.

En este sentido, las posibilidades de intervención están directamente relacionadas con la apertura crítica de cómo construimos un problema, cuáles son las variables y cómo se articulan para que concibamos que algo es un problema. En este proceso no debemos obviar nuestra biografía en la relación con el otro, prisionero o familiar. Antes de pensar en intervenir, debemos tomarnos un tiempo para comprender los aspectos que interfieren, las ideologías dominantes y que, por tanto, pueden parecer imperceptibles. Para evitar que la intervención sea nuevamente punitiva, debemos preguntarnos ¿qué nos dicen las personas sobre su situación?, ¿qué consideraciones tienen sobre sus relaciones familiares? Al considerar estos aspectos, las familias podrían tomar decisiones sobre su relación con la persona presa y viceversa, no siendo impuesto un vínculo y ofrecer tanto a las personas en prisión como a las familias la posibilidad de renunciar a este papel de agencia de reinserción sin llegar al abandono.

Conclusiones

Es importante posicionarnos para abordar el complejo carcelario; por ello, consideramos que la cárcel es un mecanismo de control y exclusión de un sector previamente identificado a partir de sesgos de clase, raza y etnia, para segregarlos en nombre de la seguridad pública y en donde categorías como edad y discapacidad permiten entender el abandono social y familiar que ocurre para un porcentaje importante de esta población.

El abandono de personas en prisión representa un problema de índole social, económica, emocional y, sobre todo, de género. El abandono se debe contextualizar a partir de la situación de vulnerabilidad y

la clase social de las familias, quienes tienen dificultades materiales y emocionales para mantener los lazos y solventar la vida de su familiar en prisión. No es dato menor que el abandono está dirigido a poblaciones específicas: mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad y personas con discapacidad psicosocial, es decir, son sectores que son menospreciados afuera de la cárcel y que, como en un proceso continuo, en muchas ocasiones, son abandonados/as en ella.

Si bien suele apostarse por el fortalecimiento de los vínculos familiares de quienes están en prisión, debemos mirar más allá de las familias si no queremos individualizar y naturalizar la cuestión de la reinserción y señalar la responsabilidad institucional y del Estado en este proceso.

En este sentido, las posibilidades de intervención están directamente relacionadas con la apertura crítica de cómo construimos un problema, cuáles son las variables y cómo se articulan para que concibamos que algo es un problema. Antes de pensar en intervenir, debemos tomarnos un tiempo para comprender los aspectos que interfieren, las ideologías dominantes y con ello evitar que la intervención sea nuevamente punitiva.

Referencias

- Aguar Jiménez, Maura Evelia (1978), *Posibilidades de desarrollo del Trabajo Social en el área penitenciaria de la Cd. de Poza Rica, Ver.*, tesis de licenciatura, Facultad de Trabajo Social-Universidad Veracruzana.
- Aguillón León, Ismael y Anabel Ascencio Pérez (2018), Trabajo Social penitenciario y sus funciones en el sistema carcelario mexicano. Disponible en <<https://www.elindependientedehidalgo.com.mx/trabajo-social-penitenciario-y-sus-funciones-en-el-sistema-carcelario-mexicano>>. Consultado el 11 de mayo de 2019.
- Angriman, Graciela J. (2012), "Género, igualdad sustancial y derecho penal: el impacto del derecho antidiscriminatorio en el derecho penal ejecutivo". Congreso de Derechos Fundamentales y Dere-

- cho Penal, *Revista de Pensamiento Penal*. Disponible en <<http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/35361-genero-igualdad-sustancial-y-derecho-penal-impacto-del-derecho-antidiscriminatorio>>. Consultado el 11 de mayo de 2019.
- Barlow, Elise (2014), *Understanding Women in Prison: A Review of Gender Specific Needs and Risk Assessments and their Policy and Research Implications*, Portland State University.
- Boledón González, Encarna (2012), "La violencia contra las mujeres en situación de prisión", *Emerj.*, vol. 15, núm. 57, Río de Janeiro, pp. 111-129.
- Cerda Pérez, Patricia Liliana, José Gregorio Alvarado Pérez y Emma Cerda Pérez (2018), Las crisis socioambientales en familias de internos penitenciarios de Nuevo León, *Ciencia UANL*, año 21, núm. 88. Disponible en <<http://cienciauanl.uanl.mx/?p=7613>>. Consultado el 11 de mayo de 2019.
- Codd, Helen (2007), "Prisoners' Families and Resettlement: a critical analysis", *The Howard Journal*, vol. 46, núm. 3, pp. 255-263.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), Disponible en <<http://www.sct.gob.mx/JURE/doc/cpeum.pdf>>. Consultado el 11 de mayo de 2019.
- Coordinación de Derechos Humanos y Asesoría de la Presidencia Unidad de Igualdad de Género (2014), "Ejecución penal y perspectiva de género", *Boletín de Género y Justicia*, México, Unidad de Igualdad de Género de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Costa, Amanda *et al.* (2015), "O significado e a vivência do abandono familiar para presidiárias", *Ciência & Saúde*, vol. 8, núm. 1, pp. 19-28.
- Currie, Brogan (2012), *Women in Prison: A Forgotten Population?*, Reino Unido, Glasgow Caledonian University.
- Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (2017), México, CNDH. Disponible en <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/sistemas/dnsp/dnsp_2017.pdf>. Consultado el 11 de mayo de 2019.
- Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS), Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del DDF (DGRCRS) y el Colegio Mexicano de Criminología A. C. (CMC) (1984), *Memoria del*

Primer Congreso Mexicano de Trabajo Social Criminológico y Penitenciario, México, UNAM.

Franco Barrios, Adrián (2018), "Características de la población privada de su libertad en México", *En Números*. México, INEGI. Disponible en <http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvineg>. Consultado el 11 de mayo de 2019.

Franco García, Nadia K. (2018), *"Porque tomo pastillas". Trabajo Social con mujeres con discapacidad psicosocial en reclusión. Una estrategia de intervención cualitativa*, tesis de licenciatura, México, ENTS-UNAM.

García Báez, Lucía A. (2017), *Mujeres en reclusión. Un análisis sobre sus redes sociales y su impacto en la reinserción social*, tesis de licenciatura, México, ENTS-UNAM.

Garnica Pérez, Margarita, Martín Castro Guzmán e Ismael Aguillón León (2010), "La intervención del trabajador social en instituciones penitenciarias", en Martín Castro Guzmán, Ismael Aguillón León y María de Lourdes Piña Ugalde (coords.), *Desarrollo social y calidad de vida. Una aproximación desde Trabajo Social*, México, UAEH/ICSHU/PIFI/Miguel Ángel Porrúa.

Guevara Ruiseños, Elsa (2008), "La masculinidad desde una perspectiva sociológica. Una dimensión del orden de género", *Sociológica*, año 23, núm. 66, pp. 71-92.

Healy, Karen (2014), *Social work theories in context. Creating frameworks for practice*, Gran Bretaña, Palgrave.

Ibáñez I Roig, Aina y Albert Pedrosa (2018), "Cárcel y familiarismo: ¿usamos a las familias como agencias de reinserción?", *Encrucijadas*, vol. 16, pp. 1-18.

Lejeune, Philippe (1975), *El pacto autobiográfico*, París, Sevil.

Loureiro, Ángel (2000), "Autobiografía: el rehén singular y la oreja invisible", *Anales de literatura española*, núm. 14, pp. 135-150.

Melis Pont, Francesca (2010), *Mujeres en prisión*. Disponible en <www.agapepenitenciaria.org/wp-content/.../MUJERES-PRISION-6-marzo-2010.doc>. Consultado el 11 de mayo de 2019.

- Muñiz, Ruth (2015), "Abandonan familiares a 7 de cada 10 reclusas por ser mujeres", *Animal Político*. Disponible en <<https://www.animalpolitico.com/2015/12/abandonan-familiares-a-7-de-cada-10-reclusas-por-ser-mujeres>>. Consultado el 11 de mayo de 2019.
- Ortiz Toledano, Virginia (2015), Una aproximación a la desigualdad de género en prisión, España, Universidad de Jaén-Facultad de Trabajo Social.
- Pérez Ramírez, Berenice (2018), Formación en conocimientos y destrezas de Trabajo Social clínico con personas privadas de su libertad, diario de campo, México, ENTS-UNAM.
- Preissle, Judith y Linda Grant (2004), "Fieldwork Traditions: Ethnography and Participant Observation", en Kathleen de Marrais y Stephen D. Lapan (eds.), *Foundations for Research. Methods of Inquiry in Education and the Social Science*, New Jersey London, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ramírez García, Telésforo (2009), "Envejeciendo en reclusión: un estudio de caso de los adultos mayores mexiquenses en situación de cárcel", *Kairós*, São Paulo. Disponible en <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2785/1820>>. Consultado el 11 de mayo de 2019.
- Rodríguez Blanco, Eugenia (2015), Diagnóstico de la situación de las mujeres privadas de la libertad en Panamá, Panamá, SECOPA/Unión Europea/UNODC ROPAN.
- Valero Chávez, Aída (2009), "Apuntes sobre la génesis del Trabajo Social mexicano", en Manuel Sánchez Rosado (coord.), *Manual de Trabajo Social*, México, ENTS-UNAM.
- Wacquant, Lóic (2011), "Forjando el Estado neoliberal. Workfare, prisonfare e inseguridad social", *Prohistoria*, vol. 16, pp. 1-18.

LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO COMO REFERENTE EN LA INTERVENCIÓN EN LO SOCIAL CON FAMILIAS EN SITUACIONES DE CRISIS

Irving Vázquez Cruz¹

Resumen

La construcción social del riesgo requiere analizar categorías histórico-subjetivas, para así poder concebir a la familia como un sujeto social capaz de visualizar los problemas externos que la ponen en condiciones de vacíos estructurales, vacíos de política pública que lo proteja en sus intentos de generar proyectos familiares para conseguir seguridad ontológica, es decir, un equilibrio donde la familia como sujeto y sus miembros, sean parte de procesos de inclusión social y gestión integral del riesgo.

En este texto se pretende dar cuenta, desde el Trabajo Social, de la utilidad de percibir al riesgo como una categoría metodológica referente en los procesos de intervención social en crisis, partiendo principalmente de los aportes propuestos de Giddens (1995, 1996 y 2003) y Beraín (1996), quienes posicionan el riesgo en las nociones subjetivas

* Licenciado y maestro en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Profesor Asociado "C" de Tiempo Completo en la Escuela Nacional de Trabajo Social. Sus líneas de investigación son: Vivienda y Discapacidad. Correo electrónico: <409029558@comunidad.unam.mx>.

que integra la familia como un sujeto que percibe, que siente y que es capaz de manufacturar adecuadamente si posee confianza básica para lograr seguridad ontológica y hacer frente a los eventos de angustia, miedo e incertidumbre en escenarios de crisis.

Las situaciones de crisis se pueden replicar, ya que la familia, al ser el sujeto social que interactúa con otros sujetos y los componentes de la propia estructura, puede manifestar crisis o, como se explicará, presenciar momentos de contingencia; es por ello que la propia familia, en su naturaleza, busca en sus redes de apoyo las estrategias necesarias para buscar seguridad ante situaciones de peligro y vulnerabilidad. El profesional en Trabajo Social se ha manifestado como una extensión de la red de apoyo en diferentes áreas y campos de acción, eventualidades que le permite poder ejercer una intervención en lo social, rescatando la noción de riesgo social.

Se propone un esquema cuya utilidad es comprender cómo la familia manufactura el riesgo, qué elementos microsociales y macrosociales inciden en la construcción del riesgo, cuáles son los sujetos que pueden influir de manera histórica en los elementos de peligro, para así poder intervenir mediante proyectos en distintos momentos en la vulnerabilidad, para aminorar y evitar los momentos de crisis en la familia.

Palabras clave: manufacturación, riesgo, intervención crisis.

Introducción

La modernidad exige a la comunidad disciplinar y profesional actualizar, innovar, proponer y poner en marcha procesos de intervención en lo social que incluyan saberes históricos, rescate de la cotidianidad y un pensamiento complejo ante los cambios y transformaciones estructurales que conlleva la modernidad en las instituciones sociales, como la familia.

Entonces se percibe a la intervención en lo social con familias como un reto profesional, que requiere el fundamento disciplinar

para comenzar a generar procesos teórico-metodológicos, que sean retomados en escenarios en situaciones de crisis familiar, dados los contextos de riesgo que llevan a la familia a un estado de angustia y desprotección.

La familia se debe entender como un sujeto social, capaz de comprender su situación, visualizar los problemas externos que propician condiciones de vacíos estructurales, vacíos de política pública que lo proteja en sus intentos de generar proyectos familiares para conseguir seguridad ontológica, es decir, un equilibrio donde la familia como sujeto y sus miembros, sean parte de procesos de inclusión social y gestión integral del riesgo.

Se aborda como referente teórico estructural, con la finalidad de que el lector comprenda que este concepto acerca al profesional a analizar de forma eficiente cómo se construye el riesgo, cuáles son las coyunturas de intervención en lo social y tenga en cuenta que el riesgo no es sinónimo de peligro y contingencia, puesto que como se expone, estas definiciones son parte del entramado conceptual que es resultado de los procesos de modernidad y son diversos dependiendo de los momentos de la construcción social del riesgo.

Giddens (1995, 1996 y 2003) permite enfocarse en la idea de riesgo a partir de preceptos estructurales, pero también permite adentrarse a la noción subjetiva que integra la familia como un sujeto que percibe, que siente y que es capaz de manufacturar adecuadamente la posesión de confianza básica para lograr seguridad ontológica y percibir angustia, miedo e incertidumbre en escenarios de crisis.

La construcción familiar del riesgo

La familia ha sido objeto de estudio primordial para el Trabajo Social. Ha pasado en la trayectoria disciplinar de ser objeto a sujeto de estudio y de intervención, cuyas categorías de análisis que conforman la cotidianidad de la familia son consideradas en razón a fenómenos sociales que pueden provocar vulnerabilidad social a uno de sus miembros o a la familia como sujeto conformado.

El concepto de riesgo ha sido acuñado para situar las condiciones de peligro, condiciones que son objetivas, cuantificables y tangibles, así como puntualizar los niveles de vulnerabilidad. Por tanto, la noción de riesgo puede ser utilizada en distintas disciplinas, pero en el Trabajo Social se hace el rescate y fundamento teórico en que el riesgo "aparece como un 'constructo social histórico'" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 8), puesto que al ser socialmente construido se vinculan elementos abstractos. Si bien consensados, la carga subjetiva está presente, es por ello que el riesgo debe ser considerado como un referente metodológico para la comprensión del sujeto social.

"Este constructo se basa en la determinación de lo que la sociedad considera en cada momento como normal y seguro" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 9). En la idea genérica que la familia es la institución social primaria que integra a la estructura social, se retoma para considerar que es el vínculo social que configura que el riesgo será la carga histórica y formativa para sus miembros, que les permitirá ejercer sus interrelaciones en entornos seguros para realizar sus metas o proyectos de índole particular o colectivo.

La familia considera el riesgo, lo analiza y dependiendo de lo que ha considerado como inseguro, anormal, peligroso y vulnerable planifica proyectos en un tiempo y en un espacio, pues en cada contexto se perciben niveles de riesgo diversos y complejos. "El riesgo tiene una relación directa con la dimensión temporal y social" (Luhmann, citado en Beraín, 1996, p. 149), la dimensión temporal incluye estilos de vida conforme las necesidades y la modernidad demandan ser satisfechas; sin embargo, es la dimensión social en donde la familia toma un rol protagonista puesto que es la que otorga los recursos sociales necesarios para que el miembro de la familia cumpla con sus objetivos planificados en sus proyectos de vida.

En este entendido, el "riesgo es vital para evaluar la divergencia entre los proyectos preconcebidos y sus resultados consumados" (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 36), el sujeto quien evalúa que estos proyectos hayan sido consumados y los resultados hayan sido positivos para el miembro, es la familia quien analiza el proceso de la

toma de decisiones, los factores que se tuvieron que dar importancia y pusieron en peligro, vulnerabilidad o en un ambiente inseguro los resultados, al miembro de la familia y al propio núcleo familiar, para así considerar y rescatar los elementos analizados para el siguiente proyecto a planificar.

Se ha hecho mención de aquellos eventos donde el sujeto social tiene noción de lo que está en riesgo; sin embargo, retomando a Giddens (2003), donde hace referencia a que hay distinciones entre el riesgo externo e interno, donde el externo son todas aquellas sujeciones de la naturaleza que pueden afectar al sujeto y el interno son todas aquellas sujeciones que el sujeto tiene en control. Además también, se encuentra el "riesgo manufacturado" (Giddens, 2003), donde la familia tiene poca experiencia para afrontar y cuyas consecuencias puede llevarla a vivir momentos de crisis familiar, pues la modernidad vuelve heterogéneos y complejos los fenómenos sociales.

La familia como sujeto social en la modernidad

Pareciera que entre "más investigación y más conocimiento pudieran conducir del riesgo a la seguridad, pero la experiencia práctica nos muestra lo contrario: 'cuanto más se sabe, más se sabe que no se sabe, y por tanto, se forma una conciencia del riesgo'" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 16). Las dinámicas familiares van tornándose de conformaciones de estructuras familiares distintas, estilos de vida, afectaciones ecológicas por cambio climático, tipos de vivienda, avance tecnológico, redes sociales virtuales y de apoyo, modelos de familia, donde la diversidad sexual, orientaciones sexuales y expresiones de género modifican los basamentos conceptuales con los que el profesional en Trabajo Social estudia e interviene, quedándose cooptado en el ejercicio por el escaso basamento teórico y metodológico, que si bien conoce de forma empírica las relaciones y las dinámicas que están inmersas en las familias que son alteradas por la modernidad, podría la construcción del riesgo ofrecerle un enfoque de atención desde el Trabajo Social.

Puesto que el "riesgo deviene de modo en que los actores sin especialización y los especialistas técnicos organizan el mundo social. Bajo las condiciones de la modernidad, el futuro es esbozado en el presente por medio de la organización reflexiva de los ambientes de conocimiento" (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 36). Las trayectorias de vida familiar no son inútiles en los procesos de reflexión, que requiere la elaboración de un proyecto de vida o de actos que van encaminados a cumplir objetivos de un miembro en particular, puesto que las narrativas emanadas se rescatan para al menos visualizar cuáles son las atenuantes que pueden hacer vulnerable y poner en peligro el entorno familiar, es decir, que la familia puede determinar el riesgo a partir de reconocer su presente, relacionando la situación con otros ambientes que han vivido similitudes de acción.

La modernidad es el contexto en el que se sitúa el riesgo, que normativiza, que instruye, que desarticula, pero a la vez organiza para fines específicos dada la complejidad que la describe a la misma modernidad, para Giddens (citado en Beraín, 1996, p. 36) la "modernidad es una cultura del riesgo", debido a que está en constante afectación por peligros, amenazas, exposiciones y la vulnerabilidad.

La familia puede estar en riesgo dadas las características que la definen y la compongan, así como los roles que se ejerzan en la misma y la comunicación que tenga con otros núcleos familiares e instituciones sociales. Se considera familia nuclear toda aquella donde los espacios de comunicación objetiva y subjetiva, concreta y abstracta se den en un espacio y tiempo determinado, así también que los roles de los miembros estén definidos en función a la vitalidad de la dinámica familiar, cuyas interacciones pueden ser positivas o negativas, pero afectan el desarrollo de proyectos de vida familiares, individuales o de colectivos, como grupos o comunidades, donde aún la participación familiar sea determinante en la toma de decisiones. "La familia nuclear cambia debido a las nuevas asignaciones 'posicionales'" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 14); las asignaciones son ejercidas por el miembro familiar en el ambiente, la posición debe de retribuir a la dinámica familiar y que a su vez la modernidad sea por

derecho ganado o por coacción estructural, para evitar el riesgo social en el ambiente.

Es la "confianza básica" (Giddens, 1995) la que permite que la familia pueda hacer frente a los riesgos, donde los posicionamientos de los roles puedan ejercerse de forma efectiva, que la familia pueda beneficiarse de dichos posicionamientos para generar, en otro miembro, las capacidades de acción y emerger ante los obstáculos y retos que presenta la modernidad. La confianza "desarrollada en virtud de las atenciones afectivas de los primeros tutores, la confianza básica enlaza, destinalmente (*sic*), la autoidentidad con la estimación de los otros" (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 46).

Sea cual sea la representación de afecto, el objetivo es generar confianza para que funcione como apoyo en la construcción de la identidad del miembro de la familia, cuyo sujeto que emana la confianza no es sólo el miembro aislado como actor, sino el valor que le da su rol familiar y posicionamiento en el ambiente social, para que tenga un sentido práctico y discursivo en el otorgamiento de la confianza y de recursos sociales, en tiempos y espacios específicos según lo requiera el miembro que está siendo dotado de confianza básica.

La confianza básica está conectada esencialmente a la organización interpersonal de tiempo y espacio. La conciencia de la identidad separada de las figuras parentales se origina en la aceptación emocional de la ausencia; la "fe" de que el tutor regresará a pesar de que ella o él no estén durante largo tiempo en presencia del niño (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 46).

Las heterogeneidades que se dan en las familias no implican que no se presente la dotación de confianza básica, puesto que cada núcleo familiar establece los niveles y mecanismos para dotar al miembro, sea por los medios de comunicación que se empleen en la familia, las rutinas, los roles y las interacciones entre los mismos. Se pretende enunciar, entonces, que la confianza básica se debe de desarrollar en la infancia puesto que "el hábito y la rutina juegan un rol fundamental en la estructuración de relaciones en el espacio entre el niño y tutor"

(Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 47), ejercicios que refuerzan habilidades sociales que tendrán que emplear en los contextos de modernidad, cuya cotidianidad implicará la toma de decisiones en eventos constantes de riesgo social, al dotarlo de confianza comenzará a posicionarse en el ambiente social, para poder así retribuir a la familia como un miembro capaz de también ejercer recursos sociales y generar confianza básica en otro miembro.

Se modifica de acuerdo con la modernidad la dinámica familiar, la "incorporación de la mujer al proceso de formación y al mercado, y por el aumento de los divorcios [...], hay que redefinir la unión del matrimonio, de la paternidad y de la sexualidad" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 14), pues las exigencias del mercado moderno incitan a que las estructuras familiares sean modificadas; sin embargo el riesgo está latente porque la estructura social, en su generalidad, no está preparada para estos tipos de dinámicas familiares y las afectaciones que puede tener en los niveles sociales.

Intervención social con familias en crisis

Si el riesgo no se mitiga o se hace una gestión integral por parte del Estado o la administración pública, se incrementan las probabilidades de inseguridad, llevando a estados de crisis familiares, ya que si hay nuevos modelos de familia, nuevas dinámicas familiares y son rebasados teórico y metodológicamente para su atención, se considera que hay riesgos fuera de control. "Para los burócratas los riesgos son aceptables en la medida en la que las instituciones dispongan de rutinas para controlarlos" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 24); mediante la política pública, puede generar espacios de inclusión y seguridad, o mediante la misma y la ausencia ante un nuevo modelo de familia que solicite atención, genera riesgos sociales porque se requieren las coyunturas de bienestar y derechos sociales, que pueden ser negados, omitidos o ignorados.

Sin caer en fatalismo, la política pública busca estas coyunturas para generar espacios de intervención social, se considera que la "moderni-

dad reduce riesgos totales en ciertas áreas y modos de vida; sin embargo, al mismo tiempo introduce nuevos parámetros de riesgo desconocidos totalmente" (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 37). Los nuevos parámetros, al no tener conocimientos previos de atención, pueden generar riesgos aún mayores dados la poca experiencia que se tenga en eventos familiares requirientes de satisfacción mediante la asistencia social.

Por tanto, aparece la intervención como un proceso no sólo de acción con el sujeto social, sino, además, como un proceso de análisis.

La intervención de lo social se construye a través de un proceso de análisis que se desarrolla en diálogo con una serie de componentes que la atraviesan, le dan forma y le otorgan sentido. Éstos van desde su marco conceptual, la noción de sujeto de intervención, los aspectos instrumentales, la construcción de conocimiento desde la práctica, hasta las formas de comprender y explicar los fenómenos sociales en los que se actúa (Carballeda, 2018, p. 9).

La intervención en lo social denota la existencia de crisis no sólo en la familia, sino además en el Estado que se ve limitado en acciones que puedan solventar los riesgos sociales de forma preventiva. El profesional en Trabajo Social construye el riesgo a través de reflexionar la historia familiar, al discurso se le da énfasis para cuadrar la coherencia en las estrategias de intervención social, pero cuyo entendimiento no se dará de forma natural, se requiere un basamento teórico metodológico que estructure la comprensión de las familias en el contexto de la modernidad, para así generar las adecuadas estrategias específicas de acuerdo con los fenómenos sociales que ponen en riesgo de crisis a los núcleos familiares.

Se ha enunciado la crisis, pero se considera pertinente hacer mención sobre la aproximación que hay en torno al concepto. Desde Trabajo Social, en situaciones de riesgo social, la crisis es entendida como el "desequilibrio entre la dificultad que ofrece un problema y el repertorio de conductas –mecanismos de defensa– con que cuenta la

persona afectada para enfrentarlo" (Contreras, 2006, p. 25) que, para efectos de este texto, se comprende, como situación de riesgo familiar en crisis, a las limitantes, obstáculos y atenuantes que ponen riesgo sea por vulnerabilidad, exclusión, inseguridad o exposición a la familia como sujeto social y no se poseen los mecanismos suficientes del Estado para mitigar, reducir o hacer gestión integral del riesgo, en beneficio del núcleo familiar.

La intervención con familias en situaciones de crisis requiere ubicar al riesgo como el factor determinante en el análisis de atención, así como considerar cuáles son los problemas sociales, situaciones sociales, naturales, políticas o bien estructurales que ponen en peligro el núcleo familiar, así como conocer cuáles son las características de cada miembro que pone en vulnerabilidad social a la familia.

Cabe mencionar que se comprende al peligro como todos aquellos eventos que modifican la dinámica familiar, que corresponden directamente a riesgos externos tales como políticas públicas, vivienda, instituciones sociales carentes de atención, relaciones económicas, fenómenos naturales, es decir, eventos que no corresponden directamente el control al núcleo familiar, pero sí influyen en la dinámica familiar. Mientras que la vulnerabilidad se considera como aquellas características, atributos, condicionantes, limitantes naturales y obstáculos que le corresponden a cada miembro de la familia, tales como discapacidad, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades terminales, situaciones de violencia, grupos etarios en exposición a problemas sociales, como la vejez y juventud, diversidad sexual, género, característica que el miembro vive y por ende repercute en la dinámica familiar interna, al no haber un marco de política pública ni un marco social que apoye y reduzca la vulnerabilidad, se presentan situaciones de riesgo. Quiere decir, entonces, que el riesgo será configurado por la suma analítica de peligros y vulnerabilidad; cuando ambas categorías se presenten, hay una situación de riesgo social que generará situaciones de crisis familiar.

De esta manera, el "riesgo está diseñado para proteger contra peligros" (Giddens, 2003), pero además, como se mencionó, para reducir las situaciones que ponen en riesgo al núcleo familiar.

La crisis de incertidumbre que atraviesan nuestras sociedades acompaña esa distribución de nuevos contextos, donde lo que sobresale es una gran diversidad de cuestiones que van construyendo un sentido diferente a las palabras y construcciones discursivas ligadas a las nociones de educación, familia, trabajo, futuro, sociedad, donde el común denominador en esos nuevos discursos muestra la emergencia del mercado como un nuevo ordenador de la sociedad (Carballeda, 2018, p. 47).

El escenario de la modernidad está presente porque el riesgo se tiene que ir reconstruyendo conforme a las nuevas dinámicas que presentan las relaciones estructurales y las consecuencias que tendrán en las instituciones sociales, que paralelamente afectan el desarrollo de la dinámica familiar. La construcción se hace con el sujeto, que es capaz de reflexionar en la historia de sus contextos que lo hace vivir en una situación de riesgo, cuya desorientación que provoca la crisis, requiere la intervención de la figura del trabajador social, puesto que un basamento bien articulado, reflexivo e interpretativo de las subjetividades familiares, podrá aperturar espacios que parecieran cerrados sin la intervención social.

La familia, como integrante de la Red Primaria, es la unidad estructural mínima dentro del universo del tejido relacional. Esta cualidad es vital tenerla en cuenta ya que, en el interior de ésta, habitualmente se gesta la disfuncionalidad que luego dará lugar a la convocatoria de los demás circuitos intersistémicos que se convertirán en la "extensión de apoyo" para el encuentro de soluciones (Chadi, 1997, p. 40).

Las situaciones de crisis se pueden replicar, ya que la familia, al ser el sujeto social que interactúa con otros sujetos, ambientes, instituciones y la propia estructura, puede manifestar una crisis de nivel mayúsculo; es por ello que la propia familia en su naturaleza, busca en sus redes de apoyo las estrategias necesarias para hallar seguridad ante situaciones de peligro y vulnerabilidad. El profesional en Trabajo Social se ha manifestado como una extensión red de apoyo en diferentes

áreas y campos de acción, eventualidades que le permite poder ejercer una intervención en lo social, rescatando la noción de riesgo social.

Es relevante mencionar que las familias, al menos las familias cuya historicidad está relacionada con el sistema cultural judeo-cristiano, ante las situaciones de riesgo recurre a su fe, a sus creencias de doctrina religiosa, para obtener recursos que su familia podría no obtener, tales la "confianza básica" como menciona Giddens (1995), o la motivación para hacer frente a los riesgos ha cambiado en la modernidad, puesto que las estructuras familiares buscan otras redes de apoyo social. "Los nuevos sistemas no disponen de un metaobservador (Dios) que reduce la contingencia" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 20), el sistema familiar o núcleo requiere, dada la modernidad, de una red de apoyo tangible que funcione como un elemento transformador de su situación social, que se describe aquí como contingencia.

La contingencia aparece como el equivalente teórico a la crisis, pues es el resultado de la no atención de los riesgos sociales, es posicionamiento dicotómico dialéctico entre lo positivo y lo negativo. "La contingencia de la dualidad pecado/gracia, sufrimiento/cura, supone la transformación de un elemento de la dualidad en el otro a través de una interacción social determinada: penitencia, modo de vida ascético o místico, etc." (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 20).

La contingencia es también que ocurra lo inesperado dada una toma de decisión en la implementación de un proyecto familiar. "En la elección (decisión) nos va el riesgo, la posibilidad de que no ocurra lo esperado, de que ocurra 'lo otro de lo esperado' (contingencia)" (Bertain, citado en Beraín, 1996, p. 9). Son aquellos eventos que le dan mayor complejidad de atención, de entendimiento a un peligro y a situaciones de vulnerabilidad que conllevan a nuevas situaciones de riesgo social, el preámbulo a una eminente crisis familiar.

Los ambientes de riesgo institucionalizado y las actividades de riesgo individualizadas aparecen como las condiciones en las que la fatalidad se crea activamente. Tales situaciones hacen posible la puesta en práctica de la osadía, ingenio, habilidad y arrojo permanente, donde los individuos

toman conciencia de los riesgos implicados [...], pero los provocan para crear un espacio de actuación distinto al de las circunstancias rutinarias (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 64).

El riesgo es la oportunidad para emplear estrategias innovadoras de intervención en lo social, donde la familia como sujeto participará activamente en la creación, ejecución, seguimiento y réplica en otros núcleos, puesto que al hacer conciencia de las situaciones que ponen en riesgo a su núcleo y miembros, participará en otros espacios de intervención en lo social, porque considerará que puede afectar de manera cíclica a algún miembro familiar, en la extensión de otros vínculos familiares directos o indirectos, así como en otras instituciones sociales que el miembro ejerce un posicionamiento y rol.

Si reunimos a todas las familias existentes, tendremos a la sociedad; es así de sencillo. Cualquier clase de entrenamiento ocurrido dentro de la familia individual quedará reflejada en la clase de sociedad conformada por estas familias. Y las instituciones como escuelas, iglesias, negocios y gobiernos son, en todo sentido, extensiones de las formas familiares a las formas no familiares (Satir, 2002, p. 377).

Bajo este contexto se entiende la importancia de esbozar un esquema de intervención en lo social, que permita comprender las nociones teóricas de riesgo ante las situaciones de crisis, donde se comprenda lo descrito desde una postura disciplinar en Trabajo Social, para así llegar al ejercicio metodológico, técnico e instrumental que requiere el hacer profesional, porque la importancia que tiene la intervención con familias puede repercutir en otras formas de instituciones sociales y provocar crisis a niveles macros, cuya política pública se quedaría mermada por no tener experiencias previas de contención a niveles familiares.

A continuación, se presenta un esquema que pretende que el lector comprenda cómo se construye el riesgo como referente teórico conceptual, con familias en situaciones de crisis, para su aplicación de estrategias específicas de intervención en lo social.

Figura 1. La intervención social con familias en situación de riesgo social.



Fuente: elaboración propia, 2019.

El marco que engloba el ambiente de las familias en situaciones de riesgo social es la modernidad, misma que comienza a ejercer pautas de modificación de trayectorias históricas de la familia, cuyas vicisitudes han de influir en los procesos de inclusión-vulnerabilidad y peligro-riesgo, que al sumarse la vulnerabilidad y el peligro conllevan a situaciones de riesgo social.

En la figura 1 se analiza, situándose en el centro, el punto de partida de la familia cuando se encuentra en un intersticio de elaboración de proyectos de vida, que ha considerado las vulnerabilidades que circundan a la familia, que se puede comprender como el riesgo interno: social, económico, de salud, género, modelos de familia y conjugaciones entre las mismas, entre otras que dependen directamente de la familia, cuyos miembros poseen una característica que los podría poner en riesgo de no ser incluidos en procesos sociales. El peligro

son los riesgos externos que no dependen directamente del núcleo familiar, que pueden ser de índole de la estructura de gobierno como las políticas públicas, basamentos teórico-metodológicos no actualizados del profesional que interviene con familias en el contexto de la modernidad; instituciones sociales carentes de elaborar adecuadas gestiones de riesgo y fenómenos naturales que podrían impactar en la condición socioeconómica de la familia, es decir, que tanto el peligro como la vulnerabilidad conducen a estados de riesgo.

Cuando la familia se sitúa en el centro se entiende que puede ser conducida hacia situaciones de riesgo; sin embargo, está en un contexto de cuasi inclusión, ya que no se considera efectiva porque la familia planifica proyectos para lograr ser integrados a procesos sociales y tener una efectiva inclusión social, aunado a que la gestión integral del riesgo tiene que ser paralela, donde las políticas públicas emerjan, protejan y salvaguarden derechos y garantías de la familia en situaciones de riesgo. Los objetivos de los proyectos se cumplirán cuando se logre la inclusión social en compañía de redes sociales de apoyo que estructuren las relaciones familiares y con su entorno en la modernidad, para mantener equilibrio cuya finalidad será construir nuevos proyectos que a la familia le permita constituirse como un sujeto social, con la competencia de hacer frente a las atenuantes de la modernidad.

Ahora bien, la manufacturación del riesgo aparece como ese estado de ambigüedad, de poco o nulo conocimiento ante un evento familiar sea por vulnerabilidad o peligro, donde hay poca experiencia para afrontar la situación que le atañe, es el momento que se sugiere que la intervención del Trabajo Social debe de hacer hincapié en los procedimientos de la acción social del sujeto, puesto que retomando el método básico de esta disciplina, en la fase de planificación, la colaboración del profesional es eminente para el logro de objetivos del sujeto. Si la manufacturación se ve afectada, no se adecuan los objetivos y no se cuentan con los recursos sociales, económicos, culturales y ecológicos será conducida la familia a situaciones de riesgo social, con proyectos no logrados, el fracaso conducirá a que las estrategias de acción los lleve a un estado de contingencia social.

“La modernidad altera radicalmente la naturaleza de la vida cotidiana y afecta a las dimensiones más íntimas de nuestra experiencia” (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 33). La modernidad es compleja y multidimensional que logra generar rupturas sociales, replantea la cuestión social, fragiliza vínculos a niveles macro, meso y micro, es decir, de forma estructural, dada la multiplicidad de factores que la integran y la mantienen de forma dialéctica y contradictoria.

El Trabajo Social se ocupa de intervenir en la resolución o transformación de circunstancias, hechos, situaciones que se presentan como expresiones de la cuestión social. Éstas poseen diferentes formas de visibilidad, manifestación, inscripción objetiva y subjetiva construyendo distintos modos de relación con lo singular, con lo territorial, la cultura, la historia y el sentido común. De esta manera, el proceso de intervención social también implica conocer y develar el sentido de las diferentes relaciones que interactúan dentro de una compleja trama de elementos, que son los que construyen la demanda hacia ésta, teniendo como eje básico el acceso de la explicación comprensión de las condiciones causales que construyen la demanda (Carballeda, 2018, pp. 9-10).

La intervención en lo social se debe de comprender como un proceso no como fases establecidas e inamovibles, en donde de acuerdo con lo planteado, se requiere que intervenga principalmente en el momento en que el sujeto social se encuentre manufacturando el riesgo, calculando la probabilidad de vulnerabilidad, exclusión social, marginación y segregación estructural y coyuntural. Por tanto, se debe de contemplar la intervención en lo social en el estado de crisis, así como en el estado de seguridad ontológica.

Los individuos y las familias están sujetos a periodos de relativa calma y estabilidad, alternados con otros de creciente tensión que alteran este equilibrio normal. Estos periodos de tensión se originan en eventos externos e internos que se presentan como peligrosos para el individuo, o bien, en tensiones que se van acumulando a lo largo del tiempo, frente a ellos, el

individuo se siente vulnerable y reacciona con grados altos de ansiedad y angustia (Contreras, 2006, p. 25).

El estado de crisis implica una angustia que se percibe como incontrolable por el sujeto social, pues no está seguro en el entorno que se encuentra, los daños que recibe son directos sin un cobijo protector ante los eventos de peligro y vulnerabilidad. La "angustia ha de ser entendida en relación al sistema completo de seguridad que desarrolla el individuo" (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 52).

El sentido socioemocional está en crisis, la angustia "es en esencia un miedo que ha perdido su objeto a tensiones emocionales formadas inconscientemente y que expresan 'peligros internos' más que amenazas externas" (Giddens, 1995, p. 62), se pierde la noción de que los factores externos han influido en su estado de crisis, se atribuyen culpas internas, la confianza está ausente, la ansiedad cumple con un papel determinante que puede llevar a tomar decisiones que afectarán la integridad familiar.

Para precisar la crisis implica una situación de desánimo familiar, la condición de salud mental es afectada, la representación son los estados de ánimo, interacciones violentas, desarticuladas, canales de comunicación ambiguos, normas y reglas difusas, la estructura familiar pierde solidez y comienza a desestructurar el modelo, poniendo en riesgo la conformación de otra con bases de crisis, cuyo preludio anuncia fenómenos familiares que los mantendrá en el estado de crisis.

Enfrentar la situación que lo tensiona echando mano a su repertorio de recursos, estrategias y mecanismos defensivos para resolver problemas. Si fracasa este primer intento de solucionar y controlar la dificultad o problema, aumenta su tensión y angustia y –entonces– tratará de innovar copiando estrategias y recursos de las fuentes a las que tenga acceso. Si aun así no logra solucionar su problema, su tensión aumentará hasta un punto límite. En este punto, algún factor precipitante –que puede ser el que el afectado reconozca que se encuentra sobrepasado y solicite ayuda profesional– puede originar un cambio que permita que el problema sea

resuelto o redefinido con un mayor grado de éxito. Surge, a continuación, un periodo en el cual el individuo se reorganiza y reorganiza gradualmente su situación de modo de establecer un nuevo equilibrio (Contreras, 2006, p. 26).

Ahora, la intención es enfocarse en los procesos donde se cumplen objetivos, cual intervención social también tiene cabida en el aseguramiento y mantenimiento del equilibrio familiar, las redes de apoyo configuran la estructura, hay colaboración de los miembros de la familia, la manufacturación del riesgo ha sido ya sea por cuenta propia del sujeto social o con apoyo del profesional en lo social, que logra mantener un estado de seguridad ontológica, confianza básica entre sus miembros, existe comunicación efectiva que los lleva a concluir proyectos que retribuyen en sus modos de vida, acompañados de políticas públicas que velan porque se mantenga en este estado, es decir, que la familia se define como un sujeto social, participativo, autogestivo y organizado para cumplir con objetivos que le permiten tener estados de bienestar en el medio moderno.

Reflexiones finales

Con base en lo anterior, se pretende que se rescate en la fase de intervención, que se retomen para intervenir con familias, sea en la investigación, diagnóstico, planificación, ejecución del proyecto, evaluación y la sistematización como eje transversal, a este referente que se propone en la construcción del riesgo, para que se integre el concepto de riesgo social, como antelación ante eventos que podrían, de no ser gestionados integralmente, convertirse en estados de contingencia social y, en suma, que no sólo afecte a la familia como sujeto, sino al conjunto de instituciones sociales de forma estructural.

Cabe mencionar que se coincide con la visión de que el profesional en lo social interviene desde el momento en que genera praxis mediante la ejecución de técnicas e instrumentos de investigación en familias, hasta el momento de la propia sistematización (haciendo no-

ción del método básico), y por ello es necesario durante la intervención, resaltar algunos conceptos.

“Ser ontológicamente seguro es poseer, en el nivel del inconsciente y de la conciencia práctica ‘respuestas’ a cuestiones existenciales” (Giddens, 1995, p. 66). Cuando el sujeto social es consciente de su manufacturación del riesgo, ejerce actos y obras que le conducirán a emerger de las situaciones de riesgo y lograr un estado de equilibrio, en su trayectoria histórica familiar, conseguirá la seguridad, que implica tener confianza básica ejercida por sus miembros en su calidad de sujeto social familia y no como ente aislado, comunicación efectiva y asertiva y estados de inclusión social que le retribuyan en equilibrio y bienestar.

“Seguridad es una ficción social. La comunicación social se trata como seguro y, a su vez, el grado de estabilidad de esas ficciones en experiencias que manifiestan todo lo contrario. [...] la seguridad, en tanto categoría contraria a riesgo, refiere en constelación a un concepto vacío” (Luhmann, citado en Beraín, 1996, p. 142). El vacío de cuestiones sociales que lleven al sujeto social a la fragilidad social, a la vulnerabilidad familiar, esto gracias a la suma de elementos bien articulados, principalmente a la confianza básica, indicio adecuado de funcionamiento familiar.

Reiterar que la confianza básica se construye en la familia y se refiere a una conexión entre “el mundo objetivo y la identidad del yo que combina lo emotivo y lo cognitivo” (Giddens, 1995, p. 54), se nota su efectividad en la conclusión de proyectos y por ende se logran estados de inclusión social e interacciones familiares óptimas para el mantenimiento del equilibrio familiar y de las singularidades de los miembros.

La confianza, así lo sostengo, es un fenómeno crucial para el desarrollo de la personalidad [...], la confianza está directamente referida a la consecución de un cierto sentido primario de seguridad ontológica [...] protector, que defiende al sí-mismo en sus contactos con la realidad cotidiana, aísla los potenciales acontecimientos de ser contemplados en toda su magnitud (Giddens, citado en Beraín, 1996, p. 36).

Hacer frente a los paréntesis de los posibles hechos que pueden desarticular el funcionamiento familiar, mediante la elaboración de proyectos, actos y obras con objetivos claros, mediante la confianza básica será el aditivo principal para lograr una seguridad ontológica alejada de los eventos de riesgo social, tanto al sujeto social como familia, a sus miembros en sus procesos de construcción, también como sujetos sociales, con objetivos particulares y singulares pautas de acción.

Un último concepto importante por resaltar es la creatividad ejercida tanto por el sujeto, fortalecida por el profesional en lo social y ejecutada en su hacer de intervención por la y el trabajador social. La creatividad se expone como la "capacidad para actuar o pensar de forma innovadora en relación con los modos de actividad preestablecidos, está íntimamente ligada a la confianza básica. A su vez, la confianza es en cierto sentido creativa por su misma naturaleza, pues implica un compromiso" (Giddens, 1995, p. 58). Cuando en la manufacturación del riesgo el profesional comienza a desarrollar estrategias y cursos de acción que retomará en su proyecto del sujeto, requiere de la creatividad, puesto que son eventos novedosos que demandan creatividad por parte de la familia, del entendimiento disciplinar, de la intervención en lo social, para hacer frente con base en la confianza básica generada en la familia a eventos que los sitúan en riesgo social.

Un profesionista formado y capacitado en el conocimiento correspondiente por una parte y por la otra, de un sujeto portador de un problema o necesidad social que participe con el profesionista en la construcción del proceso de cambio social que definan como el objetivo profesional que buscan. La intervención profesional articula el saber en el hacer en el mundo cotidiano, interfiere en el acontecer (Tello, 2008, pp. 18-19).

Al acercarse a esta construcción propuesta, el profesionista abonará a su formación disciplinar, comprenderá que en las sociedades de riesgo, la familia debe de situarse como un sujeto social, que tiene la capacidad y habilidades para reconocer las situaciones, contextos y

problemas que lo llevarán a situaciones de riesgo, que si no se tienen solvencias políticas que lo salvaguarden su estado de riesgo es mayor, pero aún más, si las condiciones internas familiares no se conjugan con la confianza básica para poder manufacturar un riesgo que le permita crear proyectos que lo conduzcan a la seguridad ontológica, al equilibrio familiar que, como se mencionó en su noción básica, por ser la institución social que se replica en otras, los riesgos modernos que debilitan el tejido social y complejizan la cuestión social podrán ser gestionados integralmente para evitar futuros estados de crisis sociales.

Por último, es imperante mencionar que la modernidad exige intervenciones en lo social, que innoven que estén influenciados por la creatividad, cuya influencia del rescate de los saberes debe de estar presente para hacer frente a las disyuntivas estructurales que se presentan en la cotidianidad familiar. Hacer un adentramiento a las metodologías y basamentos técnicos e instrumentales, podría derivarse de la comprensión de la construcción del riesgo como referente en la intervención con familias en situaciones de crisis, donde se rescate los saberes históricos, las trayectorias de la familia, entendida como sujeto social, el discurso y las narrativas como área de oportunidad en la emergencia social.

Hablar de paradigmas y corrientes de pensamiento que permitirían al profesional en lo social, adentrarse a esta sugerencia, remontará a pensar en construcción social, representaciones sociales, semiología, fenomenología, teoría crítica, teoría fundamentada, interaccionismo simbólico y la hermenéutica. Para la recuperación del discurso, del saber y construir narrativas, en el aspecto de diseño, tanto en el momento de la manufacturación del riesgo, seguridad ontológica y estado de crisis social, se sugiere hacer énfasis en el uso de estudios de caso, técnicas etnográficas, historia oral, la investigación, acción participativa y la educación social. Y correspondientemente, algunos de los recursos técnicos e instrumentales que se sugieren están la implementación de visitas domiciliarias, entrevistas a profundidad, semiestructuradas, grupos focales, observación y el diario de campo,

entre otros, que se van adecuando de acuerdo con las necesidades del sujeto social.

Finalmente, se pretende que esta propuesta de construcción de riesgo en la familia permita al profesional que interviene en lo social, estructure basamentos teóricos y metodológicos en el análisis de situaciones inmersas en el contexto moderno tanto para la prevención, atención, gestión y mitigación del riesgo social familiar, como referente conceptual en la elaboración de diagnósticos sociales con mayor alcance, que refieran procesos coherentes y fundamentados en la intervención en lo social.

Referencias

- Beraín, J. (1996), *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Antropos.
- Carballeda, A. (2018), *El lugar, la palabra, la mirada y la escucha*, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Chadi, M. (1997), *Integración del servicio social y el enfoque sistémico-relacional*, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Contreras, M. (2006), *Principales modelos para la intervención en individuo y familia*, Santiago de Chile, Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Giddens, A. (1995), *Modernidad e identidad del yo*, Barcelona, Península.
- (1996), "Modernidad y autoidentidad", en J. Bertaín, *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Antropos.
- (2003), *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Satir, V. (2002), *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, México, Paz México.
- Tello, P. N. (2008), *Apuntes de Trabajo Social. Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. Disponible en <http://cursots.files.wordpress.com/2008/08/apuntes-sobre-intervencionsocial_nelia-tello.pdf>. Consultado el 1 de junio de 2019.

FAMILIOGRAMA Y DIVERSIDAD FAMILIAR EN TRABAJO SOCIAL

*Alejandra Moreno Fernández**

Resumen

El familiograma es un instrumento de recolección de información utilizado por las Ciencias Sociales. En Trabajo Social es un instrumento que aporta información significativa para el diagnóstico e intervención con enfoque socio-familiar. En el contexto de las configuraciones familiares, este instrumento cuenta con los recursos gráficos para su aplicación; sin embargo, un factor presente en el hacer cotidiano es el reconocimiento de la diversidad familiar por parte de los profesionales. Para dar cuenta del estado de dicho reconocimiento, se presentan los resultados y hallazgos de un estudio social realizado en el Congreso "¿Familia o familias en México? Diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea".

Palabras clave: familiograma, diversidad familiar, familias, Trabajo Social.

* Estudió la licenciatura, maestría y doctorado en Trabajo Social, en la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Es profesora de asignatura en el Programa de Maestría en Trabajo Social y fue Técnica Académica de la ENTS. Actualmente ocupa la Secretaría ejecutiva del Centro Juvenil Promoción Integral A. C. Correo electrónico: <alexamorenof@hotmail.com>.

Introducción

El familiograma es un instrumento de recolección de información familiar utilizado por las Ciencias Sociales que implica, desde el punto de vista metodológico, la diada técnica-instrumento, su registro es gráfico y tiene el propósito de conocer el entorno familiar de las personas a partir de un aparato teórico-conceptual diverso, asociado a la disciplina responsable de la investigación. En el Trabajo Social se ha adoptado como un instrumento que aporta información significativa para el diagnóstico e intervención con enfoque sociofamiliar, en muchas ocasiones, en el marco del trabajo multidisciplinario.

Respecto a la utilidad del familiograma en el contexto de las diversas configuraciones familiares, este instrumento cuenta con los recursos gráficos para su aplicación, observación y registro. Se orienta la reflexión al papel del profesional en Trabajo Social respecto al reconocimiento de la diversidad familiar como factor presente en su hacer cotidiano.

Para dar cuenta del estado de dicho reconocimiento, se presentan los resultados y hallazgos de un estudio social realizado en el Congreso "¿Familia o familias en México? diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea",¹ en los cuales destacó que 72% del alumnado y profesionales en Trabajo Social que voluntariamente participaron en el estudio, reconocen el término "familias"; sin embargo, se observaron omisiones en materia de diversidad que muestran la prevalencia del modelo de familia moderno hegemónico, denominado tradicional, desde este enfoque, todo cambio, que alude a la diversidad familiar, será valorado como disfuncional y tendrá influencia en el conocimiento y comprensión diagnóstica para la intervención.

Familiograma

El familiograma es un instrumento de investigación que registra gráficamente información obtenida mediante la técnica de entrevista, con

¹ Realizado el 15,16 y 17 de marzo de 2017 en el Centro Cultural Universitario Tlatelolco, de la UNAM.

el propósito de conocer el entorno familiar de las personas, se le ha definido:

[...] como instrumento que permite valorar la dinámica, composición, estructura, tipo de familia, relaciones, roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la misma en un momento determinado (Espronceda-Amor, 2011, p. 87).

En sentido riguroso, la elaboración del familiograma implica la diada en investigación técnica-instrumento, y depende, como ya se comentó, de las entrevistas que realiza el profesional, cuenta con un aparato teórico-conceptual diverso, asociado a la disciplina responsable de la investigación.

Existen referentes de que este recurso técnico ha sido utilizado por las Ciencias Sociales, por la sociología en sus acepciones de genograma, árbol genealógico, etc., por la historia, como genealogía que lo aborda desde un punto de vista de historia familiar, ascendencias y descendencias. También es un recurso importante para la psicología sistémica. Cuenta con un amplio campo de aplicación.

En el Trabajo Social se ha adoptado como un instrumento que aporta información significativa para el diagnóstico e intervención con enfoque sociofamiliar, en muchas ocasiones, en el marco del trabajo multidisciplinario, especialmente con la psicoterapia familiar (Rolland, 2000, p. 25).

El tipo de información que registra un familiograma es delimitada, según el enfoque e interés de la investigación. La conocida que puede clasificarse como "estandarizada" se divide en información básica o de profundidad.

Tabla 1

<i>Información básica</i>	<i>Información profunda</i>	<i>Informaciones contenidas</i>
Nombres. Sexo. Fechas: nacimiento, muerte, matrimonio. Integrantes: miembros de la familia. Escolaridad. Ocupación. Cohabitación.	Relaciones: tipo de unión y de ruptura entre parejas. Funciones y dinámica familiar. Interacciones, dinámicas familiares: comunicación, normas, valores, manejo de autoridad, roles o papeles familiares. Tipología. Socioeconómico.	Conductas repetitivas. Aspectos observados en el análisis generacional, de valor para la intervención. Problemas familiares repetitivos, triangulaciones, herencia y otros.

Fuente: elaboración y análisis propio con información de Espronceda-Amor (2011).

A partir de un familiograma, el investigador puede desarrollar los siguientes procesos:

- Análisis a partir de los datos sociodemográficos.
- Análisis de estructura y clasificación familiar.
- Análisis generacional.
- Análisis de trayectorias familiares.
- Y los relacionados con la especificidad de la disciplina y sus objetivos.

Sobre la suficiencia de este instrumento, resulta innecesario cuestionar si cuenta con los recursos gráficos para registrar las diversas configuraciones familiares porque es perfectible, en el sentido que puede adaptarse a las necesidades, dominio y ejecución del profesional que lo utiliza. Cabe mencionar que su elaboración puede ser manual o en programas computacionales diseñados para este fin, como GenoPro®, que ofrece una versión de libre acceso.

Diversidad familiar

Recientemente, en el estudio de la familia se reconoce la influencia de las transformaciones sociales, no siempre fue así. En la década de 1950 surgió, como referente teórico para estudiarlas, la corriente funcionalista, que influyó y relacionó a la familia con el trabajo:

Este enfoque supone que la familia tiene un desarrollo único y predecible vinculado al proceso de modernización de las sociedades; por lo que establece un sólo modelo de familia constituido por un hombre-padre-proveedor, por una mujer-madre-ama de casa cuidadora, y los hijos; erigiéndose como el referente normativo para esa época, de tal forma que desde este enfoque cualquier otro tipo de arreglo familiar es disfuncional, desviado o pertenece a estadios de desarrollo más atrasados (Camarena, citado en Ordaz, Monroy y López, 2010, p. 50).

Desde este referente se plantea que la familia nuclear es estática y ahistórica. En su organización, los roles y funciones son definidos y diferenciados acorde a la división sexual del trabajo, en el caso de la mujer, responsable del trabajo doméstico, y en el hombre, como proveedor y jefe de familia.

Posteriormente, los estudios feministas y los de género fueron nuevas formas de mirar a las familias, aportando planteamientos que cuestionan el modelo ya conocido:

Una unidad integrada por personas de sexos y edades diferentes, que ocupan posiciones diversas, tienen intereses propios y están inmersas en un continuo juego de poder no carente de tensiones y conflictos que se materializa en la desigual distribución de derechos y obligaciones, de oportunidades y privaciones, así como de experiencias de vida también desiguales (Camarena, citado en Ordaz, Monroy y López, 2010, p. 285).

Respecto a la observación de los cambios y la transformación de la familia, la sociología planteó su susceptibilidad a las influencias. Luis

Leñero (1976) refirió a la familia como una unidad de relaciones humanas en la cual se reflejan los problemas de la sociedad:

[...] una unidad social que refleja en sí misma los grandes problemas de la sociedad en que vivimos. Es, además, una unidad de relaciones humanas que depende de miles de influencias externas y que se relaciona prácticamente con todos los problemas y dimensiones de la vida humana (p. 11).

En el mismo sentido, Rondón (2011) observó que los cambios sociales han provocado cambios en la institución familiar:

En las últimas décadas han acontecido profundos cambios sociales que modifican las estructuras más significativas de la sociedad: las bases socioeconómicas, los modos de vida y las costumbres. Así, una de las instituciones de la misma sometida a transformación ha sido la familia; su evolución, como tal, admite cada vez más formas, definiciones y matices. La familia cambia en su forma y estructura, y además surgen nuevas formas de familia o modelos (p. 86).

Los cambios o transformaciones de la familia se registraban en su organización, en los roles y funciones asignadas a sus integrantes los cuales, en cierta medida, se relacionan con la salida de las mujeres del espacio privado al mercado de trabajo, hecho que documentaron los estudios feministas y los de género (Ordaz, Monroy y López, 2010).

Así, la transformación de las familias ha implicado la modificación de sus estructuras:

Para este autor, la permanencia actual e histórica de la familia se fundamenta en una extraordinaria capacidad de adaptación desarrollada a través de los siglos y, según la cual, la familia ha sido capaz de introducir las transformaciones externas en el interior de las relaciones de reciprocidad que gobiernan las relaciones familiares. Estos cambios afectan a la estructura externa de la formación de familias, produciendo lo que Margaret Ar-

cher denomina "morfogénesis familiar", pero mantienen la esencia propia de la familia (Donati, 2003, p. 232).

La transformación en la familia fue tal que en la actualidad se modificó el término a "familias" para reconocer la diversidad de formas o configuraciones familiares:

Las transformaciones tienen tal envergadura, que actualmente es posible encontrar gran diversidad de formas familiares: familias monoparentales, ensambladas, matrifocales, parejas homosexuales, de uno u otro sexo, o con hijos fruto de los avances en tecnología de maternidad asistida, que cambian las representaciones de ser hombre y de ser mujer, de ser madre y de ser padre (Fernández, 2006, pp. 69-70).

Es evidente que las Ciencias Sociales han documentado las transformaciones y con ello, inciden para el reconocimiento de la diversidad familiar. Así, el término "familias" –en plural– es una categoría que aglomera las diversas estructuras que bajo el lente del modelo hegemónico no se documentaban o se excluían. Ahora, en esta diversidad, se reconocen a las familias: unipersonales, las reconstituidas o multiparentales (Ordaz et al., 2010), las de madres jefas de familia y padres, las homoparentales y las de co-parentalidad, entre otras configuraciones.

Sólo para hacer mención de su caracterización, a continuación se describen las familias reconstituidas o parentales, y en adelante las homoparentales.

Familias reconstituidas o parentales

Conformada por la unión de cónyuges, donde uno o ambos provienen de separaciones y divorcios de anteriores vínculos legales o de hecho, que aportan hijos y tienen a su vez hijos en su nueva unión. Presentan tres modalidades: un miembro de la pareja tiene hijos de una relación anterior; los dos miembros de la pareja tienen hijos de una relación anterior; además

de hijos de relaciones anteriores, se incluyen hijos de la nueva relación. Amplían la red de relaciones sociofamiliares y, en cualquiera de sus variaciones, hay concurrencia entre los diferentes procesos y tipologías donde interactúan los miembros de la familia. La simultaneidad es tanto de la pareja como de los hijos, que deben funcionar en varios sistemas familiares al mismo tiempo (Rondón, 2011, p. 85).

Familias homoparentales

Es la unión de personas del mismo sexo: "En México, la legalización de los matrimonios homoparentales inició a escala local desde 2009, cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó el matrimonio entre personas del mismo sexo" (Morales y Gutiérrez, 2017).

A este tipo de familia se le ha sometido a largos procesos tanto para legitimar su unión, jurídicamente hablando, como para la adopción de menores. El reconocimiento social aún es un tema pendiente: "los cambios legales tienen impactos significativos en la conducta y comportamiento de la sociedad. El reconocimiento del matrimonio igualitario implica un cambio sustancial en los derechos y protección a muchas familias (Morales y Gutiérrez, 2017).

Al respecto, en el contexto internacional, los resultados de algunas encuestas muestran que el acuerdo para que estas familias adopten a menores, es diferenciada. En el caso de Italia, por ejemplo, el 36% acepta la adopción y se observa la influencia de la vecindad con el Vaticano, sede de la Iglesia católica. En América, en Estados Unidos, el resultado fue que 61% de las personas encuestadas están a favor de la adopción. Finalmente, contrasta el resultado de una encuesta de opinión realizada por un medio de comunicación en América Latina (2012) cuyo resultado fue que sólo el 30% acepta la adopción por personas homosexuales.

Una de las mayores encuestas fue efectuada por el Parlamento Europeo junto a la empresa Stiftung Mercator (2012) que encuestó a 5 624 personas de entre 16 y 27 años, de 45 países europeos. En ella un 73% está de acuer-

do con la adopción y crianza por parte de parejas homosexuales. Entre los países con mayor índice de aceptación están Noruega y Holanda; y los de menor aceptación Turquía e Italia. Una encuesta que puede complementar este resultado fue efectuada por el Instituto Nacional de Estadísticas de Italia, en que se encuestó a 7 725 personas de 18 a 74 años. En ésta, sólo 36% de los encuestados acepta la adopción por parte de las parejas homosexuales. Como vemos, este porcentaje es mucho menor al porcentaje aludido líneas más arriba entre los países europeos. Una razón esgrimida es la influencia del vecino Estado del Vaticano. En éste, el rechazo aumenta considerablemente, situándose en un 64% (Istituto Nazionale di Statistica, 2012). La influencia de la religión, por tanto, podría explicar el apego a configuraciones familiares tradicionales. Una encuesta en Estados Unidos realizada por el periódico *Pink News James Park* (2012) arrojó que el 61% de las personas encuestadas está a favor de que personas del mismo sexo puedan adoptar y criar un niño o niña. En el contexto latinoamericano, la encuesta de opinión en manos del diario *CNN México* (2012) se observa que sólo el 30% acepta la adopción por parte de parejas homosexuales, y el 70% de los encuestados rechaza esta posibilidad (Méndez y Mondones, 2014).

El reconocimiento de las familias homoparentales se pone en duda cada vez que se cuestiona y se somete a la opinión pública su capacidad de crianza, y si pueden o no adoptar, también cuando se condiciona su potencial de maternaje y paternaje bajo un modelo idealizado de crianza heterosexual, ignorando que “estar siendo madre/padre, no depende de una condición biológica, sino de una condición socioemocional” (González, 2017).

Pese a las transformaciones y los cambios jurídicos en materia familiar, en el contexto mexicano se observa el predominio cultural de un modelo de familia, el cual es legitimado por las instituciones y promovido por ciertos grupos conservadores, principalmente la Iglesia. Este tipo de familia, al ser hegemónico, en el pasado y en la actualidad, busca invisibilizar las formas familiares diferentes, de las cuales existen registro en la historia de la humanidad. Corresponde a las Ciencias Sociales insistir en el reconocimiento de la diversidad de familias.

Resultados y hallazgos del estudio ¿Familia o familias?

En el tema de reconocimiento de las familias, se presentan los resultados y hallazgos del estudio social "¿Familia o familias?", realizado en el Congreso "¿Familia o familias en México? Diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea", que contó con la participación de 250 personas, alumnado de la licenciatura en Trabajo Social, académicos de diversas instituciones educativas, así como profesionales que se desempeñan en el sector público.

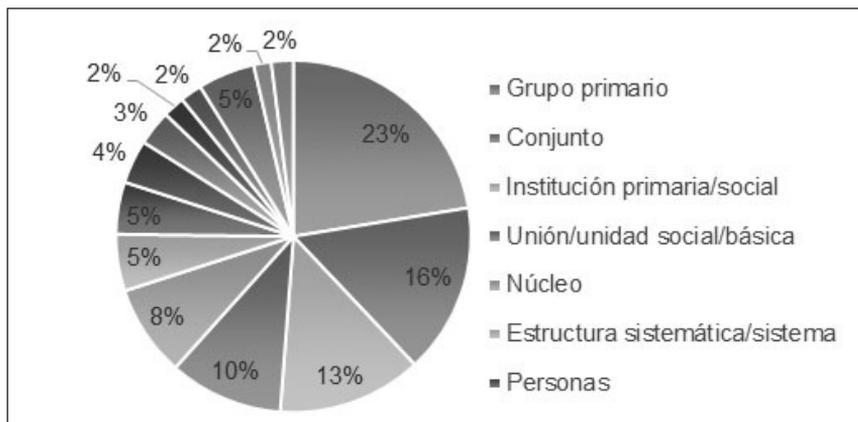
Dadas las características de la población participante, se consideró que sus aportaciones estaban provistas de sentido (Bourdieu, 2008), ya que tienen una característica común: la proximidad a la realidad social, sea porque se encuentran en formación o porque trabajan directamente con familias.

El estudio tuvo las siguientes características metodológicas: fue no probabilístico, el criterio de inclusión fue la asistencia al Congreso y su disponibilidad voluntaria para responder el cuestionario autoadministrado que consideró preguntas abiertas, con las que se busca dar oportunidad a todas las respuestas posibles.

Los resultados y hallazgos obtenidos por análisis de contenido y codificación cualitativa caracterizada porque "los códigos surgen de los datos (más precisamente, de los segmentos de datos): los datos van mostrándose y los 'capturamos' en categorías" (Hernández y Baptista, 2014, p. 426) y recurrencia, permitieron observar, por un lado, la persistencia del modelo tradicional de familia y, por otro, el reconocimiento a la diversidad familiar. En este tema, el propósito fue indagar, primero, sobre la concepción de familia, cómo se conforma y si reconocen los términos familia o familias, vinculado, el último, a una postura de reconocimiento a las diferentes formas familiares.

Respecto a la concepción de lo que es una familia, en el análisis emergieron múltiples formas de referirlas: predominó el 23% como "grupo primario", entre otras formas, enlistadas en la figura 1. Este resultado debería alertar sobre la ausencia de marcos teórico-conceptuales de referencia, desde el Trabajo Social, un marco conceptual para el estudio y la aproximación en el tema.

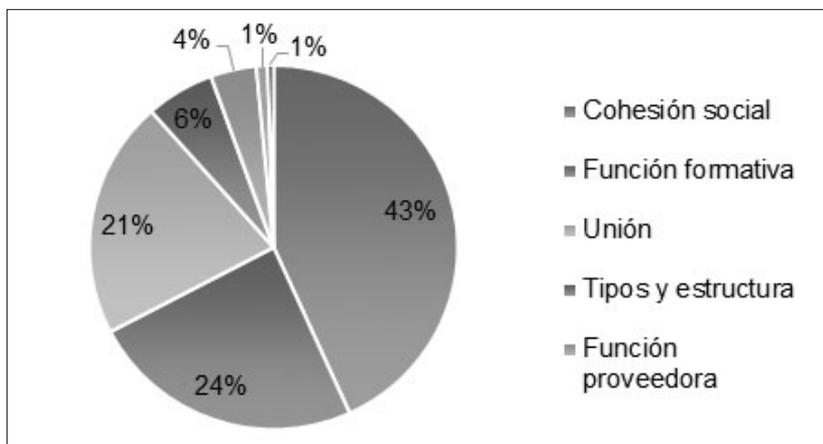
Figura 1. Familia-Familias: formas de referirlas.



Fuente: estudio “¿Familia o familias?” realizado en el Congreso “¿Familia o familias en México? Diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea”, 2017.

En el análisis y conteo por recurrencia, las respuestas se orientaron a las características esenciales o funciones de las familias, como: cohesión social, que fue la principal (43%), seguida por la función formativa (24%) y 21% unión, 6% tipos y estructura, 4% función proveedora, 1% normativa y 1% otras.

Figura 2. Familia-Familias: formas de referirlas.



Fuente: estudio “¿Familia o familias?” realizado en el Congreso “¿Familia o familias en México? Diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea”, 2017.

Tabla 2. Matriz de respuestas.

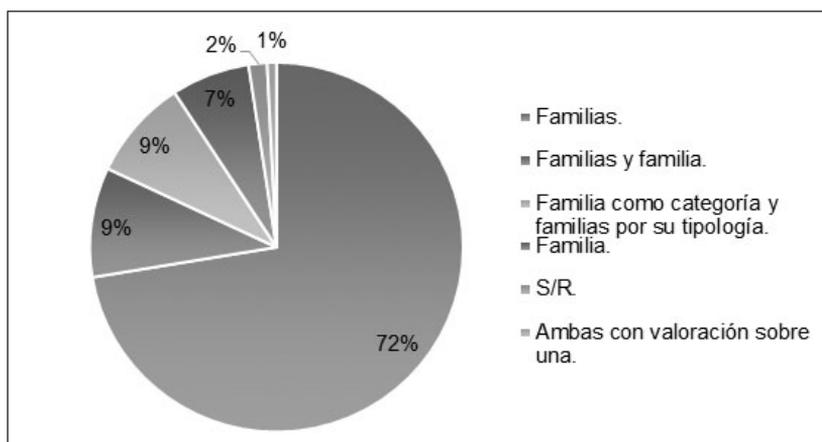
Cohesión social	Viven mismo techo/comparten espacio/cohabitan. Convivencia e interacción. Sentido de pertenencia, identidad. Función de integración y de relación. Socialización/relaciones con la sociedad/vínculos y apegos. Comparten afecto/apoyo emocional/vínculo, amor. Se apoyan, ayudan/es mutuo/red social de apoyo/solidaridad Tienen metas e intereses, fin y proyecto comunes. Relaciones íntimas de seguridad, protección y cuidado.
Función formativa	Formación social/educación/enseña. Desarrollo y crecimiento de la persona/del ser humano/óptimo/vida digna. Se gestan valores y normas/comparten valores. Comunicación. Se enseñan costumbres/tradiciones, creencias. Donde el individuo aprende a reproducir el sistema social/relación social del individuo. Aporta cultura/comparten cultura.
Unión	Tengan o no lazos consanguíneos, unión por afinidad/voluntad/afecto. Personas lazos consanguínea/vínculo afectivo. Unión de dos personas/dos personas o más. Personas unidas para el bienestar. Formada por una pareja, lazos legales y religiosos.
Tipo y estructura. Tipos de familia.	Padre, madre e hijos/otros miembros como abuelas, tíos, etc. Madre ejerciendo ambos papeles. Función proveedora, normativa y otras.

Fuente: elaboración propia con base en el estudio "¿Familia o familias?" realizado en el Congreso, "¿Familia o familias en México? Diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea", 2017.

Sobre el reconocimiento del término familia o familias, se muestran, en sentido amplio, las perspectivas existentes. Destacó que 72% reconoce el término *familias* y 19% *familias* y *familia*. El 3% de las respuestas

refirieron a la familia como una construcción social. Cabe una aclaratoria: el estudio no permite confirmar si el proceso de reconocimiento a la diversidad o la familia como construcción social es resultado de la revisión temática durante el Congreso.

Figura 3. Reconocimiento: ¿familia o familias?



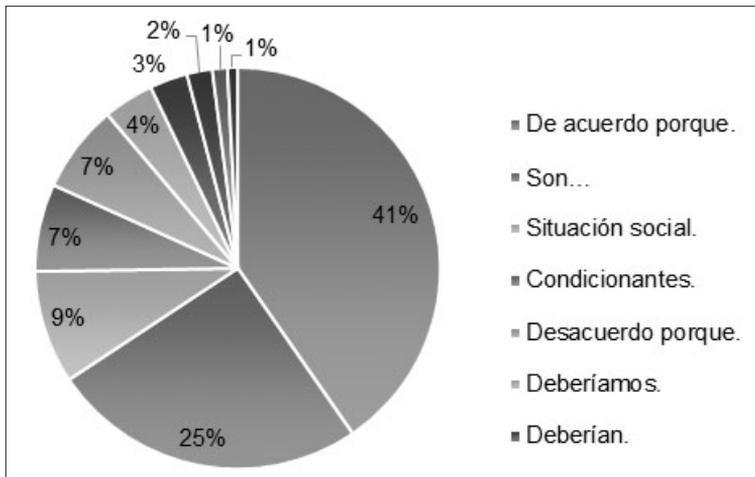
Fuente: estudio "¿Familia o Familias?", realizado en el Congreso "¿Familia o familias en México? Diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea", 2017.

No obstante que el 91% reconoce el término *familias*, los hallazgos del estudio fueron las omisiones en materia de diversidad:

- Sólo dos personas mencionaron la unión de personas del mismo sexo como un tipo de familias.
- Sólo una persona mencionó a "madres con doble rol". No hubo mención a "madres solteras" ni "jefaturas femeninas".
- Ninguna persona mencionó a las familias reconstituidas.
- 5% considera la diversidad como un problema que enfrenta la familia en la actualidad.

Para indagar en el tema de diversidad, se planteó una pregunta de opinión sobre parejas homoparentales, en ese momento tema coyuntural. El contenido se clasificó y se presenta en la siguiente figura:

Figura 4. Opinión: familias homoparentales.



Fuente: estudio "¿Familia o familias?", realizado en el Congreso "¿Familia o familias en México? Diversidad, convivencias y cohesión social en la sociedad contemporánea", 2017.

El 41% de las respuestas estuvieron de acuerdo con las parejas homoparentales con los siguientes contenidos:

<i>De acuerdo</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Estoy muy a favor/de acuerdo. • Es un derecho. • Cumplen una función en el sistema. • Tenemos libertad de vivir, expresión, elección, decisión. • Todos tienen capacidad para ser padres. • Independiente del sexo, todos somos seres humanos/valemos lo mismo. • Todos tenemos las mismas oportunidades. • No afectan a la sociedad.

El 25% se concentró en la descripción de lo que son las parejas del mismo sexo, mostrando una postura de aceptación y reconocimiento de la diversidad:

<i>Son</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas formas de organización social, de concepción, de dinámicas y cambios. • Un tipo de familia. • Relaciones de amor y el amor no ve géneros, dos personas amándose. • Parte de la diversidad.

El 9% de las respuestas valorativas describieron la situación socio-cultural, de la siguiente manera:

<i>Situación sociocultural</i>
<ul style="list-style-type: none"> • No se tiene preparación cultural para aceptar a este nuevo tipo de familias/patriarcales/religiosos/incorrecto. • Siempre han existido/condición natural/normal. • Es un reto querer cambiar paradigmas que nos han impuesto, es una nueva situación social con dificultades de identidades y crianza de menores. • Enfrentan la discriminación y segregación/ puntos en contra/estigmatizadas. • Es necesario el estudio de estas familias. • Genera críticas, es controversial.

El 7% de las respuestas se expresaron como condicionantes a este tipo de familia:

<i>Condicionantes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Serán aceptadas mientras cumplan la función básica de la familia. • Si la pareja cumple con las características de las parejas heterosexuales. • Están bien, siempre y cuando el menor esté bien. • Cada quien es libre de hacer lo que quiera siempre y cuando no haya tercero que se les violen sus derechos. • Mientras exista unión, responsabilidades (como valor), amor y cuidado a menores y familia, no considero ningún problema. • Está bien si no se obliga a otra persona a tener relaciones. • Nadie les puede negar ese afecto siempre y cuando respeten sus límites civiles (que no alteren la sociedad) o religiosos.

En contraste, 7% se mostró abiertamente en desacuerdo, 1% no opinó, fue explícita su respuesta: No opinaré del tema. No respondieron el 1 por cierto.

<i>Desacuerdo porque</i>
<ul style="list-style-type: none"> • No estoy de acuerdo en la crianza de los hijos en estas familias/confunden al niño. • Yo no podría llamarle familia. • No es la estructura ideal. • Sale de lo normativo y que habría que esperar para ver si su dinámica crea seres humanos. • Son un mal ejemplo a la sociedad. • No comulgo. • Son una distorsión social no grata ante los ojos de Dios/es una aberración/ mal en contra de ese tipo de familias/tema difícil de aceptar.

Otras respuestas de menor porcentaje se concentraron en el "deber" y en la clasificación neutral:

<i>3% Deberíamos</i>	<i>2% Deberían</i>	<i>1% Neutral</i>
Respetar los nuevos tipos de familia que existen en la realidad. Darles la oportunidad.	Enseñar valores, moral, vida adecuada. Quedarse sin hijos/no adopten. Respetar las opiniones y leyes.	Ni a favor ni en contra. No es malo.

Los hallazgos fueron que el 34% de las respuestas consideran que son "familias" o un "tipo de familia", y utilizaron estas palabras para referirlas; y 66% no incluyeron la palabra familia/familias para referirlas, mostrando con ello la falta de reconocimiento como tal.

Conclusión

La diversidad de familias supone la ruptura del modelo moderno de familia, que cabe decir, influyó para que se invisibilizara y excluyera a las

diferentes configuraciones familiares. El abordaje desde ese modelo único, que predetermina la estructura, organización y funciones –regularmente designadas por sexo–, limitará el estudio y aproximación a las familias.

A las Ciencias Sociales, y en específico al Trabajo Social, le corresponde replantearse referentes teórico-metodológicos en el marco de las leyes en la materia, así como la construcción de una categoría fundamental: "familias", de manera que el abordaje y estudio sea congruente a un contexto social incluyente, alejado de valoraciones arraigadas al modelo de familia mal llamado tradicional.

Retomando la reflexión de la aplicación técnica del familiograma, es un desafío metodológico que la elaboración del familiograma cuente con un marco teórico, quizá compuesto por teorías de alcance medio y conceptual que fundamente el despliegue de la técnica y del instrumento, como método de recolección efectivo.

Con lo anterior, es preciso que el profesional en Trabajo Social se actualice y es recomendable que se impulsen acciones formativas en la materia, de manera que el reconocimiento de la pluralidad, de las configuraciones familiares, sea la vía para promover una sociedad incluyente y de respeto.

Referencias

- Bourdieu, P. (2008), "La opinión pública no existe", *Cuestiones de sociología*, España, Akal/istmo.
- Donati, P. (2003), "Manual de Sociología de la Familia. EUNSA", *Revista Internacional de Sociología*, núm. 35. Disponible en <<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/download/309/314>>. Consultado el 17 de mayo de 2019.
- Espronceda-Amor, M. (2011), "Métodos para el estudio de la familia: pertinencias y alcances del familiograma y sus usos", *Centro de Estudios para el Desarrollo Comunitario*, núm. 2. Disponible en <<https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/145110205/1014>>. Consultado el 17 de mayo de 2019.

- Fernández, B. (2006), "Relaciones entre familia, Estado y sociedad", *Justicia, políticas públicas y bienestar social*, núm. 2, México, ENTS-UNAM (serie Necesidades Sociales y Políticas Públicas).
- González, H. (2017), *Reflexiones sobre el maternaje y el paternaje*. Disponible en <<http://gestalthumanista.blogspot.com/2017/05/reflexiones-sobre-el-maternaje-y-el.html>>. Consultado el 2 de julio de 2019.
- Hernández, S., R. Hernández y L. Baptista (2014), *Metodología de la investigación social*, 6.ª ed., EUA, McGraw Hill.
- Leñero, L. (1976), *La familia*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales/Edicol.
- Méndez, C. y K. Mardones (2014), "Homoparentalidad. Representaciones Sociales de Universitarios del Sur de Chile", *Integración Académica en Psicología*, vol. 2, núm. 5, Chile.
- Morales, M. y G. Gutiérrez (2017), "Matrimonio igualitario en México", *Hechos y Derechos*. Disponible en <<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/11539/13418>>. Consultado el 2 de julio de 2019.
- Ordaz, G., L. Monroy y M. López (2010), "Las familias en México", *Hacia una política pública para familias en el Distrito Federal*, México, Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social.
- Rolland, J. (2000), *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*, España, Gedisa.
- Rondón, L. (2011), *Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: el tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares*, Sevilla, Universidad Internacional de Andalucía. Disponible en <<https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1691/4Rondon.pdf?sequence=3>>. Consultado en marzo de 2017.

Posibilidades de
intervención social con familias
en situaciones complejas

LA FAMILIA ANTE LA MUERTE MATERNA

*Julio César Medina Arellano**

El hombre se encuentra marcado por los resultados de su propia acción: actuando, transforma; transformando, crea una realidad que, a su vez, envolviéndolo condiciona su forma de actuar.

Paulo Freire

Resumen

La familia, de manera histórica, ha jugado un papel indispensable para el funcionamiento de la sociedad; por tal motivo, es considerada como formadora y educadora de individuos que posteriormente se desarrollarán en el contexto social. Cuando dentro de esta institución; algún miembro sufre alguna enfermedad, se genera un impacto que afecta

* Licenciado y maestro en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Cuenta con diplomado en Dirección y Administración de Hospitales por la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán de la UNAM. Ha participado en diversos congresos nacionales e internacionales como ponente. Labora como jefe del Departamento de Trabajo Social en el Hospital Materno Infantil "Guadalupe Victoria" de Atizapán de Zaragoza, y es integrante del Comité de Bioética e Investigación de dicho nosocomio. Actualmente es profesor de asignatura en la Licenciatura en Tra-

a todos sus integrantes, lo que se agudiza si se presenta una muerte y, aún más, cuando quien pierde la vida es la madre. Ante este suceso, es necesario estudiar el papel de la familia que enfrenta una enfermedad y en especial investigar los factores que interaccionan para desencadenar situaciones de esta naturaleza, tomando como referencia el impacto que se genera en los hogares en los que ocurre este tipo de situaciones, sin omitir que hay defunciones que pueden ser evitables, por lo que se debe analizar qué se está haciendo o dejando de hacer para que ocurran estas muertes. El enfoque de los determinantes sociales de salud brinda la posibilidad de entender cómo se configura la enfermedad, y nos aproxima a visibilizar que la salud no sólo comprende un estado orgánico óptimo, sino que en muchas ocasiones la enfermedad tiene su origen en lo social, por lo que se debe actuar en consecuencia a partir de aspectos esenciales como la prevención y educación. Hacerlo no es sencillo, pero es la única opción que tienen miles de mujeres que estando en edad fértil, se encuentran en riesgo de ver terminada su vida, por darla a otro ser.

Palabras clave: familia, muerte materna, redes de apoyo, determinantes sociales de la salud, prevención.

Introducción

La sociología señala que la familia es la célula básica de la sociedad, hecho que se representa en la realidad diaria y tiene gran relevancia dentro del contexto social.

En la actualidad, hablar de familia y a su vez de muerte materna genera ciertas preguntas respecto al hecho de que las mujeres, en su papel histórico son las encargadas de reproducir la especie; pero también se ha configurado en nuestro actuar diario que cuando mueren

bajo Social de la Unidad Académica Profesional Huehuetoca, en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Correo electrónico: <jmedinaa@uaemex.mx>.

por causas relacionadas al embarazo, dejan a sus familias sin su guía y cuidado.

Evidentemente la muerte materna ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad; sin embargo, a partir de los Objetivos del Milenio, y posteriormente con los Objetivos del Desarrollo Sostenible, de manera precisa se visibiliza el problema de la muerte materna en diversos países, entre ellos México. Bajo ese paradigma se busca modificar la política pública con la finalidad de dar cumplimiento a los mandatos dictados internacionalmente.

El hecho de que por dar vida una mujer pierda la suya es una contradicción en sí misma; por ello, es prioritario establecer que este problema ocasiona un impacto familiar de gran envergadura.

La problemática, vista de manera integral, debe brindar las circunstancias que la generan; en este sentido, el contexto social, la violencia, la ubicación de las instituciones de salud, entre otras cuestiones, cobran importancia para intentar explicarla.

Es un hecho que las Ciencias Sociales deben estudiar estas problemáticas de salud, donde la premisa sea, que la falta de salud no es atribuible únicamente a cuestiones de índole médico, ya que existen padecimientos que tienen su origen en lo social.

En las instituciones donde ha llegado a ocurrir una muerte materna se puede observar cierta conmoción, pero después sólo forma parte de un mal recuerdo o, en el peor de los casos, de un número estadístico. Sin embargo, para las familias representa perder la cabeza de la familia, la guía de sus integrantes, lo que genera una reestructuración familiar que, finalmente, impactará en años posteriores dentro de la sociedad.

Conceptualización de la familia

En los últimos años se ha modificado la composición de la familia. Estos cambios están acompañados de las transformaciones que vive la misma sociedad, por lo que los tipos de familia actuales responden precisamente a las nuevas configuraciones sociales que toma nuestra realidad de acuerdo con la dinámica social, preferencias y acepciones

que comienzan a legitimarse y a representar nuevas formas de concebir a los grupos sociales llamados familias.

Si bien sabemos que la familia representa la unidad básica de toda sociedad, también se considera que es un engrane institucional por la importancia que tiene al ser formadora de individuos que posteriormente se integrarán al contexto social al cual pertenecen.

Para Levis-Strauss, "la familia es una organización única, que constituye una unidad básica de la sociedad" (Levis-Strauss, citado en Gutiérrez *et al.*, 2016, p. 5). De manera histórica siempre se ha considerado que esta institución amalgama a los individuos, de tal forma que cómo sean y cómo se desenvuelven dentro de sus núcleos primarios y secundarios son reflejo de su núcleo familiar.

Bajo los estudios de Tuirán y Salles, "La familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten" (Tuirán y Salles, citado en Gutiérrez *et al.*, 2016, p. 6).

Las situaciones que pueden afrontar las familias están en el orden de enfermedades, adicciones y otras problemáticas sociales que finalmente tendrán como resultado reestructuraciones familiares; en este sentido, es necesario ubicar a la familia como el elemento que protege a sus integrantes y da apoyo ante diversas problemáticas sociales, o se configura como un elemento negativo para sus mismos miembros.

Bajo la mirada de la teoría de sistemas se han encontrado tres fases por las que pasa una familia, entre las que se identifican (Castro, 2007, p. 17).

- Una familia se transforma con el paso del tiempo, se va adaptando a los cambios y se reestructura ante ellos para seguir funcionando.
- La familia tiene una estructura interna que se manifiesta en movimientos. Cuando alguien se mueve en el sistema esto afecta a todos sus integrantes.
- Una familia tiene la capacidad de adaptarse al estrés producido por los cambios.

La familia de manera histórica se configura como la célula básica de la sociedad, en la que cada integrante juega un papel específico; al respecto, se han realizado estudios sistémicos como los de Rolland (1994), que señalan que la modificación en algún integrante por alguna enfermedad o muerte modifica la estructura familiar.

No obstante, existen eventos súbitos e inesperados que afectan a más de una persona del núcleo familiar, como la muerte materna, que en la mayoría de las ocasiones le antecede un estado clínico adverso (emergencia obstétrica).

Todo evento disruptivo en la vida familiar tiene como consecuencia inmediata la desestabilidad del núcleo, en el caso específico de una enfermedad, se vive un estado de incertidumbre que influye de distinta forma a cada uno de los integrantes; sin embargo, el hecho es que existe un impacto de acuerdo con las circunstancias en la cual se desarrolla la enfermedad.

En el caso de la presencia de emergencias obstétricas, el núcleo se encuentra ante un evento inesperado, pues se presupone que la culminación de un embarazo es un acontecimiento de felicidad, pero existen riesgos inminentes, ya que hay información que señala que la presencia de embarazos en la adolescencia o en edades superiores a los 35 años, son riesgosos tanto para las madres como para los recién nacidos.

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia con un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (Donoso *et al.*, 2014, p. 168).

La prevalencia de las emergencias obstétricas nos permite deducir que no se está interviniendo en su prevención; en este sentido, cobra relevancia el hecho de que es a partir del año 2000, cuando:

Surgen publicaciones de estudios que empiezan a fundamentar la parte social de la enfermedad, es decir, se reconoce que la salud también está relacionada con factores sociales, que incluso pueden tener mayor injerencia en el proceso salud-enfermedad de las personas; por ende, se habla de que hay padecimientos que tienen su origen en lo social (Medina, 2019, p. 8).

Evidentemente es necesario determinar que entre esos factores sociales se encuentran las redes de apoyo familiares, donde el acompañamiento, seguimiento y monitoreo de una paciente es una parte fundamental durante cualquier embarazo y no solamente es responsabilidad de las instituciones de salud.

La consecuencia más cruel que precede a la emergencia obstétrica es la muerte materna, que vista desde una perspectiva social, modifica y afecta a la familia teniendo consecuencias dentro de la sociedad.

La familia ante la enfermedad

Cuando una paciente ingresa a una institución por una complicación durante el embarazo, se puede convertir en un acontecimiento de crisis para las familias, como ocurre en cualquier proceso de enfermedad, de manera que se puede analizar a la familia ante la enfermedad desde una óptica antropológica como:

Una institución ligada a la sexualidad y a la procreación que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, el hogar con una economía compartida y una domesticidad colectiva (Jong, citada en Medina y Zúñiga, 2012, p. 55).

Dentro de la conceptualización de la familia se analiza la función de la procreación, por parte de las mujeres; sin embargo, en esta tarea social se deja de lado el riesgo que conlleva el propio embarazo.

La mujer adquiere, por su condición biológica, el derecho y obligación de ser madre, lo que refleja que siguen siendo concebidas como un medio para la reproducción y perpetuación de la especie. Al respecto, Lamas (2016) señala que "cada cultura otorga significados a esa diferencia anatómica y en cada cultura esta simbolización de la sexuación estructura los usos y costumbres particulares, además de que determina las relaciones de poder entre mujeres y hombres" (pp. 156-157).

Para Palomar (2007), "la maternidad es una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por los principios que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia y que encarnan en sujetos concretos. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que emanan de distintos lugares y que conforman un imaginario complejo y poderoso que es a la vez fuente y efecto del género en todas sus dimensiones" (p. 53).

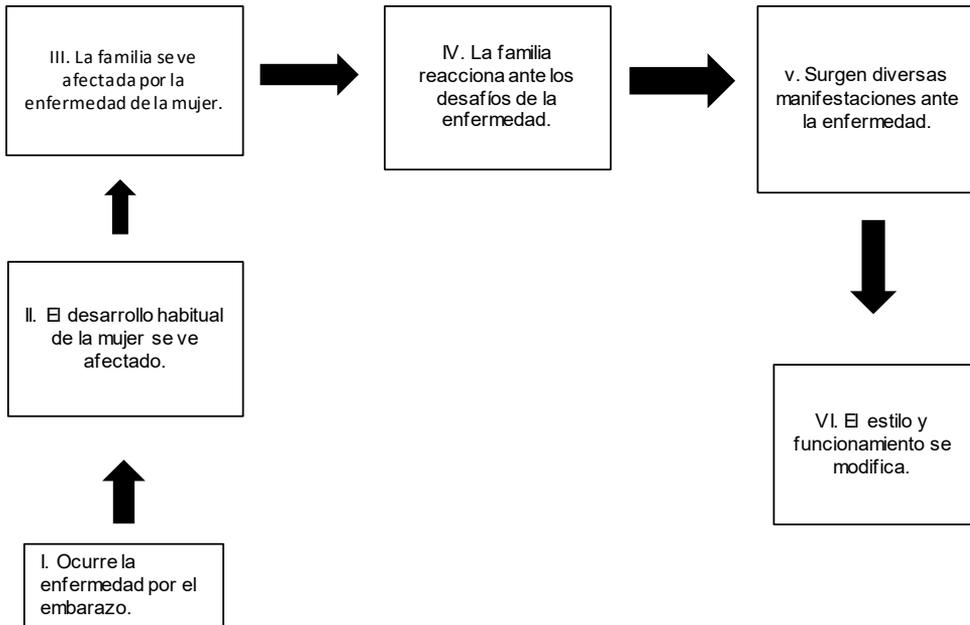
Bajo un recorrido histórico, el embarazo se concibe como un hecho que corresponde propiamente a las mujeres; no obstante, cuando se visibiliza que por este acontecimiento la mujer puede perder la vida, de manera inmediata existe un impacto en el núcleo familiar. "Una incertidumbre indefinible acerca del futuro inmediato mantiene a los miembros del grupo familiar en un estado de malestar" (Medina, 2012, p. 55), ante lo cual, se puede contemplar que lo que ocurre a los miembros del grupo familiar inmediatamente repercute en los demás y viceversa.

Es una realidad compleja la que vive la familia que tiene dentro de sus integrantes alguien que cursa por un padecimiento, ya que cuando enferma el ser querido, enferma su familia porque debe adaptarse a una situación diferente a la habitual.

Cualquier enfermedad que se considere grave puede tener un impacto dentro de grupo familiar; ante un padecimiento de una mujer, su pareja en caso de tenerla, sus hijos y sus demás integrantes familiares, modifican sus funciones, actividades y roles, existiendo cambios en su misma dinámica familiar.

Es importante mencionar que Dulanto (2004), a partir de ciertas investigaciones, puntualiza que existe un impacto en la familia cuando uno de sus integrantes cursa una enfermedad grave, a partir del siguiente esquema:

Figura 1. Impacto de la enfermedad en la familia.



Fuente: Modelo interactivo de Paterson, retomado de Dulanto (2004), adecuado para comprender el efecto que la enfermedad de las mujeres tiene en sus familias.

A partir del análisis del esquema 1, se pueden caracterizar las etapas que cursa una familia con un integrante enfermo, en este caso la emergencia obstétrica, la cual implica un riesgo inminente en la vida de cualquier mujer que presente un embarazo.

El modelo de Paterson fue elaborado en 1988 y muestra que cuando uno de los integrantes de la familia padece una enfermedad crónica, puede interrumpir de manera definitiva o por largo tiempo la "normalidad" de la diaria de su familia..

Para Rolland (1994), la adaptabilidad familiar es uno de los requisitos indispensables para el funcionamiento familiar. Además, es un aspecto central particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas o culminan en muerte.

De hecho, se señala dentro de la literatura que es importante que las familias tengan la capacidad de adaptación ante una enfermedad, por tanto:

La flexibilidad es necesaria para que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves suelen requerir. Internamente, la familia debe reorganizarse en respuesta a los nuevos imperativos de desarrollo que trae consigo una enfermedad progresiva. Asimismo, a medida que la enfermedad interactúe con la vida familiar y el desarrollo del ciclo de la vida de los miembros individuales, se harán necesarios los cambios en la organización familiar (Rolland, 1994, p. 99).

Ante una enfermedad son indispensables las redes de apoyo que se encuentran al interior de la familia; en este sentido ante un padecimiento en la etapa gestacional, se presentan modificaciones al interior del núcleo familiar derivado de esta problemática de salud.

En la década de 1970 surgen diversos trabajos que vinculan las redes de apoyo y el apoyo social con la salud. De estas investigaciones se desprenden los siguientes resultados:

- “Las redes de apoyo y el apoyo social tienen efectos directos sobre la salud o bien actúan como amortiguadores.
- La falta de apoyo se asocia a un incremento en el riesgo de muerte.
- Existen evidencias que ligan al apoyo social al cumplimiento de la prescripción médica” (Silva y Mercado, citados en Medina y Zúñiga, 2012, p. 61).

Las redes de apoyo que existen en la familia ante una enfermedad son importantes, no obstante, el padecimiento de una mujer durante el embarazo modifica el funcionamiento y los roles familiares, de

modo que los hijos e hijas mayores adquieren las responsabilidades que ocupaba la jefa de familia.

Así, dentro de la realidad que se viven en los hospitales, se observa que cuando una paciente está hospitalizada con un diagnóstico complicado, "las mamás de las pacientes se convierten en las principales cuidadoras primarias en aproximadamente 90% de los casos" (Departamento de Trabajo Social, 2016, p. 5).

Cabe aclarar que dentro de los determinantes sociales de la salud, las redes de apoyo son un elemento a considerar en la emergencia obstétrica, ya que entre sus consecuencias más fatales se encuentra la muerte materna, pero de manera integral posicionan otros elementos importantes para poder integrar, de forma holística, los factores que se relacionan con la enfermedad.

Los determinantes sociales de la salud y su vinculación con la muerte materna

El poder abordar el estudio del proceso salud-enfermedad, conlleva que se explique los padecimientos bajo la integralidad de los elementos que la componen; en este sentido, poder comprender que la emergencia obstétrica no surge de manera espontánea, brinda la posibilidad de dimensionar todos los elementos que se interrelacionan para que esta problemática de la salud se presente en la sociedad.

El estudio de los determinantes sociales de la salud nos lleva a entender que la salud no solamente está compuesta por aspectos físicos, sino de otros elementos igual de importantes. A decir de Cano e Isnardo (2014), "en México es imperante recuperar el sentido de la justa dimensión social e institucional entre ciudadanía, academia y gobierno de los problemas y enfermedades, particularmente de la necesidad de prevenir, atender y encauzar" (p. 43) las mismas, para ello las respuestas no solamente deben explicar la etiología de la enfermedad, sino se deben brindar alternativas de solución a los problemas sociales de salud.

Por lo tanto, se tienen que visibilizar los elementos que forman parte de la enfermedad y, lo que ésta desencadena, es importante, para

evidenciar los aspectos físicos (características y diagnóstico de la enfermedad) y sociales (condiciones de pobreza, desigualdad social, familiares y del entorno) que repercuten en la toma de decisiones frente a la enfermedad de la mujer.

Así, los determinantes sociales de la salud representan los escenarios que condicionan la forma o modo en que una persona vive y responde a un proceso de salud-enfermedad; la importancia de conocerlos y analizarlos permitirá saber cuáles son los que predominan en el contexto de los sujetos y cómo inciden en la presencia de sus afecciones.

Dentro de los padecimientos actuales son importantes la creación de instituciones médicas, pero es preciso saber qué es lo que está ocasionando los problemas de salud de la población para que, de esta manera, se pueda verificar si existe una parte social de las enfermedades con el fin de brindar atención integral a los padecimientos donde una parte fundamental es la familia, pero también el lugar en que se desenvuelve el ser humano.

Los determinantes sociales de salud según la oms

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de conocer el contexto donde se desenvuelven las personas para saber cómo se manifiestan las enfermedades y la manera en que convergen estos dos elementos (enfermedad-contexto) y, desde luego, su relación con las afecciones de la población; por ello, se ha postulado que "en cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos. Una baja calidad de vida, falta de comida, ropa y malas condiciones de vivienda, y otros síntomas de pobreza, han sido siempre las mayores causas de enfermedad" (Sigerist, citado en Belinguer, 2007).

Este organismo tiene presente que las enfermedades reflejan más que signos y síntomas, más allá de lo que se trata de forma urgente en los hospitales, ya que tiene presente que en cada padecimiento hay aspectos sociales involucrados, esto lo podemos asimilar cuando ex-

pone que los determinantes sociales de la salud se entienden como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud" (OMS, 2018).

Por su parte, la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) de la OMS, refiere que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de salud que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (CDSS, citado en Cano e Isnardo, 2014, p. 44).

De hecho, señala que, si se quiere estudiar un problema de salud, se tiene que encontrar una reinterpretación de la enfermedad conjuntamente con la realidad donde se desarrolla:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) (CDSS, 2008, p. 1).

No dejemos de lado que a la Comisión, le faltó agregar que las relaciones familiares, su dinámica y el poder de resiliencia, son hechos indiscutibles que también afectan la salud de las mujeres y son aspectos que se interpretan dentro de los estudios de la muerte materna.

Para poder abordar con mayor precisión los elementos que constituyen los determinantes sociales de salud, se puede visibilizar a partir de la siguiente tabla.

Tabla 1. Principales determinantes sociales de la salud y factores sociales que inciden en la problemática de la Emergencia Obstétrica-Muerte Materna.

<i>Determinantes sociales de salud de la Public Health Agency of Canadá^a</i>	<i>Determinantes sociales de la salud^b</i>	<i>Determinantes sociales estructurales e intermedios^c</i>
Ingreso y estatus social	Gradiente social	Determinantes estructurales de inequidades en la salud. Posición económica. Clase social/sexo.
	Estrés	Factores conductuales y biológicos
	Exclusión social	Gobernanza
Empleo/condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Políticas macroeconómicas. Contexto socioeconómico y político.
	Empleo/desempleo	Políticas sociales (mercado laboral/vivienda)
Redes de apoyo social	Apoyo social	Políticas públicas (educación/protección social)
	Adicciones	
	Alimento saludable	
	Transporte	
	Vivienda	Ingresos
La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse/La biología y dotación genética/Los servicios de salud	Servicios de salud	Determinantes intermedios/sistemas de salud
Educación	Educación	Educación. Políticas públicas (educación/protección social)

Cultura	Cultura	Circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo), cultura y valores sociales
Género		Género. Factores conductuales y biológicos
Ambientes sociales/físicos/desarrollo infantil saludable/	Ambiente social	Factores psicosociales

Fuente: elaboración propia, con base en: ^a Public Health Agency of Canadá, citados en Moiso, 2007; ^b Determinantes de Salud señalados por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá, citado en Moiso, 2007; ^c Solar e Irwin, citado en Carmona y Parra, 2015.

Es importante señalar que evidentemente la familia es un elemento esencial para la atención de diversos padecimientos; sin embargo, no dejemos de lado que el apoyo social que brinda esta institución es solamente una parte del engranaje complejo del proceso de salud enfermedad; por tanto, los trabajadores sociales tenemos la obligación de analizar qué factores están incidiendo para que existan muertes maternas, ya que el contexto social juega un papel fundamental, como podemos observar en la tabla 1.

Es fundamental analizar dentro de los estudios sociales que se realizan en las instituciones de salud, aspectos familiares y también dar un peso específico a los determinantes sociales de salud, involucrados en cada emergencia obstétrica, y prestar mayor atención a los casos que culminan en muerte materna, ya que de esta forma se podrán encontrar líneas de acción para prevenir la ocurrencia de estos padecimientos.

Los datos de las muertes maternas

Primeramente, se tiene que posicionar que la OMS define a la muerte materna como:

La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales (OMS, citado en Briones y Díaz de León, 2013, p. 3).

Datos de la OMS indican que cada día mueren “830 mujeres¹ por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto” (OMS, 2016).

Elu y Santos (2004) señalan que en el 2001 en nuestro país se presentaron 1 264 muertes maternas (p. 45).

Cuando se habla de muertes maternas prevenibles, se justifica que hay factores sociales que se relacionan con los fallecimientos de las féminas; en ese sentido, la familia es afectada inmediatamente cuando ocurren estas problemáticas sociales.

Freyermuth y Luna (2014), en sus estudios, muestran las muertes evitables en nuestro país durante el periodo 2002-2011.

Tabla 2. México. Comparación de muertes maternas y defunciones muertes evitables, 2002-2006 y 2007-2011.

<i>Periodo</i>	<i>Defunciones maternas</i>	<i>Defunciones muertes evitables</i>	<i>Defunciones maternas evitables como porcentaje del total de defunciones maternas</i>
2002-2006	6 263	5 257	83.9%
2007-2011	5 386	4 046	75.1%
Total	11 649	9 303	79.9%

Fuente: muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública de salud, (p. 51).

Retomando la tabla 2, se puede identificar que el 79.9% de muertes maternas en nuestro país son evitables, luego entonces surgen pre-

¹ Existen estudios que señalan que en el mundo siguen muriendo prácticamente 1 000 mujeres cada día por falta de atención médica en el periodo prenatal y posnatal, lo que se considera como muertes evitables con políticas de salud que respondan a las necesidades de la población femenina en los países pobres, particularmente en México y en América Latina (Briones y Díaz de León, 2013, pp. 1-10).

guntas referentes a los factores sociales que se involucran en esta problemática de salud pública, ya que se manifiesta que existen demoras en la atención de la salud, señalando como las principales:

- “Demora en buscar atención médica por inequidades de género al interior de la comunidad;
- Demora en tener acceso en los servicios de salud;
- Demora en recibir tratamiento adecuado en un establecimiento resolutivo” (Coneval, 2012, p. 26).

En el primer apartado se habla de inequidades de género que se gestan en la comunidad, pero también dentro de la misma familia,² es decir, esta institución configura una red de apoyo, pero también puede ser un elemento negativo dentro de la propia evolución del embarazo.

La muerte materna tiene repercusiones primeramente para la familia y un impacto también a la sociedad. Por lo tanto, el estudio de los factores que están involucrados en su incidencia es primordial, entre ellos: la pobreza, la desintegración familiar, la desigualdad social, la alimentación y la falta de oportunidades laborales, entre otros.

La información que se tiene respecto al impacto de una muerte dentro del entorno familiar señal que hay repercusiones primeramente en los hijos, las parejas y dentro de toda la familia, que posteriormente se reflejarán dentro de la sociedad.

Consecuencias de la muerte materna

La muerte materna tiene repercusiones primeramente para la familia y un impacto también en la sociedad. Dada las consecuencias que tiene esta problemática a nivel mundial, se habla de que este tipo de sucesos

² Existe un estudio que se realizó sobre la emergencia obstétrica donde, entre algunos resultados de una muestra de 29 mujeres, se ubicó que durante el embarazo las pacientes vivieron diversas situaciones entre las que destacan que 82% tuvo discusiones con su pareja, un 51% recibió descalificaciones, 38% les hablaron con malas palabras sus parejas, 38% fue víctima de un empujón y más del 50% recibió alguna crítica por parte de sus familiares. (Medina, 2019, 178-194).

tienen una repercusión negativa en los países en que ocurre, por tanto, el estudio de los factores que están involucrados en su incidencia es primordial, entre ellos: la pobreza, la desigualdad social, la alimentación y la falta de oportunidades laborales, entre otros, darán lugar a entender los elementos sociales que están ligados a la salud.

Paralelo a ello se observan las consecuencias que tiene la muerte materna, desde luego en el plano social, específicamente en el núcleo familiar que vive la pérdida y todo lo que de este acontecimiento deriva, desde desintegración familiar, abandono de estudios de los hijos mayores, cuidados inadecuados por parte de otros familiares, incluidos malos tratos y violaciones, entre otras problemáticas.

Ante una muerte materna evidentemente se modifican las acciones y atributos que cotidianamente tiene cada uno de los miembros de la familia; por ello se establece que ante la muerte de un integrante "la familia se ve obligada a establecer nuevas formas de funcionamiento y aceptar una continua presencia de neotipos (formas) de adaptación interna según sus miembros" (Dulanto, 2004, p. 446).

Cabe argumentar que las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres desencadenan consecuencias principalmente para los hijos e hijas. "Los datos indican que los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven" (Álvarez *et al.*, 2011); aunado a lo anterior, los hijos que sobreviven a muy temprana edad se enfrentarán a la pérdida más grande de sus vidas y a tareas tales como el cuidado de los más pequeños, quehaceres domésticos o trabajos informales.

La ausencia repentina y permanente de la mujer en el hogar, puede desencadenar en fragmentación familiar.

En la mayoría de los estudios los huérfanos se quedaron con su padre, abuelos, o se distribuyen entre parientes; sin embargo, algunos de los hijos viven con otras personas que no tienen una relación de parentesco directo con alguno de los padres, o en total abandono, viviendo en condiciones

de miseria, dependiendo de la comunidad para su supervivencia (Ramírez, citado en Lozano, Bohórquez y Zamnbrano, 2016, p. 368).

Ante esta realidad, lo que se busca es evitar, en la medida de lo posible, una muerte materna, no sólo por la vida misma de la madre sino por las consecuencias que viven quienes se quedan en desamparo. Las carencias sociales se manifiestan como un elemento que caracteriza el fallecimiento de una mujer durante o después del puerperio.

En este sentido, el discurso debe cambiar a partir de hacer visible la tarea de la familia, pero desde los cuidados prenatales, es decir, acompañar a las pacientes desde que tengan conocimiento de su embarazo y brindar seguimiento a los cuidados enviados por los médicos; mantener una alimentación adecuada; conocer los signos de riesgo ante un embarazo a partir de una educación para la salud.

En dicha educación debe estar presente Trabajo Social como parte del equipo multidisciplinario, para que informe de los aspectos sociales que interfieren en el embarazo y pueden derivar en muertes maternas, además de involucrar y acercar a la familia durante la etapa gestacional.

Conclusiones

El estudio de la muerte materna conlleva analizar la función primeramente de la familia en el acompañamiento que se le brinda a la mujer en la etapa gestacional.

Si bien es cierto que ha existido una disminución de muertes maternas en nuestro país, también es una realidad que muchas de ellas pudieran ser evitables, es decir, hay factores dentro del contexto que están incidiendo en su presencia.

Es pertinente mencionar que cuando una paciente ingresa a una institución de salud por presentar una emergencia obstétrica, la familia vive una modificación y un impacto a partir de la enfermedad; por tanto, el trabajador social es clave en poder indicar los cambios vertiginosos que puede conllevar una enfermedad y las modificaciones al interior del hogar por la presencia de la enfermedad.

Ahora, es importante indicar que el trabajador social debe estar capacitado en intervención en crisis, para abordar situaciones donde está en riesgo la vida de una persona, ya que ésta puede fallecer y tiene la obligación de dar contención o en situaciones donde un paciente está por largos periodos hospitalizado, requiere brindar orientación para que se reorganice la familia y que no haya un desgaste desequilibrado entre los integrantes del núcleo familiar.

Dentro de la sociedad se deben generar acciones de prevención para evitar que las mujeres sigan muriendo por situaciones ligadas al embarazo, no obstante que el sistema de salud cuenta con equipos de primer nivel para la atención de féminas en etapa gestacional, es un hecho que se está atendiendo los padecimientos cuando ya están ocurriendo, lo que nos lleva a suponer que la prevención desde el primer nivel de atención no está siendo la adecuada.

Es una realidad que los determinantes sociales de salud son aliados perfectos para entender la parte social de la enfermedad, a partir de ver todos los indicadores que están involucrados en un padecimiento, entre ellos una parte primordial es el apoyo de la familia, donde a la mujer se le cuida desde la concepción y donde cada integrante tenga una función y sea en beneficio de las mujeres embarazadas.

No podemos olvidar que el estudio de los determinantes sociales contempla el papel de las familias a partir del apoyo social, pero también definen las características en las que las personas nacen, crecen y se desarrollan a lo largo de la vida y afectan su salud.

Dejar de lado que las mujeres en cualquier ámbito viven violencia de género, es cerrar los ojos a la realidad; por ello, los cambios sociales se presupone se dan en la familia, siendo fundamental dentro de sus funciones la de apoyarlas durante el embarazo, con la finalidad de evitar muertes maternas.

Referencias

Álvarez M., M. del C., S. Hinojosa y Álvarez *et al.* (2011), *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, núm. 49, p. 23. Disponible en <<http://>

- scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010>. Consultado el 11 de abril de 2019.
- Belinguer, G. (2007), *Determinantes sociales de las enfermedades*. Disponible en <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662007000100003&lng=es&nrm=iso>. Consultado el 15 de mayo de 2019.
- Briones, J. C. y M. Díaz de León (2013), "Mortalidad materna", en M. Campos, M. Hurtado, A. Pulido *et al.* (2013), *Mortalidad materna en México*, pp. 2-11, México, Alfil.
- Cano, L. y P. Isnardo (2014), "La dimensión social de las enfermedades neuropsiquiátricas", en L. Cano, E. Medina y T. Corona (coords.), *Enfermedades neurológicas y psiquiátricas y sus determinantes sociales: experiencias de Trabajo Social en el campo de investigación e intervención colaborativa*, México, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez/ENTS-UNAM.
- Carmona, Z. y D. Parra (2015), "Determinantes sociales de la salud. Un análisis desde el contexto colombiano", *Salud Uninorte*, vol. 31, núm. 3, pp. 608-620, Colombia, Universidad del Norte.
- Castro, M. del C. (2007), "Tanatología: la familia ante la enfermedad y la muerte", en M. del C. Castro, *La familia*, pp. 13-26, México, Trillas.
- Comisión de Determinantes Sociales de Salud (2008), *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Disponible en <http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf>. Consultado el 3 de mayo de 2019.
- Coneval (2012), *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna 2010. Características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso afectivo a instituciones de salud*. Disponible en <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf>. Consultado el 25 de junio de 2017.

- Departamento de Trabajo Social, HMIGVAZ (2016), *Informe de Actividades 2015-2016*, Atizapán de Zaragoza, ISE/HMIGVAZ.
- Donoso, E., J. Carvajal, C. Vera y J. Poblete, "La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil", *Revista Médica de Chile*, núm. 142, pp.168-174, Chile, Universidad Católica de Chile.
- Dulanto, E. (coord.) (2004), *La familia: un espacio de encuentro y crecimiento para todos*, México, Editores de Textos Mexicanos.
- Elu, M. del C. y E. Santos (2004), "Mortalidad materna: una tragedia evitable", *Perinatol Reprod Hum*, vol. 18, núm. 1, pp. 44-52, México, Instituto Nacional de Perinatología.
- Freyermuth, G. y M. Luna (2014), *Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/rde/rde_13/doc-tos/rde_13_art4.pdf>. Consultado el 3 de mayo de 2019.
- Gutiérrez, R., K. Díaz y R. P. Román (2016), "El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica", *Ciencia Ergo Sum*, vol. 23, núm. 3, pp. 1-8, México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Lamas, M. (2016), "Género", en Hortensia Moreno y Eva Alcántara (coords.), *Conceptos clave en los estudios de género*, México, PUEG-UNAM.
- Lozano, L., Z. Bohórquez y G. Zambrano (2016), *Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna*, vol. 18, núm. 2, pp. 364-372, Colombia, Universidad y Salud.
- Medina, J. C. (2019), *Determinantes sociales que inciden en la emergencia obstétrica. Un estudio en el Hospital Materno Infantil "Guadalupe Victoria"*, tesis, ENTS-UNAM.
- Medina, J. C. y R. V. Zúñiga (2012), *La intervención de Trabajo Social en el proceso de trasplante hepático con pacientes pediátricos*, ENTS-UNAM.
- Moiso, A. (2007), "Determinantes sociales de salud", en L. Barragán, A. Moiso, M. de los Á. Mestorino y O. Alfredo, *Fundamentos de Salud Pública*, Argentina, Universidad Nacional de la Plata.

- OMS (2008), *Resumen Analítico del Informe Final*, Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Suiza, OMS/Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- ____ (2016), *Mortalidad materna*. Disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>>. Consultado el 2 de noviembre de 2018.
- ____ (2018), *Determinantes Sociales de la Salud*. Disponible en <http://www.who.int/social_determinants/es>. Consultado el 16 de marzo de 2018.
- Palomar, C. (2007), "La maternidad ejercida por varones en debate feminista", *Debate Feminista*, año 18, vol. 35, pp. 195-226, México, PUEG-UNAM.
- Rolland, J. (1994), *Familia, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*, España, Gedisa.

DISPONIBILIDAD DE APOYO FAMILIAR EN PERSONAS MAYORES COMO RECURSO DE INTERVENCIÓN SOCIAL

*Guadalupe Cañongo León**

Resumen

Las cifras demográficas, tanto de información reciente como de proyecciones, auguran sin lugar a duda un escenario jamás visto antes en la historia de la humanidad: mayor cantidad de personas de 60 años y más que la de menores de 15 años en el mundo.

Dadas las condiciones demográficas y socioeconómicas vigentes, se requiere repensar las posibilidades de atención a las principales problemáticas que se presentan durante la vejez. La población mexicana se reconfigura debido a la cantidad de habitantes; el incremento de personas mayores ha generado cambios en distintos escenarios, entre los cuales destaca el ámbito familiar. Los cambios observados permiten sostener que la situación familiar es heterogénea y plural, ya que las prácticas familiares han sido modificadas hasta lograr un impacto en la vida cotidiana reciente. La familia forma parte de la red social

* Licenciada y maestra en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Desde 2006 ha participado en proyectos de investigación en vejez y envejecimiento, destacando su participación en el Grupo de Investigación en Demencias 10-66 México. Técnica Académica adscrita en la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Correo electrónico: <gcleon83@gmail.com>.

primaria, también llamada informal que, junto con la red de amigos y vecinos, proporciona apoyos básicos desde el nacimiento y con cierta regularidad brinda acompañamiento hasta el final de la vida. La manera en que la familia apoya tiene que ver con el tipo de sociedad, principios, valores y significados que se tengan acerca de esta institución. Las posibilidades de atención desde Trabajo Social no pueden depender únicamente de los recursos institucionales, ni pueden desarrollarse bajo la concepción de estrategias verticales en donde las familias se asuman pasivas al esperar sólo las indicaciones que habrán de seguir. Hay evidencia suficiente para validar el modelo del apoyo social como referente teórico que ampare investigaciones o intervenciones sociales, por lo que se requieren estrategias que, a la luz de este enfoque, permitan atender en el ámbito familiar las principales problemáticas que enfrentan hoy en día las personas mayores.

Palabras clave: familias, envejecimiento, apoyo social, intervención.

Introducción

Dadas las condiciones demográficas y socioeconómicas vigentes, se requiere repensar las posibilidades de atención a las principales problemáticas que se presentan durante la vejez. La revisión del perfil general de la población de mayor edad permite evidenciar las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra este grupo etario. Complementar además el análisis con una breve descripción del papel de la familia en este marco, sugiere la importancia de recuperar la intervención familiar con estrategias actualizadas, congruentes con los recientes cambios que han trastocado la naturaleza, estructura y dinámica de las familias en México. El presente documento busca brindar algunos elementos de reflexión al respecto, así como insistir en la relevancia de uno de los modelos teóricos que más elementos aportan al análisis, pero sobre todo al diseño metodológico de posibles propuestas de intervención desde el Trabajo Social en el ámbito gerontológico.

Familias en el marco del proceso de envejecimiento

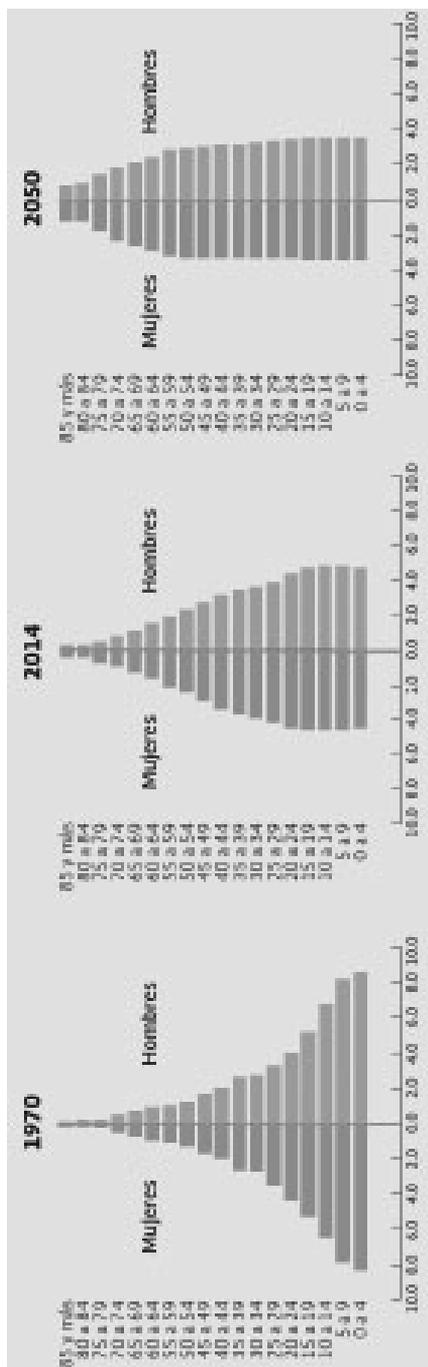
Uno de los fenómenos sociales que ha atraído la atención de distintos estudios es el envejecimiento poblacional. Las cifras demográficas, tanto de información reciente como de proyecciones, auguran sin lugar a dudas un escenario jamás visto antes en la historia de la humanidad: será mayor la cantidad de personas de 60 años y más que la de menores de 15 años en el mundo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), entre 2000 y 2050 se duplicará la cantidad de personas de 60 años y más, pasando del 11% al 22%, lo que significa que, en números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan a sus padres vivos, y que una cantidad mayor de niños y niñas conocerán a sus abuelos, bisabuelos, en especial a sus bisabuelas, e incluso a sus tatarabuelos.

En México la situación no dista mucho, ya que desde 2014 hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente) y las proyecciones confirman que el fenómeno de envejecimiento demográfico es irreversible, debido principalmente a la disminución de la fecundidad y a que la muerte ocurre a edades más avanzadas (INMUJERES, 2015).

De manera gráfica se pueden observar estos cambios al igual que la aceleración con la que ocurren. En la figura 1 se aprecian las modificaciones que ha tenido y tendrá la llamada pirámide demográfica en un lapso de 80 años. Entre 1970 y 2050 la población mexicana transitó de concentrar el porcentaje más alto de habitantes entre los grupos de niños y jóvenes al de población mayor. En 2017 habían poco más de 12 millones de personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% eran mujeres y 46.1% eran hombres. Para 2050 habrá 150 837 517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.42 años; 81.6 años para las mujeres y 77.3 y para los hombres (CONAPO, 2018).

Figura 1. Estructura de la población por edad y sexo.



Fuente: INMUJERES, 2015.

Ahora bien, el proceso de envejecimiento implica hacer referencia a dos dimensiones: una macrosocial, relacionada con el incremento tanto en números absolutos como porcentuales de la población de mayor edad, y otra microsocia, conformada por las características principales que marcan el proceso individual de envejecimiento, mismo que trastoca esferas bio-psico-sociales y adquiere un carácter heterogéneo (Tamez y Ribeiro, 2012).

En este sentido, hay condiciones que destacan como influyentes del proceso de envejecimiento; en el caso de México, llama la atención el grado de modernización de su sociedad, que incluye el nivel de urbanización con respecto al mundo rural predominante al inicio del siglo pasado, inestabilidad en los indicadores económicos globales, resignificación del rol femenino, perspectiva de inclusión en cuanto a la diversidad sexual, avances tecnológicos, cultura consumista y un generalizado enfoque individualista, actualización de políticas públicas, fenómenos migratorios, etcétera.

Hoy por hoy, la población mexicana se reconfigura debido a la cantidad de habitantes en total, y en particular en cuanto a su distribución geográfica (densidad poblacional) y a su distribución etaria. En este sentido, el incremento de personas mayores ha generado cambios en distintos escenarios, entre los cuales destaca el ámbito familiar. Es decir, los cambios observados en la familia como producto de las actuales condiciones sociodemográficas permiten sostener que la situación familiar es heterogénea y plural, ya que las prácticas familiares han sido modificadas hasta lograr un impacto en la vida cotidiana reciente.

Mesonero, Fernández y González (2016) argumentan que entre los grupos sociales a los que pertenecen las personas, la familia es uno de los más importantes, por varias razones:

1. En ella se originan las primeras manifestaciones de la sociedad humana.
2. Influye en su socialización.
3. En ella se desarrolla la personalidad.

4. La calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier otra institución.
5. Constituye, generalmente, el soporte más fundamental de la persona, tanto a nivel material como emocional.

El papel de la familia no ha cambiado en sentido estricto en cuanto a su función y al apoyo que representa para sus integrantes, pero sí hay cambios en cuanto a las formas en que cumple dichas funciones y proporciona esos apoyos. Se sigue esperando que las familias se encarguen de transmitir saberes, principios, valores y creencias, aunque éstos sean actualizados drásticamente con respecto a lo que prevaleció en lo tradicional por toda una época. Se sigue esperando que las familias otorguen protección a sus miembros, y con ello fortalezcan el sentido de identidad y pertenencia que son básicos para el desarrollo de cualquier persona.

Desde un enfoque sistémico, la familia es de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos y la forma en la que se comunican, determinan el tipo de relaciones que se establece en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia o mantenimiento de problemas de distinta índole; como sistema, la familia se relaciona con suprasistemas de los cuales forma parte (familia de origen, familia extensa, comunidad, etcétera), lo que involucra los subsistemas individual, conyugal, parental y fraterno (Soria, 2010).

La familia es, entonces, desde la Teoría General de Sistemas, un sistema social, es parte y todo a la vez compuesta por subsistemas que se relacionan entre sí y que, por lo tanto, se afecta cuando una de sus partes falla.

Considerando la composición general de las familias en México respecto a la presencia de personas mayores, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016, reportó que en el país hay 33.5 millones de hogares y en 30.1% de ellos reside al menos una persona de 60 y más años, y de los hogares con presencia de personas mayores, el 83.5% se trata de algún familiar, mientras que el 16.5%

lo conforman viviendas unipersonales o corresidentes donde no hay ningún lazo de parentesco entre sus integrantes.

Con el paso del tiempo estas cifras se incrementarán, lo que significa que cada vez más habrá mayor cantidad de hogares que albergará, al menos, a una persona mayor, lo que justifica la necesidad de conocer las condiciones familiares, sus recursos y limitaciones, con los que se dispone para hacer frente a la realidad demográfica que implica desafíos, sobre todo económicos y familiares.

Limitaciones sociales durante la vejez

Llegar a la llamada "etapa final de la vida" no debería ser un gran problema, más allá del proceso de adaptación que requiere cualquier otro tránsito del desarrollo humano. Pasar de la infancia a la pubertad o a la adultez, se convierte en un proceso que requiere capitalizar recursos disponibles para desarrollarse en la etapa recién iniciada. Normalmente, el ambiente de las personas en estos casos busca participar de dicho proceso en beneficio del próximo joven o adulto. Sin embargo, parece ser que no ocurre lo mismo cuando se trata de dar el paso a la etapa de la vejez ya que, en muchas ocasiones, el ambiente no opera a favor de generar las condiciones óptimas para que la persona mayor se desarrolle plenamente durante esta etapa.

Falta de oportunidades laborales, de ingreso económico digno, de acceso a la atención sanitaria, de espacios de participación social, educativos o recreativos, además de factores culturales que disminuyen la imagen social de la vejez, son obstáculos a los que la población de mayor edad se enfrenta cotidianamente. El perfil socioeconómico de este grupo muestra las desventajas con las que la gente en promedio inicia su vejez.

Destaca el analfabetismo entre las personas mayores, el cual aumenta con la edad y siempre es mayor en las mujeres: entre la población de 60 a 74 años, llega a 18.9% en las mujeres frente a 12% en los hombres; en la población de 75 años y más, asciende a 32.2% en las mujeres frente a 23.9% en los hombres (INEGI, 2015).

En México, la mayoría de las personas mayores viven en pareja, ya sea casadas (55.6%) o en unión libre (8.2%), y las principales ocupaciones de la población adulta mayor son las actividades agrícolas, ganaderas, silvícolas, el trabajo por cuenta propia y el comercio (Enadis, 2010).

Sólo 4 de cada 10 personas mayores (39%) tienen acceso a servicios de salud públicos. De ellas, 31.5% utiliza el seguro popular o los servicios de la Secretaría de Salud, mientras que 46.5% utiliza el ISSSTE, IMSS, Pemex o similares (Conapred, 2018). Dicha cifra es aún más grave si se considera que de acuerdo con el INEGI (2014), casi la mitad de todas las personas en el país que tienen discapacidad (47.4%) tiene 65 años y más (INEGI, 2014).

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no puedan valerse por sí mismos se multiplicará por 4 en los países de bajos y medianos ingresos económicos como es el caso de México. Muchas personas de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales (OMS, 2019).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2017), 4 de cada 10 personas mayores (41.1%) se encuentran en situación de pobreza (34.6% vive en pobreza moderada y 6.6% en pobreza extrema), lo que revela la vulnerabilidad socioeconómica y de salud del grupo poblacional de 60 años o más. A ello hay que agregar el factor cultural asociado con una dañada imagen de la vejez en la sociedad; prejuicios y percepciones equivocadas respecto al envejecimiento fomentan ideas negativas de las personas mayores; la sociedad sanciona severamente a la vejez al promover aseveraciones relativas a la incapacidad para aprender, trabajar, participar o decidir, entre otras acciones desempeñadas a partir de los 60 años.

Es en este panorama en el cual las personas experimentan su vejez como un proceso adaptativo natural, pero también con circunstancias poco favorecedoras. La búsqueda de recursos de todo tipo se estima fundamental en la medida en que las personas no tienen cubiertas sus necesidades básicas. Las redes sociales de las que dispongan las per-

sonas adquieren protagonismo y relevancia debido a que de ellas se derivan potenciales apoyos sociales.

Si bien los apoyos provenientes de programas institucionales o de esfuerzos emanados de la sociedad civil son determinantes muchas veces para la subsistencia de las personas mayores, la familia continúa siendo una fuente clave de apoyo para esta gente.

Las carencias habituales de países como México son la causa de que haya un gran número de personas mayores con limitaciones en su funcionalidad, fomentando con ello que la responsabilidad recaiga en las familias, que por lo general carecen de capacitación o apoyo para proporcionar la atención necesaria (OMS, 2015).

La familia se sigue constituyendo como la red de apoyo social básica que poseen las personas durante toda su vida y por lo tanto se reconoce que esta institución ejerce una función protectora ante distintas adversidades cotidianas. Se sabe entonces que la familia representa fuente de amor, satisfacción y bienestar, pero también puede representar insatisfacción, malestar y estrés, ya que los movimientos en la dinámica familiar pueden provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud (Fusté, Pérez y Paz, 2018).

Mesonero, Fernández y González (2016) refieren que, a nivel individual, las disfunciones familiares pueden estar originadas por diversos motivos, entre los que pueden señalarse:

- a) La mala adaptación de la persona mayor, que le conduce a ciertas conductas desadaptativas por falta de preparación a la jubilación y no encontrar sentido al ocio, situación novedosa para ella.
- b) La conformación de una percepción negativa sobre esta etapa de la vida, que influye en su actitud vital y comportamiento, todo ello originado por la influencia de los estereotipos negativos sobre la vejez.
- c) La soledad o pérdida del otro cónyuge, que le modifica toda su panorámica existencial, con repercusión en los más cercanos (su familia).

Condiciones como la migración, la actividad laboral de los hijos (especialmente de las hijas), el vivir solos y la situación económica y de salud de los adultos mayores, imponen a las familias necesidades específicas de apoyo, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en la propia red familiar (Tamez y Ribeiro, 2012).

Modelo teórico del apoyo social

El modelo de apoyo social ha sido un referente teórico en variadas investigaciones, sobre todo desde el enfoque social de la salud. Arias (2009) argumenta que “la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida”, y sostiene la pertinencia del modelo teórico del apoyo social, a partir de los siguientes puntos:

- a) Se centra en el estudio de los aspectos sociales;
- b) Posee un importante interés preventivo;
- c) Se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad;
- d) Se orienta al trabajo con los recursos y potencialidades;
- e) Persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema; y
- f) Apunta al potenciamiento y desarrollo, tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario.

Kahn y Antonucci (1980) definen al apoyo social como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, mientras que Lin y Ensel (1989) consideran que es el conjunto de provisiones emotivas o instrumentales proporcionadas por las comunidades, redes sociales y personas cercanas, sin dejar de lado que éstas pueden generarse en situaciones cotidianas o extraordinarias.

El apoyo social tiene componentes estructurales que se relacionan a la integración social (formar parte de diferentes redes de apoyo) y funcionales (transacciones entre los individuos, como el apoyo

emocional y recibir favores) (Soria, Flores, Lara de Jesus y Mayen, 2019).

Como soporte teórico, Molina y colaboradores (2008) describen los dos principales modelos explicativos del apoyo social: en el modelo de efecto amortiguador (*stress-buffering model*), el apoyo social se activa sólo en eventos de estrés para modificar las respuestas negativas, facilitar recursos y permitir la revaloración del evento para una adaptación positiva; por otra parte, en el modelo de efecto principal (*main effect model*), el apoyo social beneficia en todo momento a la persona, es decir, sus efectos benéficos surten todo el tiempo, tanto por la adopción de conductas saludables por el hecho de pertenecer y participar en una red social, como por el efecto positivo del sentido de pertenencia a un grupo o red, lo cual proporciona a su vez seguridad y estabilidad.

Los apoyos sociales con independencia de su naturaleza, ya sea materiales, instrumentales o efectivos cognitivos, son recursos valiosos que brindan protección y soporte a las personas mayores; su disposición e impacto varía y depende de muchas características, entre ellas, del tamaño y cercanía de las redes sociales, las cuales son fuentes del apoyo social.

Las redes sociales proveen los recursos para la satisfacción de necesidades, el sentido del valor social y la potenciación de la autoestima. Asimismo, la integración y la participación han sido consideradas entre los factores que tienen mayor impacto sobre los niveles de calidad de vida en la vejez (Arias, 2013).

La familia forma parte de la red social primaria, también llamada informal que, junto con la red de amigos y vecinos, proporciona apoyos básicos desde el nacimiento y con cierta regularidad brinda acompañamiento hasta el final de la vida. La manera en que la familia apoya tiene que ver con el tipo de sociedad, principios, valores y significados que se tengan acerca de esta institución. Aun cuando no se cuenten con recursos económicos, si la familia considera que es su deber apoyar, buscará alternativas de obtención de medios y recursos; y viceversa, una familia puede disponer de ingresos o bienes que le permitan

apoyar, pero podría decidir no hacerlo en virtud de su creencia relativa al no apoyo familiar.

En este sentido, el apoyo informal implica un carácter adaptativo, en muchas ocasiones es espontáneo y guiado por intuiciones, consejos o aprendizajes de experiencias similares. En otras palabras, el apoyo social busca atender los requerimientos y necesidades de la persona beneficiada, con estrategias a veces poco claras y organizadas, pero que independientemente de la existencia de recursos formales de apoyo, parece no disminuir y en casos extraordinarios, inclusive parece incrementarse como resultado de una posible resiliencia.

Las relaciones familiares son elementales para la persona en la vejez, toda vez que dadas las condiciones contextuales cuentan fundamentalmente con el apoyo de la familia para poder solventar sus problemas de acceso a comida y medicamentos, y a pesar de los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber experimentado las redes familiares, el apoyo informal no deja de ser uno de los elementos necesarios para el adecuado desarrollo del ser humano en el último periodo del ciclo vital (Pelcastre, Treviño, González y Márquez, 2011).

El ámbito familiar también fomenta relaciones intergeneracionales, las cuales se constituyen como la fuente más importante de socialización de la persona, derivándose efectos positivos para el desarrollo personal, la satisfacción y la salud mental de quienes participan (Tamez y Ribeiro, 2012). El trabajo intergeneracional, de hecho, es una experiencia enriquecedora que además de impulsar la activación de apoyos sociales, confronta las falsas concepciones que se tienen acerca de la vejez.

El apoyo social, en suma, es fundamental en la vida de las personas en la vejez; su beneficio es constante ya que al obtener sus ventajas se es parte de una red social, que a su vez conforma otras posibles redes y con ello otras alternativas de apoyo ante situaciones difíciles que pueden presentarse en esta edad, ya que se insiste en que la disposición de apoyo y recursos de las personas en edad avanzada es cada vez más complicada de lograr.

Es irrefutable la vigencia y oportunidad de este respaldo teórico en los análisis e intervenciones que buscan identificar redes sociales

y optimizarlas con el objetivo de obtener apoyos sociales dirigidos a las personas mayores que los requieren. Como lo señala Arias (2013), se debe incorporar con mayor frecuencia la perspectiva que brinda el modelo teórico del apoyo social, sobre todo en el cumplimiento del objetivo general de ser parte del proceso de construcción de una representación social de la vejez que logre reflejar, comprender y representar a las "nuevas" personas mayores, sin dejar de propiciar mejores condiciones para el despliegue y aprovechamiento de sus propios recursos.

Posibilidades de atención disciplinar

Respecto a las estrategias de intervención dirigidas a las personas adultas mayores, las principales medidas se relacionan con el estado de salud física y su atención a diversas patologías comunes en la vejez, a la luz de un enfoque médico tradicional. Sin embargo, ante el cambio demográfico inminente, se ha prestado mayor atención a esta fase de la vida, lo cual trae como resultado la incorporación de otras perspectivas que consideran otros factores que juegan un papel esencial en la población de personas mayores.

Se espera que los profesionales del Trabajo Social se desempeñen regularmente en sectores en los que se trabaja con proyectos y programas sociales que llevan al plano de la vida cotidiana las políticas públicas direccionadas por el gobierno, otorgándoles una especie de poder-saber, que consiste en hacer visible las condiciones reales que se configura entre las instituciones y la vida social (Falla, 2016).

Trabajo Social, como disciplina social que se suma a los esfuerzos por lograr superar diversos problemas sociales, está obligado a impulsar estrategias que beneficien a personas mayores en condición de vulnerabilidad, desde una perspectiva de aprovechamiento de los propios recursos disponibles; sin caer en una discusión de carácter disciplinar, como lo señalan Durá y Garcés (1991), al especificar que con relación a las intervenciones basadas en el apoyo social, existen controversias surgidas fundamentalmente entre los profesionales de la Psicología y

de Trabajo Social, en donde la monopolización del concepto por parte de unos u otros no tiene sentido, ya que si bien la Psicología debe tratar de que la gente por medio de terapia pertinente sea efectiva en su medio ambiente, los profesionales de Trabajo Social deben crear y promocionar el desarrollo de redes de apoyo social donde esté inserta la persona, es decir, una tarea más estructural que individual.

Si bien la intervención social no es acción específica de un profesional en particular, si se constituye como parte elemental del quehacer profesional del Trabajo Social. Surge a partir de la noción de necesidad, sentida por individuos que, por determinadas circunstancias, no están en condiciones de satisfacerla por sus propios medios, en forma independiente (Corvalán, 1996).

García Salord (1998) refiere que el Trabajo Social ha de intervenir en los problemas sociales creando condiciones propicias para el desarrollo social desde espacios cotidianos relativos a la educación, alimentación, vivienda, trabajo y salud, pero en específico cuando estas condiciones aparecen como obstáculos para el bienestar social, es decir, en situaciones problema tales como el analfabetismo, hambre, desempleo y daños a la salud.

Las condiciones adversas promedio a las que se enfrentan las personas mayores propician un marco de acción profesional para Trabajo Social. Se requiere de intervenciones sociales, entendidas como acciones organizadas de un conjunto de personas frente a problemáticas sociales no resueltas en la sociedad a partir de la dinámica de base de la misma. La intervención social tiene el factor común de acción colectiva para la transformación de una situación social. Ello implica que el punto de partida de la intervención es la valoración de una situación social, es decir, la idea de que ella debe ser cambiada, pero conservando su carácter prescriptivo (Corvalán, 1996).

Por otra parte, se requiere incluir una perspectiva de familia, la cual debería tener dos grandes estrategias de trabajo en el ámbito privado y social: una de carácter asistencial y otro de tipo educativo y preventivo. De carácter asistencial porque todas las familias tienen el derecho de ser protegidas en sus necesidades fundamentales por las institu-

ciones públicas de la sociedad, por lo que ninguna familia debería ser discriminada ya que tienen el derecho humano a recibir protección en aspectos como educación, alimentación y salud, vivienda, protección jurídica, etc., en especial las familias más frágiles. De carácter educativa y preventiva con el objetivo de disminuir las probabilidades de que las familias se involucren en problemas de violencia, salud física y mental, adicciones y en general en contextos inseguros y de vulnerabilidad social (Pliego, 2013).

Asimismo, la atención de todas las intervenciones debe estar centrada en las personas mayores, es decir, en la idea de que son más que portadoras de un sinnúmero de problemas, y que por el contrario son personas con experiencias, necesidades y preferencias únicas. Además, se les debe considerar en el contexto de su vida diaria, como parte de una familia y de una comunidad. Contrariamente a lo que ocurre cuando hay actitudes discriminatorias por motivos de edad, su dignidad y autonomía se respetan y aceptan en una cultura de decisiones compartidas (OMS, 2015).

Para realizar intervenciones familiares existen distintos modelos y enfoques desde los cuales se diseñan estrategias de atención. Máiquez y Capote (2001) los clasifican como sigue:

- a) *El modelo clínico*. Se trabaja con estrategias de corte individual-grupal y las técnicas varían en función del enfoque que se utilice: enfoque conductista, enfoque de terapia familiar sistémica, enfoque psicoanalítico, enfoque centrado en el cliente, enfoque cognitivista.
- b) *El modelo educativo*. Desde estrategias pedagógicas, se utilizan técnicas de grupo con enfoque constructivista, en donde las familias pueden ser partícipes incluso del propio diseño de estrategias para la atención de sus problemas.
- c) *El modelo comunitario*. El principal objetivo desde este modelo es promover el cambio hacia un mayor bienestar psicosocial. Puede generar cambios en la estructura o composición del entorno social, cambios en la conducta o actitudes individuales o cambios

en la calidad y frecuencia de las interacciones interpersonales. Desde este modelo, el objetivo no es "tratar" a la persona o a la familia sino trabajar con ella, por lo que se consideran las potencialidades y capacidades de las familias como el principal recurso a tener en cuenta.

La elección del modelo que habrá de respaldar metodológicamente la intervención familiar requerida dependerá de los resultados del diagnóstico, de la formación profesional y de los recursos con que se cuenta.

Como lo menciona Falla (2016), resulta obligado reflexionar acerca de qué manera el Trabajo Social en la intervención podría generar "prácticas de libertad" en las personas para que pasen de ser objetos de intervención y se conviertan en personas activas que a partir de su propia capacidad diseñen su vida como decidan, sin depender totalmente de las familias o del Estado, a través de las acciones de política social.

Como ya se ha mencionado, el papel de la familia como proveedora principal de apoyo social de las personas mayores es vital toda vez que así ha funcionado tradicionalmente en países latinoamericanos; no obstante, el actual contexto reconfigura esta situación hasta el punto incluso de invertirse. La crisis económica y las dificultades de los hijos por conseguir un empleo o tenerlo en condiciones precarias provoca que las personas mayores dejen de ser sólo receptores de ayuda para convertirse en integrantes que aportan a la economía familiar, ya sea a través de contribuciones económicas o materiales derivadas de sus pensiones o empleos, o de contribuciones instrumentales apoyando, por ejemplo, en quehaceres domésticos o en el cuidado de los nietos.

Las posibilidades de atención desde Trabajo Social no pueden depender únicamente de los recursos institucionales, ni pueden desarrollarse bajo la concepción de estrategias verticales en donde las familias se asuman pasivas al esperar sólo las indicaciones que habrán de seguir. El verdadero trabajo que se requiere es mucho más complejo que la operación de talleres o impartición de pláticas a los familiares

que, dicho sea de paso, no se tratan de estrategias válidas ni mucho menos; por el contrario, se reconoce plenamente su eficacia y la necesidad de seguir llevándolas a cabo. En todo caso, se exalta la urgencia de adicionar a dichas estrategias acciones que se estiman esenciales para incrementar las posibilidades reales de éxito.

Siguiendo con lo anterior y al margen de las estrategias elegidas para intervenir, se insiste en dos consideraciones:

- a) Todo diseño de estrategia de intervención deberá ser resultado exclusivo del diagnóstico previo de la situación; la conclusión diagnóstica debe encontrar su atención congruente en la propuesta de intervención. Por mucho conocimiento que se tenga acerca de intervenciones familiares, redes sociales o de trabajo gerontológico, no se puede generalizar, obviar u omitir información.
- b) Un apartado sustantivo deberá ser que, como parte del diagnóstico, se realice la identificación de las redes sociales y los apoyos que de ellas se obtengan al momento, o bien, que podrían obtenerse más adelante. Una de las tareas obligadas de Trabajo Social es la capitalización de los recursos disponibles en beneficio de la población; capitalización entendida como la habilidad para optimizar recursos, incrementar y fortalecer la provisión de apoyos sociales ya establecidos, y promover e impulsar la provisión de otros que por desconocimiento pudieran estar inactivos.

Conclusión

Tomando en cuenta que el proceso de envejecimiento y en particular la etapa de la vejez es un fenómeno que implica estudiarse desde sus dimensiones individual y social, obliga incorporar métodos de análisis integrales que permitan obtener conocimientos mucho más especializados. Se requiere, asimismo, la búsqueda de propuestas novedosas de intervención que, sin depender en su totalidad de recursos externos, sean capaces de operarse con éxito en beneficio de la po-

blación más desprotegida. El trabajo con familias no es para nada una acción novedosa para Trabajo Social; de hecho, se trata de un espacio por demás conocido debido a que es una institución casi obligada de consulta y análisis en prácticamente todas las temáticas abordadas. Conocer acerca de su dinámica, recursos, funcionalidad, estructura e integrantes es algo de lo que la disciplina se ha hecho cargo desde hace mucho tiempo. El reto es actualizar dichos análisis toda vez que las condiciones demográficas, perfil socioeconómico y cambios culturales recientes, han modificado significativamente a las familias actuales.

Hay evidencia suficiente para validar el modelo del apoyo social como referente teórico que ampare investigaciones o intervenciones sociales, por lo que se requieren estrategias que, a la luz de este enfoque, permitan atender en el ámbito familiar las principales problemáticas que enfrentan hoy en día las personas mayores.

Referencias

- Arias, C. (2009), "La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación", *Revista de Psicología da IMED*, vol. 1, núm. 1, pp. 147-158.
- Arias, C. J. (2013), El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad, *Kairós Gerontología*, vol. 16, núm. 4, pp. 313-329.
- Conapo (2018), *Población por Sexo y Entidad Federativa Según Grupos de Edad Quinquenales*, México, Consejo Nacional de Población.
- Conapred (2018), *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. Pronuntuario de resultados*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Coneval (2017), *Resultados de pobreza en México 2016*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Corvalán, J. (1996), "Los paradigmas de lo social y las concepciones de intervención en la sociedad", en J. Corvalan, *Cambios y permanencias en la intervención social en Chile. El discurso de las ONG y del Estado en las décadas del 80 y del 90*, tesis de doctorado, Université Catholique de Louvain.

- Durá, E. y J. Garcés (1991), "La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos", *Revista de Psicología Social*, vol. 6, núm. 2, pp. 257-271.
- Enadis (2010), *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, México, Conapred-INAPAM.
- ENIGH (2016), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, México, INEGI.
- Falla Ramírez, U. (2016), "La intervención como forma de poder en el Trabajo Social", *Tabula Rasa*, núm. 24, pp. 349-368.
- Fusté Bruzain, M., M. Pérez Inerarity, M. y L. Paz Enrique (2018), Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba, *Novedades en población*, núm. 27, pp. 1-9.
- García Salord, S. (1998), *Especificidad y rol en Trabajo Social*, Buenos Aires, Lumen Hymanitas.
- INEGI (2014), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- _____ (2015), *Encuesta Intercensal*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INMUJERES (2015), *Situación de las personas adultas mayores en México*, México, Instituto Nacional de las Mujeres.
- Kahn, R. L. y T. C. Antonucci (1980), "Convoys over the life course. Attachment, roles, and social support", en P. B. Baltes y O. G. Brim (eds.), *Life-span development and behavior*, Nueva York, Academic Press.
- Kahn, R. y T. Antonucci (2003), "Convoys over the life course: attachment, roles and social support (Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual)", *Notas de población*, núm. 77, pp. 35-70, Celade.
- Lin, N. y W. Ensel (1989), "Life stress and health: stressors and resources", *American Sociological Review*, vol. 54, núm. 3, pp. 382-399.
- Máiquez Chaves, M. y C. Capote Cabrera (2001), "Modelos y enfoques en intervención familiar", *Intervención Psicosocial*, vol. 10, núm. 2, pp. 185-198.

- Mesonero Valhondo, A., C. Fernández Rubio y P. González Castro (2016), "Familia y envejecimiento. Disfunciones y programas psicoterapéuticos", *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2, núm. 1, pp. 275-288.
- Molina, J. L., R. Fernández, J. Llopis y C. McCarty (2008), "El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de casos desde la perspectiva de las redes personales", *Portularia*, vol. VIII, núm. 1, pp. 61-76.
- OMS (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Estados Unidos, Organización Mundial de la Salud.
- (2019), *Envejecimiento y ciclo de vida*. Disponible en <<https://www.who.int/ageing/about/facts/es>>. Consultado el 30 de junio de 2019.
- Pelcastre Villafuerte, B., S. Treviño Siller, T. González Vázquez y M. Márquez Serrano (2011), "Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México", *Saúde Pública*, vol. 27, núm. 3, pp. 460-470.
- Pliego Carrasco, F. (2013), *Tipos de familia y bienestar de niños y adultos*, México, IIS-UNAM.
- Soria Trujano, R. (2010), "Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso", *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 13, núm. 3, pp. 87-104.
- Soria Trujano, R., M. Flores Sosa, N. Lara de Jesús y A. Mayen Aguilar (2019), "Apoyo social en población de adultos mayores", *Alternativas en Psicología*, núm. 41, pp. 146-159.
- Tamez Valdez, B. y M. Ribeiro Ferreira (2012), "El proceso de envejecimiento y su impacto sociofamiliar", *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, núm. 4, pp. 11-30.

REDES SOCIALES, FAMILIAS Y TRABAJO SOCIAL: UN RETO O UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

*Carmen G. Casas Ratia**

Resumen

¿Qué son y cómo se relacionan las redes sociales y las redes sociales informáticas? ¿Cómo apoyan al Trabajo Social? ¿Qué retos nos impone el uso de las redes sociales informáticas para la intervención social? ¿Pueden ser utilizadas como estrategias de intervención con las familias contemporáneas? Éstas son algunas de las inquietudes que ha motivado a la autora de este artículo al análisis y al debate para llevar al lector a formar sus propias reflexiones.

Palabras clave: análisis de redes sociales de apoyo, redes sociales informáticas, Trabajo Social, familias, Tecnologías de la Información y Comunicación, teorías y estrategias de intervención social.

* Doctorante en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, maestra en Criminología por el Instituto de Formación Profesional de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal y licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de Asignatura en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, impartiendo las asignaturas de Práctica de Especialización, Trabajo Social en la Atención Individualizada, así como Teoría de Grupos y Trabajo Social. Correo electrónico: <c.casas@entsadistancia.unam.mx>.

Introducción

En la actualidad, hablar de redes sociales deviene siempre en un gran debate; a pesar de que en sus inicios éstas fueron consideradas como una forma para vincular personas y procesos, las redes pueden considerarse como una configuración social en la que algunas unidades externas que las componen mantienen relaciones entre sí. Inicialmente, eran vistas como un sistema de apoyo que permitía identificar algunos recursos informales para dar respuesta a necesidades o servicios sociales, emocionales o simplemente para la escucha; sin embargo, la realidad va más allá.

El presente trabajo de análisis surge al reconocer la presencia cada vez más evidente de las nuevas tecnologías de la comunicación y la configuración de entornos digitales que se introducen, a su vez, en los diferentes entornos sociales, familiares, comunitarios y educativos, que invita a revisar cómo influyen en su desarrollo, en sus procesos de socialización, en los espacios formativos y de convivencia familiar, en las relaciones de amistad y en la forma en que se relacionan con los otros, a la luz de los aportes de la disciplina del Trabajo Social, a través de sus conceptualizaciones y metodologías de análisis e intervención social.

Las nuevas tecnologías, los entornos digitales, el Internet, y en particular las redes sociales informáticas, se han convertido, dado su impacto y vertiginosidad, en temas imposibles de evadir. Existen reflexiones y discusiones en el campo de las Ciencias Sociales sobre su predominio en nuestro entorno cotidiano, como temas que, vistos de manera relacionada, se encuentran inmersos en todo lo que hacemos día a día en la forma de comunicarnos y construir un imaginario colectivo a partir de los contenidos a los que accedemos y concedemos verosimilitud.

Las y los profesionales del Trabajo Social, al igual que sucede en otras disciplinas, se encuentran enfrascados en una lucha permanente por adaptarse a la revolución en cuanto a técnicas, herramientas y exigencias de la actual Sociedad de la Información y el Conocimiento (sic)

para las que muchos no fueron formados, o si recibieron instrucción fue de forma parcial, dada la velocidad de los cambios producidos. ¿Sabremos adaptarnos y aprovechar sus oportunidades para la intervención social, y para las entidades y proyectos sociales de los que forman parte? ¿Cómo debiéramos potenciar el uso de las redes sociales informáticas para generar o fortalecer las redes sociales de apoyo?

Ésta es una veta importante para la investigación en el campo del Trabajo Social, ya que los profesionales de esta disciplina no pueden quedar al margen de los efectos de la modernidad en el estudio de las familias, por ejemplo. Esta profesión tiene el reto de desarrollar metodologías, modelos y estrategias de intervención, sustentadas en el conocimiento de las realidades y entornos sociales, a partir de la reflexión de su quehacer y desde la educación social, en una búsqueda constante para dar respuesta a las problemáticas de los sujetos en lo individual y grupal, con el uso estratégico de las tecnologías.

Es necesario comprender que las redes sociales informáticas no constituyen un espacio más de nuestras vidas al que podamos integrarnos o no: son parte sustancial de lo que hace permanentemente un alto porcentaje de la población mundial, y esto se empieza a mostrar desde la edad temprana, sobre todo en las zonas urbanas y en sectores socioeconómicos de las clases media y alta. En los hogares, los integrantes de estos sectores pueden establecer comunicación entre sí, enviar datos, audio o video desde dispositivos, como celulares, computadoras, tabletas o videojuegos.

Cada vez que las personas acceden a estas herramientas de comunicación, en particular al Internet, es prácticamente imposible que puedan abstenerse de navegar por diversos sitios y, en consecuencia, reconocer las ventajas que su uso implica en los ámbitos educativos y sociales e, incluso, de esparcimiento. Las redes sociales informáticas ofrecen grandes posibilidades de acceso a información audiovisual, a nuevos aprendizajes y contenidos, al trabajo colaborativo al comunicarse con amigos cercanos pero también con personas de otras culturas, de otras ciudades, con la enorme ventaja de realizar trabajos conjuntos, sin importar las distancias; el teléfono móvil, por su parte,

nos permite tener mayor autonomía y organizar nuestras relaciones y actividades de manera más rápida y dinámica; nos llevan a tener una comunicación más inmediata, pueden desarrollar muchas capacidades, entre ellas, la coordinación psicomotora, la orientación espacial y la coordinación espacio-temporal (Flores, 2008).

Los dispositivos móviles han adquirido una relevancia insospechada en los últimos años. No sólo han permitido el intercambio de contenidos en tiempo real a través de las redes, también han propiciado un metalenguaje que asociamos a nombres como Facebook, Twitter, Youtube, Google Plus, LinkedIn, Instagram, Foursquare, Pinterest, Tinder y WhatsApp, entre otros. Según información de *El Economista*, 98% de los mexicanos usa Facebook, siendo ésta la red social más popular en nuestro país, la que más se utiliza para socializar, sobre todo entre jóvenes y en los entornos familiares (Martínez León, 2018).

La Ciudad de México es una expresión social muy compleja; sin embargo, es muy importante hacer un paréntesis y, en este acercamiento al tema de análisis, contextualizar lo que se ha estudiado en torno a las redes sociales desde el Trabajo Social, con un enfoque hasta cierto punto distinto.

Redes sociales

El interés del Trabajo Social y la intervención social por el estudio de redes sociales aparece en la década de 1970, con la fundación de la Internacional Network for Social Network Analysis (INSNA). El análisis de redes sociales es una aproximación con ciertas orientaciones teóricas singulares dentro de la sociología y una metodología específica, cuyas expresiones más comunes son el análisis de redes personales y el de redes completas. Concretamente, esta aproximación ha dado sus frutos en el área del apoyo social, ya se trate de apoyo social informal, institucionalizado o mixto (Rúa, 2008).

Cuando se publicó la primera edición de la revista *Connections*, en 1977, sólo cuatro trabajadores sociales estadounidenses y canadienses

eran miembros de la INSNA: Diane Pancoast, Harry Wasserman, Mike Pennock y Harvey Stevens. Pancoast se interesaba por las "redes de ayuda natural" dentro de la clásica temática de las redes de apoyo social; Wasserman estudiaba las sinagogas de Los Ángeles y la práctica religiosa; Pennock analizaba los sistemas de servicios sociales, y Stevens se interesó por los sistemas de registros de las agencias de servicios sociales privadas (Connections, citado en De la Rúa, 2008).

Así pues, el Trabajo Social ha estado presente en los primeros momentos de cristalización del debate académico sobre las redes sociales. Sin embargo, la presencia de esta disciplina en la constitución del paradigma del análisis de redes sociales ha tenido un peso muy pausado en el tema y se podría decir que tal vez la aproximación más interesante para éste sea la aportada por la perspectiva sociológica, dos de los pioneros para mostrar cómo ambos lograron realizar una contribución al conocimiento a partir de marcos teóricos diferentes.

A principios de la década de 1930, en Estados Unidos, Jacob Moreno, psicólogo social de origen rumano, sugirió considerar como "átomo social no tanto al individuo, sino al individuo y las relaciones interpersonales de atracción y rechazo que se organizan a su alrededor. Esta visión reconoce en el campo intelectual de la psicología social un objeto intermediario entre el grupo, forma elemental del orden social, y el individuo, receptáculo de las pasiones y de la personalidad" (De la Rúa, 2008, p. 10).

Federico de la Rúa (2008, p. 10) señala que en los años cincuenta del siglo pasado, en el campo de la antropología social inglesa, actividad académica también habituada a la observación directa de pequeños sistemas de interacción social, se descubre la importancia de ciertos sistemas de relaciones interpersonales. Le interesan dos cuestiones: el tipo de estratificación social y el funcionamiento del poder.

Las y los trabajadores sociales también se han visto implicados en la tarea de expandir y mejorar las redes en sus objetos de estudio, al integrar cuidados formales recibidos de profesionales, con los que acoge de la familia, los amigos y los vecinos. Un modelo ejemplar de esta aproximación que combina apoyo formal e informal.

Clasificación de redes sociales

Si bien, para la antropología y sociología las redes sociales han sido materia de estudio en diferentes campos, el análisis de las redes sociales también ha sido llevado a cabo por otras especialidades que no pertenecen a las Ciencias Sociales. Por ejemplo, en matemáticas y en Ciencias de la Computación, la Teoría de Grafos representa las redes sociales mediante nodos conectados por aristas, donde los nodos serían los individuos y las aristas las relaciones que les unen.

De la Rúa (2008) desprende de su análisis una clasificación de las redes como completas y personales, siendo dos tipos de objetos diferentes contruidos por dos métodos de observación, también distintos. Pero ambos comparten orientaciones teóricas comunes relativas a los modelos de racionalidad de los actores y, de las limitaciones y oportunidades que los sistemas de relaciones implican, utilizan ciertas técnicas similares para identificar a los *alteri* y utilizan algunos indicadores sociométricos análogos.

Los dos tipos de redes pertenecen a niveles diferentes: las redes personales siempre son subconjuntos de las redes englobantes, ya sea que se trate de redes cerradas o abiertas, del mismo modo que una familia nuclear es un subconjunto de una red de parentesco.

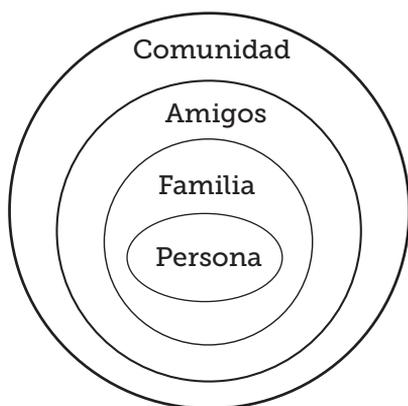
A nivel de una red completa, el análisis a) se centra en un *caso*; b) muestra una organización de las relaciones que pueden escapar a la conciencia de los actores; c) permite la observación sistemática de los subgrupos, de sus interconexiones, de posiciones poco frecuentes ocupadas por actores centrales o intermediarios. A nivel de las redes personales, a) identifica regularidades en el análisis; b) se limita a lo que perciben los actores; c) permite a menudo un análisis más sistemático de las pertenencias múltiples de los actores y de la variedad de los roles que adoptan en distintas relaciones existentes.

A través de esta teoría se pueden analizar las redes sociales existentes entre los empleados de una empresa y, de igual manera, entre los amigos de Facebook. De esto último se desprende que, actualmente, las redes sociales son un tipo de comunicación y red de relaciones,

ligado a las redes informáticas, otorgándose una clasificación como red horizontal, que es la que no está dirigida a un público genérico, y se centra en los contactos. Su función principal es la de relacionar personas a través de las herramientas que ofrecen. Todas comparten las mismas características de uso, entre ellas se encuentra principalmente Facebook, Hi5, Google+, Instagram y WhatsApp.

Facebook es la red social por excelencia en el mundo. Fue creada en 2004 por un grupo de jóvenes alumnos de la Universidad de Harvard, entre ellos Mark Zuckerberg, a partir de la necesidad de publicar datos biográficos dentro de la red de la universidad; sin embargo, fue inmediata su difusión encontrándose al siguiente día de su creación con 1 200 usuarios. Muy rápido se expandió a otras universidades de Estados Unidos para después convertirse en la plataforma social más importante en el mundo (Solórzano, 2016).

Figura 1. Tipos de redes de apoyo.



Redes sociales: Redes personales constituidas por la familia, los amigos, los vecinos y las redes comunitarias.

Formales: Existen vínculos entre las redes informales y los sistemas formales que provienen de las estructuras públicas gubernamentales y no gubernamentales.

Fuente: Montes de Oca, 2003.

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de

riesgo que se presenten en los hogares, como la falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores. Nos referimos a las redes mediante las cuales las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo y no a las extendidas redes virtuales que cada vez cobran mayor importancia con las tecnologías de la información.

Las redes conformadas por los lazos de parentesco, de vecindad y amistad, han sido vistas como la fuente principal de apoyo en caso de crisis o necesidad y se ha reconocido que son diferentes para mujeres y hombres; también pueden tener un papel fundamental cuando se enfrentan situaciones de crisis en el hogar, sobre todo entre grupos sociales vulnerables (personas adultas mayores, con discapacidad física o mental, o con enfermedades crónicas, etc.), no cubiertos por la protección social formal.

Redes sociales informáticas

¿Qué es una red social en la actualidad? Las redes sociales informáticas son espacios de interacción por Internet en donde las personas publican y comparten información diversa, principalmente personal y profesional, con otras personas, conocidas o no, siendo la forma más común y natural de comunicación entre jóvenes y adultos.

Las redes sociales son consideradas como nuevos modos de socialización; a partir de ellas se puede tener una fuente de interacción entre las personas y posibilitar la contextualización de fenómenos sociales entre los individuos y las relaciones inherentes que han surgido. Las diferentes herramientas computacionales, junto con las métricas, sirven como base de conocimiento, desde su aplicabilidad práctica sobre un tópico relevante, como el Análisis de Redes Sociales (ARS).

Existen tres clasificaciones o tipos principales de redes sociales, según Celaya (2008, pp. 96-97).

1. Redes profesionales (por ejemplo, LinkedIn, Xing, Viadeo).
2. Redes generalistas (por ejemplo, MySpace, Facebook, Tuenti, Hi5).

3. Redes especializadas (por ejemplo, Ediciona, eBugá, CinemaVIP, 11870).

Desde esta perspectiva, Internet ha facilitado la creación de espacios de interacción virtual innumerables, constituyéndose en un medio de interacción social cada vez más común y utilizado por diversos tipos de usuarios en el mundo. Es claro que Internet está cambiando la sociedad, además de transformar la manera en que las empresas venden sus productos y servicios.

Las redes sociales se han consolidado como herramientas de comunicación a través de las cuales, tanto individuos como empresas, han logrado proyectar, informar, compartir y difundir información con públicos o grupos específicos. La evolución y revolución tecnológica es vertiginosa y se constituye en una dimensión importante de las realidades sociales, de los entornos culturales y de las personas que tienen acceso al uso del Internet, en particular a las redes sociales informáticas.

En la Ciudad de México, la encuesta realizada en 2015 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)¹ sobre el acceso a las tecnologías digitales, revela que es predominante el acceso a la red entre la población joven del país: el 53.9% de los niños entre 6 y 11 años utiliza Internet con cierta regularidad, y entre los adolescentes de 12 a 17 años la proporción alcanza el 85.9% (INEGI, 2016).

Asimismo, y de acuerdo al 11° Estudio de la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI), 2015, las redes sociales más populares son Facebook (96%), Twitter (56%) y Google+ (54%), con un crecimiento importante de nuevas plataformas, como LinkedIn (13%) y Pinterest (7%) (Solórzano, 2016).

En el mismo estudio se indica que los usuarios revisan las redes sociales 46 veces al día en promedio, que es la misma cantidad de veces que un usuario común se conecta a las redes en México. Bajo esta frecuencia de la conexión, la población adolescente es impactada no so-

1 Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) que por primera vez se levantó en 2015.

lamente por sus contactos, sino también por contenidos publicitarios, entre otras cosas.

La frecuencia con la que los usuarios publican en redes sociales es 1.3 veces al día y suelen ser noticias, canciones, imágenes, frases célebres, fotos, *memes*, *selfies*, eventos y videos. Este estudio arroja también que "el 88% de los entrevistados han sido impactados por una marca o servicio y el 71% han leído algo sobre alguna marca" (Solórzano, 2016).

Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la necesidad imperiosa de que las y los trabajadores sociales implementen las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) a través de las redes sociales, en la intervención social y en cualquiera de sus dimensiones (individual, grupal o comunitaria) de manera transversal; además de utilizarlas en espacios de uso habitual, como la entrevista, la interacción grupal o la visita a domicilio, ya que, por ejemplo, no se trata sólo del uso de las redes sociales informáticas en el caso de la numeralia, también en sus efectos culturales, personales; en las actitudes de los que tienen acceso a la red, ya que son un canal de comunicación, tanto o más poderoso que cualquier otro y, como tal, lidia entre construir o destruir las prácticas de comunicación de la población usuaria del Internet.

Por lo aquí expuesto, desde la perspectiva del Trabajo Social, éste es un fenómeno social y comunicativo que se convierte en un objeto de análisis para la profesión.

Familias

El Trabajo Social es una profesión que tiene como objetivo establecer relaciones humanas positivas, vinculadas a los Derechos Humanos y responsabilidades entre las relaciones y sistema sociales; en ello, la familia juega un papel muy importante (Tello, s/f, pp. 13-31).

La familia se torna un espacio privilegiado en la construcción de identidades, posicionamientos y normas sociales; es considerado el grupo primario. Las redes de apoyo familiar, seguidas de las redes de amigos, son las que aportan más apoyo a la mayoría de los tipos de

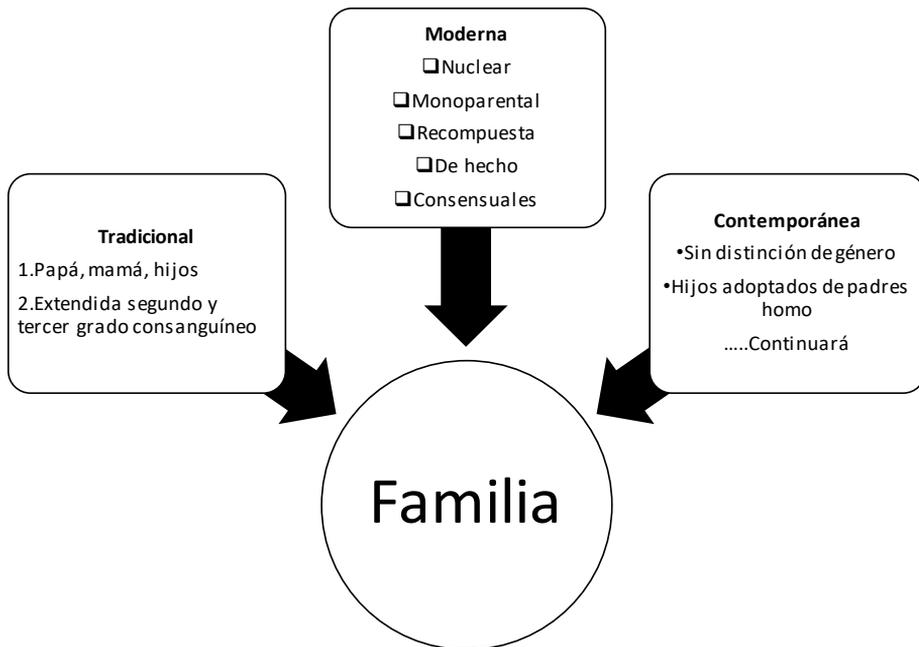
familia, a excepción de las familias con funcionamientos separado-rígido, desligado-estructurado y desligado-rígido, quienes perciben en mayor medida el apoyo de las redes de amigos, seguida de las redes familiares. Las familias con funcionamiento desligado-flexible tienden a percibir que cuentan con más apoyo de las redes de apoyo religioso y de las redes de amigos.

Desde la perspectiva del Trabajo Social con familias, es muy importante situar las principales relaciones y dinámicas familiares en sus diferentes contextos con el fin de identificar sus fortalezas como integrantes de las familias y como grupo familiar, para con ello visualizarse para la intervención social. La gran mayoría de las familias muestran un nivel de funcionamiento familiar moderadamente balanceado, con una adecuada cohesión, con adaptabilidad mayoritariamente caótica, lo que en conjunto sitúa a estas familias, según Olson, (2000, pp. 156-159), en un nivel de funcionamiento moderadamente funcional.

La adaptabilidad caótica provoca altos niveles de ansiedad y baja aspiración al logro, lo que puede contrarrestarse al estar insertas estas familias en una red comunitaria que brinde apoyo social. Al manejarse altos niveles de cohesión, suele disminuirse el nivel de permeabilidad del sistema familiar.

Existen varios factores que permean en la forma de acercarnos a las problemáticas familiares y más aún, a cómo hacer uso de las redes sociales de apoyo con las redes sociales informáticas.

Figura 2.



Fuente: Casas, C. 2020.

Figura 3.

DESAFÍOS QUE AFRONTA LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DOBLE	
<p>Perspectiva Micro o Interna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones intrafamiliares, conyugales, parentales, filiales o fraternales. • Relaciones intrapersonales e interpersonales. • Relaciones socio-grupales o familiares. • Consolidación de la estructura familiar. • Relaciones intergeneracionales. Legados generacionales. • Tejidos desarrollados desde el interior del seno familiar responsable directo de las nuevas generaciones. 	<p>Perspectiva Macro o Externo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filosofías y doctrinas de hombres. • El relativismo mundial moral que descentraliza la vida humana de la verdad absoluta de Dios. • Invierno demográfico. Entorno empresarial hostil a la familia, feminismo, etc. • Legislación promovida por ideologías extrañas al pensamiento de Dios y con orientación contraria al diseño de Dios. • Divorcios, separaciones y natalidad en descenso vertiginoso. • Educación que promulga la individualidad sobre el colectivo familiar.

Fuente: Casas, C. 2020.

¿Qué se observa en la familia como estudio de caso y por qué? Tanto la familia como el centro educativo comparten la gran responsabilidad de la educación, la formación y el desarrollo humano de la población del país como grupo primario en el que prevalecen principios, valores y formas de conducta.

Estrategia de intervención con la Teoría de Sistemas y la Teoría del Aprendizaje Social

Federico de la Rúa (2008) señala que, a pesar de la evidencia de algunas aplicaciones positivas de la aproximación de las redes sociales en el Trabajo Social, apelan a la prudencia de las y los trabajadores sociales

profesionales a la hora de implicarse en la creación o el apoyo del desarrollo de las redes de cuidados informales de sus clientes (redes de apoyo). Algunos años apoyó el uso del análisis de redes sociales en la investigación y la práctica del Trabajo Social, y aclaró cómo se debieran utilizar dichas herramientas en el Trabajo Social.

Muchos profesionales de esta disciplina se apoyan en la perspectiva de análisis de redes sociales desde entonces. La principal aplicación de la aproximación del análisis de redes sociales en el Trabajo Social ha sido en el área del apoyo social.

El apoyo social se suele referir a la ayuda recibida de redes sociales informales, pero ésta puede también proceder de redes formales de profesionales como los propios trabajadores sociales, doctores, enfermeras, psicólogos, psicoterapeutas o especialistas en terapia ocupacional. Los profesionales de la intervención social han utilizado la perspectiva del análisis de redes para examinar las redes de apoyo social, ya sean profesionales, informales o mixtas.

Las investigaciones se han centrado a menudo en las redes personales de los individuos con necesidades particulares, pero las y los trabajadores sociales podrían examinar redes que van más allá de lo personal.

El estudio de redes completas y la combinación de lazos familiares, de amistad, de vecindario y de trabajo, con la participación de profesionales, daría una comprensión más completa de las comunidades en las que se desea realizar la intervención social, permitiendo así crear recursos utilizables a nivel comunitario y no sólo a nivel individual. El estudio de redes completas permitiría también situar a los clientes de los trabajadores sociales en el contexto de las redes dentro de las que funcionan.

Estamos hablando además de un trabajo colaborativo para ser aplicado no sólo de manera masiva mediante el uso de aplicaciones (Googlemaps, por ejemplo) y sitios web (Wikipedia, por ejemplo), sino desde una misma entidad, por pequeña que sea, para la gestión colaborativa de un blog, una página web o una plataforma, gracias a la colaboración de diferentes usuarios con diferentes roles (administrador, creador,

editor, colaborador, etc.); incluso, mediante el uso de herramientas como Facebook, Instagram y WhatsApp, lo cual permitiría potenciar el acceso inmediato a datos, información e imágenes para establecer una comunicación más expedita con las personas en sus entornos, inclusive, con varias personas o entidades a la vez.

En los últimos años, la comprensión de los procesos de comportamiento ha progresado sustancialmente y se considera necesario reformular algunas suposiciones acerca del comportamiento humano. En esta línea, la Teoría del Aprendizaje Social aporta una serie de premisas que permiten explicar mejor las formas de comportamiento, al reconocer que el sujeto no se limita a reaccionar ante el entorno, y que juega un papel importante la observación, la capacidad humana de emplear símbolos y procesos cognitivos y la capacidad de autorregulación de los sujetos (Bandura, citado en García-Pablos, 1990, pp. 703-707).

Reconoce que la observación puede influir notablemente en los pensamientos, afectos y conductas de los infantes, al actuar como un motivador de reacción, en forma positiva o negativa.

Pablos de Molina hace referencia a la definición de las Teorías del Aprendizaje Social y parte de una hipótesis: las claves de la conducta humana no deben buscarse en determinados rasgos inconscientes de la personalidad, sino en el aprendizaje de la vida cotidiana; en este sentido, la teoría del aprendizaje social, según Bandura, "parte de la existencia de la relación directa entre la atención prestada en el momento de enfrentarse a la realización de una tarea, por muy cotidiana que ésta pueda parecer, y el grado de aprendizaje de dicha tarea" (Bandura, citado en García-Pablos, 1990).

El Trabajo Social, como disciplina que "promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y liberación de las personas" (FITS, 2020, p. 2), y por tanto directamente vinculado con la inclusión social y la igualdad de oportunidades, no puede mirar a otro lado.

Lamentablemente en los contextos institucionales relacionados con la intervención social, la incorporación de las nuevas tecnologías y su desarrollo es aún escaso debido a varios factores, como la

carencia de medios económicos, técnicos y formativos, principalmente.

En la utilización de las redes sociales informáticas como estrategia de intervención social con familias, es imposible desvincularlo de las diferentes áreas de intervención de Trabajo Social en la salud, educación, empresarial y asistencia social, pero en donde se inicia es en el reconocimiento del contexto en el grupo primario, la familia debe tomar en cuenta el acceso, uso y apropiación de los recursos informáticos con los que se cuenta (Grovi, citado en Santás, 2015, p. 3):

- *Acceso*: se refiere al modo de acercarse a algo con el propósito de conseguir su dominio. El nivel de acceso se refiere únicamente a la posesión física de la tecnología.
- *Uso*: se entiende como el ejercicio o práctica habitual y continuada de un artefacto tecnológico (si bien no indica para qué es usado). Aunque no existen límites claros, se puede hablar de tres niveles de capacitación digital:
 - Básico (habilidad para manejar programas de uso general).
 - Intermedio (habilidad para manejar programas de mayor complejidad).
 - Avanzado (habilidad para el manejo de programas más sofisticados en su forma y otros más avanzados, como *software* de gestión, manejo de redes sociales, etcétera).
- *Apropiación*: dominio de un objeto cultural, pero también el reconocimiento de la actividad que condensa ese instrumento y con ella los sistemas de motivaciones, el sentido cultural del conjunto.

Santás (2015, p. 4) indica que es necesario impulsar no sólo canales de participación digital, sino que las sociedades adquieran el compromiso de la instrucción digital de la ciudadanía, y una vía para lograrlo es a través del trabajo colaborativo.

Su propuesta está relacionada con la metodología para la atención tradicional con casos a partir de la Teoría de Sistemas y del Apre-

dizaje Social en trabajo colaborativo para la intervención social con familias mediante el uso de redes sociales; es decir, utilizar las tecnologías a partir de sus diferentes dimensiones (individual, grupal o comunitaria) de manera transversal, además de utilizarlas en espacios de uso habitual, como la entrevista, la interacción grupal o la visita a domicilio.

Investigación

En la conformación de expedientes familiares y personales, el uso de las tecnologías es estratégico para el almacenamiento de la información; la gestión de los diferentes servicios que se presten; implantación de sistemas de evaluación de calidad y gestión eficiente; y sistema de comunicación con los diferentes tipos de agentes: trabajadores sociales, algún otro profesional que dé seguimiento e integrantes de la familia, entre ellos.

Diagnóstico

La netnografía se presenta como un nuevo método investigativo para indagar lo que sucede en las comunidades virtuales, más propiamente de lo que acontece en Internet. Su empleo desde el Trabajo Social permitiría conocer los hábitos cotidianos de la población (vida familiar, personal o laboral), entendiendo que las relaciones e interacciones que se producen en Internet son objeto de estudio de importancia creciente en nuestro entorno (Santás, 2015).

En Trabajo Social, la netnografía permite analizar tres elementos clave: el primero, cómo pueden influir las redes sociales en la generación de conocimiento, movimientos y cambios sociales; segundo, cómo están cambiando las redes sociales los hábitos y relaciones laborales; y tercero, cómo éstas pueden llegar a influir en el transcurso de los casos sociales, considerándolas como un elemento más de análisis dentro de los diagnósticos sociales (Fernández y Ponce de León, 2014).

Programación

La programación –que en la metodología de intervención con casos es la definición de un plan–, es detallar la estrategia más adecuada a la problemática o necesidad identificada. La propuesta de Santás (2015) integra las siguientes etapas adaptadas al trabajo con las familias, siendo éste nuestro sujeto de estudio:

1. **Responsabilidad y conocimiento:** dentro de las familias, alguien con una idea global de la estrategia de la organización, tiene que responsabilizarse de impulsarlas y gestionarlas.
2. **Análisis previo:** diagnóstico de la situación en la que se encuentra la dinámica familiar a este respecto.
3. **Elección de tecnología y su vínculo con Trabajo Social:** es necesario elegir aquella tecnología que se adapte a las necesidades de cada organización y dinámica familiar, así como las estrategias de intervención más adecuadas a la problemática identificada, mismas que serán definidas por el trabajador social.
4. **Estar al día en innovación tecnológica:** es necesario estar siempre al tanto de las nuevas tendencias tecnológicas vinculadas a las estrategias de intervención en Trabajo Social.
5. **Trabajar en red:** debe aprovecharse la red y el trabajo colaborativo como modo de operar en la SIC.

En el ámbito de la incorporación de las redes sociales informáticas a las redes sociales de apoyo como herramientas en la intervención familiar, se destacan varias como necesarias de incorporar, ya que permiten la interacción con las familias y los sujetos de intervención.

- *Comunicación interna o foros:* herramientas que favorecen discusiones, opiniones y compartición de ideas en línea (microblogging, redes sociales o networking).
- *Gestión del conocimiento, wikis o marcadores sociales:* agregadores, marcados favoritos.

- *Almacenamiento online*: Dropbox y Drive.
- *Publicación de documentos y presentaciones*: slideshare.
- *Gestión de fotos y videos*: Youtube, Flickr, Instagram.
- *Gestión de notas*: Evernote.
- *Mapas colaborativos*: Googlemaps o Meipi (aplicación a través de la cual el usuario puede dejar archivos multimedia, fotos, imágenes, videos, audios, de manera que puedan ser compartidos por los propios vecinos).
- *Crowdsourcing*: modelo estratégico para atraer recursos externos mediante convocatorias abiertas en las que los participantes colaboran con sus capacidades y conocimientos para alcanzar un objetivo.
- *Planificación y gestión de proyectos*: calendarios compartidos (Google calendar, Nyabag).
- *Reuniones online*: Doodle, Skype, Hangout, Dimdim.
- *Mapas mentales y tableros colaborativos*: Gliffy, Dabbleboard.
- *Edición colaborativa de documentos*: Google Docs, técnicas y herramientas de intervención (Genograma) (Santás, 2015).

Conclusiones

En la red social existen recursos que pueden ser utilizados para beneficio del individuo, deberán fundamentarse en los conceptos y resultados apuntados por sus predecesores analistas de redes sociales, tanto en la investigación como en la práctica.

El análisis de redes sociales es relevante dentro del Trabajo Social al interesarse por las relaciones entre individuos o dentro de grupos. La intervención social puede beneficiarse de su conocimiento. Las y los trabajadores sociales pueden también investigar las redes sociales en el marco de su trabajo o en colaboración con analistas de redes sociales y, de esta manera, asegurar que los desarrollos del análisis de redes sociales se adapten mejor a las necesidades de la profesión, así como a los intereses de la comunidad de los analistas de redes en su conjunto.

El gran reto de las tecnologías y, en este caso, de las redes sociales informáticas como redes sociales de apoyo, es superar las resistencias, saber aprovecharlas y adoptar una cultura organizativa diferente; afrontar sin miedo el trabajo colaborativo, el uso compartido de la información desde una óptica diferente, con la confianza de que el conocimiento compartido puede generar un aprendizaje y evolución continuados, ya que ofrecen oportunidades para la profesión, aún sin explorar, no solo en el tradicional campo de la intervención social, sino en otros como la mediación, donde es posible la resolución de conflictos por medios electrónicos como uno de los retos actuales en los procesos de mediación entre partes ante la saturación de la justicia y como medio para la comunicación sin necesidad de desplazamientos, ahorrando en costes y tiempo (Rodríguez, 1995).

Nos va a permitir alcanzar una mayor evolución de los profesionales en Trabajo Social, pues de otra forma, se puede caer en obsolescencia, ya que el trabajo, cada vez en mayor medida, se desarrollará de manera colaborativa y en red, es decir, mediante el uso de la tecnología.

Las herramientas del Trabajo Social tradicional usadas desde la creación de la disciplina han quedado superadas con el uso de las tecnologías. En la actualidad, es incompleto realizar intervención social individual o familiar sin el uso de las redes sociales informáticas con las redes sociales de apoyo, instancias que crean la oportunidad para acercar recursos y potenciar la participación de la ciudadanía en sus propios procesos de cambio.

El trabajo con grupos resulta igualmente minimizado sin el uso de herramientas audiovisuales y tecnológicas; de igual forma, los trabajos en red y comunitario precisan del Internet y las redes sociales informáticas. En suma, no es posible desarrollar un Trabajo Social completo sin la apropiación de tecnologías.

El nivel de funcionamiento familiar y el tipo de familia definidos con el modelo circunplejo de Olson tienen una correlación positiva con la red de apoyo familiar y con el sentimiento de falta de apoyo de las redes sociales; aunque es significativa, dicha correlación es baja.

Estamos en la era digital que avanza sin freno; nuestras familias, padres, abuelos, hijos, sobrinos, etc., están inmersos en un mundo tecnológico que muchas ocasiones desarticulan o rompen sin relaciones sociales, lo que afecta dramáticamente las interacciones sociales.

No obstante, muchas ventajas podemos encontrar en las redes sociales: ayudan a favorecer la participación y trabajo en equipo; permiten participar en línea con diversidad de proyectos desde cualquier lugar del planeta; facilitan la construcción de una identidad personal o virtual, ya que los usuarios usualmente comparten información que en otros tiempos era considerada privada (pasatiempos, creencias, deportes, gustos, opiniones, etc.); facilitan las relaciones entre personas, evitando choques de barreras culturales; permiten conocer la información prácticamente en el momento que se genera, debido a que su actualización es inmediata. En el ámbito educativo, faculta la posibilidad de obtener aprendizaje integral fuera del aula de clases y, algo que es determinante, poner en práctica los conocimientos adquiridos.

Finalmente, el conocimiento del funcionamiento familiar y las redes de apoyo social permite identificar recursos que facilitan el desarrollo de estrategias específicas para la implementación de intervenciones, tanto clínicas como sociales y psicológicas, en familias con diferentes tipos de funcionamiento y dinámica familiar.

Referencias

- Casas, C. (2020), *Retos, estrategias y acciones para la intervención social ante la nueva cotidianidad: aportes desde Trabajo Social*, Foro Nacional de Trabajo Social 2020, México, ENTS-UNAM.
- Celaya, J. (2008), *La empresa en la web 2.0*, 3.ª ed., Madrid, Gestión 2000.
- De la Rúa, F. (2005), "El análisis dinámico de redes sociales con SIENA. Método, discusión y aplicación", *Empina*, núm. 10, pp. 151-184.
- ____ (2008), "Análisis de redes sociales y Trabajo Social", *Portuaria*, vol. VIII, núm. 1, pp. 8-21, España, Universidad de Huelva.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2020), *Definición Global de Trabajo Social*. Disponible en <<https://www.ifsw.org/>

- what-is-social-work/global-definition-of-social-work>. Consultado el 20 de abril de 2019.
- Fernández, T. y L. Ponce de León (2014), *Nociones Básicas de Trabajo Social*, Madrid, Ediciones Académicas.
- Flores Fernández, José (2008), *Uso seguro y saludable de las nuevas tecnologías*, Pantallas Amigas.
- García-Pablos, A. (1990), *Tratado de criminología*, t. 2.
- INEGI (2016), *Estadísticas a propósito del día mundial de internet*. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/educ_cien_tec1.pdf>. Consultado el 17 de mayo de 2019.
- Martínez León, A. (2018), "7 gráficos sobre los usuarios de internet en México en 2018", *El Economista*. Disponible en <<https://www.economista.com.mx/tecnologia/7-graficos-sobre-los-usuarios-de-internet-en-Mexico-en-2018-20180517-0077.html>>. Consultado el 22 de abril de 2019.
- Molina J. L. (2001), *El análisis de redes sociales. Una introducción*, Barcelona, Bellaterra.
- Montes de Oca, V. (2003), *Calidad de vida de personas mayores, instrucciones para el seguimiento de políticas y programas*, curso, 8 y 9 de septiembre de 2003, Santiago de Chile.
- Olson, D. H. (2000), "Circumplex model of marital and family systems", *J Family Therapy*, vol. 22, núm. 2, pp. 144-167.
- Rodríguez, J. A. (1995), "Análisis estructural y de redes", *Cuadernos Metodológicos*, Madrid, Centro de investigaciones sociológicas/Siglo XXI.
- Santás, J. (2015), *Intervención social: el reto de las TIC en el Trabajo Social*, Encuentro Nacional y IX Internacional de Investigación en Trabajo Social. Disponible en <<https://eventos.ucol.mx/content/micrositios/241/file/memoria/pdf/m3.pdf>>. Consultado el 12 de abril de 2019.
- Solórzano, P. A. (2016), *El consumo de redes sociales en la publicidad dirigida a los millennials en el Distrito Federal*, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM.

Tello, N. (s/f), *Apuntes de Trabajo Social. Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. Disponible en <http://neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social_nelia-tello.pdf>. Consultado el 17 de mayo de 2019.

____ (s/f), *Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social. Aportes para su construcción*, ENTS-UNAM (Colección Cuadernillos de Trabajo Social).

DUELO Y FAMILIA

*Raúl Ramírez Pérez**

Resumen

Trabajo Social ha tenido que evolucionar a la par del sistema de salud, en la búsqueda de generar nuevas formas de intervención que dé respuesta a los problemas de salud que afectan a nuestra sociedad. La salud mental es un campo de intervención en el que los trabajadores sociales participan como parte de un equipo de trabajo multidisciplinario que brinda atención dentro de las instituciones encargadas de atender los problemas de salud mental. El presente artículo expone el actuar profesional del trabajador social a partir de la intervención con el paciente y su familia, que acuden al área de urgencias del único hospital que brinda atención especializada a la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Es importante recalcar que en el área de Trabajo Social se origina el primer encuentro con la familia del paciente, y que a través de la

* Licenciado en Trabajo Social por el Instituto Politécnico Nacional y maestro en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con los diplomados de: "Desarrollo Gerencial" por la UNAM, y "Tanatología, Tanatología Clínica, Pareja y Familia" por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Actualmente se desempeña como trabajador social en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, en el Programa de Atención Integral de Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual, así como de las áreas de urgencias y consulta externa. Correo electrónico: <raulrami2534@hotmail.com>.

aplicación de la entrevista se detecta el entramado de problemáticas que la familia presenta, las cuales deben identificarse ya que afectan de manera directa al paciente o pueden ser, en gran medida, el origen de las problemáticas que presenta el paciente.

Palabras clave: duelo, familia, salud mental, intervención, Trabajo Social.

Introducción

El presente caso se detecta en institución de atención psiquiátrica infantil; en este sentido, el campo de intervención del trabajador social será la salud mental. Cabe destacar que esta área es uno de los principales espacios donde Trabajo Social tiene una participación histórica para su desarrollo disciplinar a partir del diluvio del psicoanálisis, pasando por diferentes etapas como el de la filantropía o de la caridad de aquellos bienintencionados. Si bien su evolución obedeció a los cambios del contexto histórico, Ander-Egg (1996, p. 52) refiere que “la creciente incorporación del Trabajo Social al campo de la salud mental, en general, y de la psiquiatría, en particular, dentro de los equipos interdisciplinarios que atienden este tipo de servicios asistenciales, ha dado lugar a la aparición del denominado Trabajo Social Psiquiátrico; en este caso, la intervención del profesional sólo puede realizarse en el ámbito institucional”. En este sentido, la función de los trabajadores sociales en los hospitales es actualmente parte fundamental para la atención interdisciplinar hacia la población con padecimientos relacionados con los trastornos mentales, situación que se torna en un problema de salud pública. Las actividades del profesional en una institución dada son diversas, pero en el caso hospitalario se generan varias acciones, como aplicación del estudio socioeconómico que determina el nivel de recuperación económica en función de los ingresos y egresos del usuario. Aunado a ello existen otras tantas como orientar al paciente y sus familiares, realizar visitas domiciliarias, seguimiento de

casos, enlace intramuros y extramuros, denuncias en caso de detección de violencia e intervención con grupos, entre otras actividades.

Lo anterior es sólo un ejemplo de esta diversidad del actuar del profesional, pero para el caso en particular, la intervención del trabajador social se genera a partir de que la paciente y su familiar acuden al área de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil y posterior a la valoración médica psiquiátrica, se consideró su ingreso para su atención en el área de consulta externa y se canaliza al servicio de Trabajo Social para la aplicación del estudio socioeconómico. Es en este espacio de intervención donde se origina el primer encuentro con la madre de la paciente a quien identificaremos con el nombre ficticio de Rosa. En esta primera entrevista se detecta no sólo la problemática de salud mental de su hija, a quien llamaremos Ana, sino también el proceso de duelo en Rosa por el fallecimiento de su esposo cuatro meses atrás.

Aunque Rosa no es propiamente paciente del hospital, Trabajo Social consideró importante atender las ideas de muerte que presentaba. Toda vez que son un factor de riesgo, ya que los suicidios a nivel mundial son un problema de salud pública. La OMS refiere que al año se suicidan 800 000 personas, lo que representa una muerte cada 40 segundos, y por cada suicidio de un adulto, más de otros 20 intentaron suicidarse. Si bien México a nivel mundial no tiene las mismas tasas elevadas de suicidios en comparación con otros países, el fenómeno del suicidio se encuentra presente en la población mexicana. Eguiluz (2010, p. 42) refiere que "la región sureste mexicana (Yucatán, Campeche, Tabasco y Quintana Roo), que corresponde a la zona maya, tiene las cifras más elevadas de suicidio en el país". La frecuencia suicida en la zona sureste es tres veces mayor que la media nacional, que es de 2.8 por 100 000 habitantes.

Tomando como antecedente lo anterior, durante la entrevista la presencia de las ideas de daño es vertida en la inercia misma de la narrativa de Rosa, quien enfrenta la ausencia de la seguridad que proveía su esposo. Al término de la conversación, se le hace hincapié sobre la necesidad de atender su salud y la de su hija. Posteriormente, a los 15 días, se presenta en el área de Trabajo Social solicitando orientación

ante su situación familiar y de salud. Lo anterior es una clara evidencia de que el trabajador social logró en la entrevista generar empatía y confianza con Rosa. Carballeda (2012, p. 4) refiere que "el sujeto inesperado que se presenta en los servicios asistenciales de salud se constituye como inesperado. Un sujeto que las instituciones a veces no pueden comprender a partir de su constitución desde complejas circunstancias y climas de época", es decir, el sujeto no sólo acude por una problemática de salud, sino que ésta converge con un universo de factores; además, agrega que "comprender la salud y la enfermedad como proceso, implica aceptar que éste se constituye como expresión de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir tanto en lo político como en lo económico, demográfico, sociocultural y medio ambiental" (p. 3). Lo anterior denota que cada individuo porta un problema o varios, cada individuo y cada caso es único por sus particularidades, y es precisamente ahí donde el trabajador social encuentra un espacio de intervención, en esa complejidad de un binomio social-enfermedad, donde otras disciplinas se limitan en su inercia misma de su intervención.

En el caso de Rosa se detectan dos problemáticas relevantes relacionadas con el proceso de duelo en la familia y la ideación suicida, situación que origina la intervención del trabajador social utilizando la metodología de caso.

Según Ander-Egg (1992, p. 28), "el psicoanálisis se transforma en el sustento y base científica [...] en el marco referencial del método de caso social individual. Esto aporta nuevas dimensiones y perspectivas a los profesionales en este campo", es decir, se comienza a tener mayor atención en los factores económicos y sociales, orientando la intervención de los profesionales hacia la familia. Con base en la práctica profesional, se ha observado un fenómeno repetitivo en la mayoría de los casos de atención infantil con problemas de salud mental; durante el proceso de investigación-diagnóstica del menor, se identifica la necesidad de brindar apoyo profesional a las madres, padres o tutores de los menores, incluso, en algunas ocasiones, con mayor urgencia que al mismo paciente, por ejemplo, en el caso de Rosa fue necesario

realizar una intervención inmediata por las afectaciones que su conducta provocaba en Ana, quien llevaba un proceso terapéutico con su psiquiatra.

Lo anterior obliga al profesional a realizar un diagnóstico social del caso, considerando las alternativas desde el mismo actuar del trabajador social y la aplicación de sus conocimientos para generar una dimensión más amplia del problema situacional. En este sentido, Carballada (2012, p. 7) menciona que "el desarrollo de la narración, de contar lo que está ocurriendo, permite a ese otro desplegar la serie de recursos culturales que tiene utilizables en su medio construyendo, de este modo, un sentido a la experiencia". A esto se puede considerar que el discurso del sujeto adquiere un papel importante para la comprensión de esa trama social desde lo singular y, según lo que menciona Carballada, la narrativa del sujeto permite el acceso al mundo del individuo para la intervención social, en este caso con una toma de decisiones asertivas en su problemática o, en su defecto, el profesional deberá considerar hacer uso de instituciones externas que puedan salvaguardar la integridad física del sujeto o individuo. Para el caso de Rosa, al mencionar que presentaba ideas de daño sin tener algún deseo, se consideró la orientación individualizada.

Durante el proceso de intervención social, a Rosa se le preguntó la calidad de la atención de los diferentes profesionales que atendieron a su hija Ana. Refiere que una de las más significativas fue la de Trabajo Social debido a que la hizo reflexionar sobre su función como madre y la responsabilidad en la salud de su hija. Esto conlleva a analizar los resultados o impactos de la intervención realizada y que se visibiliza en alternativas de cambio en los individuos. Carballada (2012, p. 7) menciona que "lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social, está ligado a la experiencia singular del sujeto de intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción de la enfermedad de quien está relatando". En este sentido, la narrativa del individuo en el punto de intervención crea un espacio íntimo de identificación entre

la problemática del individuo en las entrañas mismas de su dolencia emocional, física y social, denotando su vulnerabilidad y necesidades; es este tiempo-espacio el justo momento de intervención del trabajador social en donde la función transformadora tiene una oportunidad para incidir en objeto problema.

Caracterización del sujeto de intervención

Rosa es una mujer de 37 años, cuenta con bachillerato concluido y hace cuatro meses murió su esposo. Habita una casa de interés social –aún sin liquidar– junto con su hija Ana, en el Estado de México.

Hace algunos años su hermano mayor se suicidó y su abuela paterna sufría depresión; ella, por su parte, ha presentado depresión y a intentado suicidarse con alcohol y medicamentos.

Actualmente no trabaja y sólo se dedica a las actividades del hogar. Rosa y Ana sobreviven del ahorro bancario y la pensión que dejó el jefe del hogar al fallecer por complicaciones derivadas de diabetes mellitus.

Investigación diagnóstica

Los documentos metodológicos del Trabajo Social señalan cinco etapas de intervención (investigación, diagnóstico, plan social, intervención y cierre del caso); sin embargo, en el caso de Rosa la intervención no se desarrolló de esta manera, toda vez que no era sujeto de intervención por las propias características del marco institucional.

Con ella se procedió a realizar la entrevista para clasificarla en un nivel socioeconómico, además de una serie de entrevistas a profundidad respecto a su condición emocional y problemas originados por el fallecimiento de su cónyuge, lo que permitió contar con un estudio socioeconómico y un estudio psicosocial como evidencia de la breve intervención realizada. Posteriormente, se hizo una orientación individualizada como resultado de la escucha y observación que se hizo durante las entrevistas.

Relato del caso

Antecedente cronológico del caso

Rosa, la madre de la paciente, proviene de familia nuclear integrada, es producto de la segunda gesta de un total de tres hijos, la etapa de la niñez y adolescencia se caracterizan por una dinámica patriarcal y violencia entre ambos cónyuges originado por la infidelidad de su padre, a esto se suma el rechazo de la familia paterna hacia la madre, existiendo apoyo para la pareja informal del padre.

Por otra parte, la madre era dependiente total del esposo al no laborar, en la dinámica de familia existía mayor atención hacia el hijo menor por parte de la madre, el padre constantemente sancionaba físicamente a Rosa por ser mujer, e incluso refiere que la intentó regalar, ante esta situación el hermano mayor la sobreprotegía. Al ser la única hija se le exigía que contribuyera en las actividades del hogar, no así a los varones; la relación con la madre no era adecuada al existir rechazo hacia Rosa por el sobrepeso que presentaba, incluso la abuela materna hacía distinción en el trato y detalles hacia los hermanos (regalos). Las familias extensas ejercían violencia hacia Rosa por ser "fea, cuatro ojos, obesa, pronosticándole que no se iba a casar"; cuando cumplió 15 años se le asignó la responsabilidad total de las actividades del hogar, debido a que la madre comienza a laborar y a presentar periodos de depresión ante los problemas de pareja y un accidente en el hogar.

Al ingresar a la preparatoria, Rosa cursa sus estudios de bachillerato de manera intermitente; en un primer momento abandona sus estudios y con ello comienza a vivir un periodo de "Cenicienta" en el que las actividades del hogar se incrementaron, situación que la orilló a regresar a la escuela; cursa hasta el 4° semestre pero vuelve a desertar por presión de compañeros para la ingesta de drogas, cabe agregar que durante esta etapa (19 años) refiere comenzar con ideas de muerte, aunado a no salir de casa; al acudir a una fiesta es sancionada físicamente (cachetada) por la madre, situación que origina que realice

su primer intento de suicidio por ingesta de medicamentos, teniendo que ser hospitalizada; en este periodo su madre es diagnosticada con diabetes mellitus y artritis. Durante su segunda década de vida, Rosa comienza a laborar en una tienda departamental (Sanborns) como cajera, existiendo sobreprotección de compañeros ante la situación de salud de la madre; en este periodo comienza un noviazgo y vida sexual, en donde se manifiestan diferentes tipos de violencia, entre ellas celotipia, situación que tuvo una duración de dos años de noviazgo hasta que decide migrar Nueva York con su tía materna por alrededor de ocho meses, laborando como empleada doméstica.

Rosa regresa para reencontrarse con su novio, con quien no había dejado de tener comunicación e incluso había acordado que a su regreso contraerían nupcias, escenario que llevó a Rosa a realizar envíos de dinero; sin embargo, a su regreso se percata que su novio tiene vínculos afectivos con otra persona, dando por terminada su relación, lo que ocasionó que mostrara un cuadro depresivo.

Regresó a laborar a su antiguo trabajo, espacio en el que conoce a quien posteriormente sería su cónyuge. Al año de su regreso a México, su madre fallece y su padre inicia una nueva relación amorosa, situación que generó una deficiente vinculación entre los integrantes de su familia, distanciamiento de su pareja, y dejó de asistir a su trabajo durante un mes; además, asume completamente la responsabilidad de las actividades del cuidado del hogar.

Ante esta situación, Rosa manifestaba nuevamente ideas de autolesión, irritabilidad, taquicardia y desmayos; su conducta hace suponer que se encontraba en la fase de enojo del proceso de duelo, además presentaba una conducta defensiva al considerar que no necesitaba el apoyo de los demás ante las diferentes pérdidas que tenía.

Bajo este contexto, Rosa comienza una relación de noviazgo con Juan por un lapso de 8 meses, teniendo vida sexual previa al matrimonio con el futuro esposo; asimismo, inicia apego importante con su pareja ante la falta de apoyo familiar. Debido a que no tenía motivo para permanecer con su familia de origen, dado que el hermano menor ya se había casado y el padre mantenía otra relación, decide casar-

se por el civil a la edad de 24 años, mudándose a la casa del esposo, al mes se embaraza.

Durante el periodo de gestación, Rosa presenta depresión y embarazo de alto riesgo, lo que motivó que vivieran un mes con la suegra existiendo mala relación; aunado a esto Juan comenzó a ejercer violencia contra ella debido a que Rosa se entera de que su cónyuge mantiene una relación con otra mujer. La violencia se incrementó cuando Rosa acude al centro de trabajo de su esposo para encarar la infidelidad de la que es víctima, situación que incrementaba la fricción entre ambos, llegando a la violencia física.

Un mes antes de que Ana naciera, fallece la abuela paterna y al siguiente año el hermano mayor de Rosa se suicida. La pareja llega a un acuerdo y ambos deciden alejarse de sus familias extensas, evitando el acercamiento.

Con la llegada de Ana se incrementaron las responsabilidades al igual que la violencia y desconfianza de Rosa, al mostrarse posesiva y controladora; limitaba el dinero y el uso del coche para evitar que Juan subiera a otra mujer, situación que originó breves separaciones de la pareja, por lo que decide acudir a terapia por un pequeño tiempo.

Durante la primera infancia de Ana (0 a 5 años), fue común que presenciara los episodios de violencia entre sus progenitores. Rosa se muestra como una madre sobreprotectora pero a la vez exigente y estricta en la escuela, refiriéndole que cada vez que se golpeará no debía llorar, la sancionaría físicamente de forma brutal al señalar que "le pegaba bonito". Su padre, Juan, mantenía tiempos amplios de trabajo y deficiente vinculación con Ana, mostrándose permisivo cuando llegaba a convivir con ella; cabe agregar que cuando Ana cumplió tres años su padre fue diagnosticado con diabetes mellitus.

Cuando Ana tenía seis años, ante la situación de la pérdida de trabajo y enfermedad de Juan, deciden ingresarla a un internado, de esta manera el contacto con sus padres se redujo a los fines de semana, el resto de los días sus padres laboraban y se turnaban por temporadas para permanecer en el hogar; debido al alejamiento con sus familias extensas, carecieron de redes de apoyo familiar durante la enfermedad de Juan.

Por la gravedad de la enfermedad de Juan, Rosa decide que Ana, a la edad de 8 años, ya no asista al internado para tener mayor convivencia con su padre. Al regresar a su casa, Ana permanecía mayor tiempo con Juan, presenciando de manera silenciosa el progreso de la enfermedad y la disminución física, psicológica y emocional de su padre, situación que empeoró cuando los médicos tomaron la decisión de amputarle una pierna. Antes de fallecer, Juan le indica a su hija que debe cuidar de su mamá y evitar que ésta rehaga su vida afectiva.

Después del fallecimiento de Juan, Rosa comienza con síntomas depresivos e ideas suicidas, así como pensamientos de homicidio hacia su hija. Ante la ausencia de su cónyuge, coloca un número importante de fotos de Juan para minimizar su ausencia, incluso refiere que ha llegado a dormir con la urna de su difunto esposo. Estas conductas fueron evidentes y llamaron la atención de su familia extensa, motivo por el que su suegro le ofrece su apoyo, mientras que Ana cuida de Rosa.

A tres meses de la pérdida de su padre, Ana intenta suicidarse por ingesta de medicamentos requiriendo de hospitalización por varios días. Al reincorporarse a la escuela y ante su intento de suicidio, le indican a su madre que debe acudir al Hospital Psiquiátrico Infantil para la atención de Ana. Cabe agregar que para ese tiempo se suscitan otros problemas, como discusiones con los vecinos y deudas por servicios públicos y pago de la casa, por lo cual Rosa utiliza sus ahorros.

Rosa acude al Hospital Psiquiátrico Infantil para valoración psicosocial de Ana, ésta ingresa al área de urgencias por el antecedente de intento de suicidio. En esta primera evaluación se le indica a Rosa que es necesaria la hospitalización de su hija; sin embargo, no accedió, por lo que se generó su ingreso al área de consulta externa.

Descripción de la situación médica o jurídica

Adolescente en tratamiento psiquiátrico con tratamiento farmacológico en institución de salud mental infantil, canalizada a la clínica vespertina.

La madre, Ana, no se encuentra en tratamiento o terapia, reconoce que requiere apoyo profesional, pero la interacción con los diversos profesionales del equipo multidisciplinario del hospital, así como el apoyo del internado al que acude su hija, le han proporcionado orientación e información.

Relato de la situación problema que presenta el sujeto caso

Se trata de una niña de 11 años, cursando el sexto año de primaria en internado, acude a valoración psiquiátrica referida por la escuela posterior a presentar intento de suicidio por ingesta de medicamentos permaneciendo hospitalizada por varios días. Como antecedente relevante en la familia, falleció el padre hace cuatro meses, delegándole el cuidado de la madre, a lo que se agrega que su progenitora presenta duelo por la pérdida del esposo, con negación a la partida, así como ideas de daño hacia ella y a la hija; se agregan problemas del orden económico, social y comunitario.

Intervención del Trabajo Social

El presente caso social, desde el ámbito de la salud mental, representa un desafío en la intervención del trabajador social debido a que es uno de los primeros profesionales en tener contacto con el usuario. Durante la primera entrevista se genera la información y la detección de factores de riesgo, escenario en el que el trabajador social no puede sólo considerar el factor económico. En una sinergia, la entrevista, como un fenómeno de interacción con ese otro, no puede desvincularse de la dimensión económica de la situación-problema de la persona, así como de la historia cronológica familiar que sólo el discurso y la narración del doliente vierte en ese espacio íntimo con el profesional. Carballeda (2012) denota que el individuo no sólo es un cuerpo enfermo, un número de cama o un caso más, sino que existe algo más que demanda tener una necesidad y solo cuenta con su voz y narración para hacer saber su trama social y de salud. En este sentido, si se con-

sidera estrictamente lo anterior, el profesional debe asumir su rol ético y reconocer los campos de acción dados por su disciplina.

Para el caso que se expone, es visible que parte de la problemática se encuentra en la familia, una progenitora que acude a atención psiquiátrica para su hija, pero que a su vez no está considerada como paciente, colocándose al margen de la enfermedad de la hija. El vínculo familiar, en su interacción, se encuentra debilitado, a esto se agrega la escasa red familiar y una historia de antecedentes de violencia, depresión, suicidio, intentos de suicidio, ideas de suicidio colectivo y pérdidas significativas (esposo, abuela materna y hermano), entre otros factores. Lo expuesto se puede considerar como ese elemento endógeno de la familia, pero alrededor se generan otros aspectos del orden económico como el desempleo, inestabilidad de la vivienda, el medio de convivencia social con la comunidad fracturado (agresiones físicas con vecinos), e incluso se puede agregar que no hay acceso a servicios de salud especializados en su entidad federativa.

Cada aspecto, por mínimo que sea, es importante para dimensionar el espacio en que el trabajador social se ha adentrado, y que a su vez, se vuelve en un testigo social del doliente que le permite, desde sus capacidades del conocimiento, realizar una intervención con mayor objetividad, es decir, buscar las causas reales, pero los entramados familiares en su complejidad dirigen al profesional a priorizar necesidades que incluso el mismo individuo no percibe. Por tanto, la intervención deberá estar dotada de una visión dirigida a la prevención y vulnerabilidad del individuo, es por ello que el tiempo de intervención es único para el trabajador social debido a que los hallazgos en la información del individuo contribuyen en la construcción del diagnóstico social y la aplicación de etapas clave como la información, educación o reeducación, sensibilización y concientización en el sujeto, considerando las fortalezas y resiliencia del individuo.

Es así que no sólo la dimensión médica es única en la atención de los individuos, el profesional debe crear una dimensión paralela que denote el espacio social como fortaleza en la familia en la que ella misma puede incidir de manera directa, elementos que están en la posi-

bilidad del individuo, esto es, crear desde lo social, que el individuo identifique la fortaleza social como un recurso que puede utilizar en su situación problema. Miranda (2003, p. 9) menciona "Saul Alinsky solía contar y que se refiere a aquel sujeto que paseando por la ribera de un río observa cómo van bajando, arrastrados por el agua, diversos cuerpos, y un pescador, uno tras otro, una y otra vez, se lanza al río, extrae los cuerpos, los reanima y salva su vida. Pero llega un momento en que el pescador decide ignorar al último candidato a morir ahogado y empieza a correr, aguas arriba, para tratar de descubrir la causa del problema: quién y por qué estaba tirando al agua a tanta pobre gente. [...] en la medida en que no se haga nada en las causas originales, estaríamos rescatando cuerpos, poniendo parches a las situaciones". Es así que el profesional debe llegar a esas causas en lo singular del individuo e incluso ir más allá, es decir, considerar también el contexto institucional, el cual propicia espacios de intervención debido a sus normas y por el tipo de población que atiende en el ámbito de la salud mental; en este caso, los niños y adolescentes. Esta particularidad crea escenarios que convergen con los derechos universales, derechos de la niñez y derechos constitucionales que salvaguardan la integridad física, emocional y psicológica de este grupo vulnerable, y debe ser un aspecto a considerar dentro de la intervención del profesional.

Por otra parte, desde el ámbito teórico, en el presente caso se refleja lo que menciona Bauman (2012) en función de las relaciones de bolsillo, en las que la individualización se antepone, evitando el desgaste del compromiso al relacionarse, una liquidez en las vinculaciones humanas que crean redes momentáneas, las cuales no fueron solidificadas en la historia personal del individuo.

Referencias

- Ander-egg, Ezequiel (1992), *Reflexiones en torno a los métodos del Trabajo Social*, México, El Ateneo.
- (1996), *Introducción al Trabajo Social*, España, Siglo XXI.

- Bauman, Z. (2012), *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Fondo de Cultura Económica.
- Cano, L., M. Medina-Mora y T. Corona (2014), *Enfermedades neurológicas y psiquiátricas y sus determinantes sociales: experiencias de Trabajo Social en el campo de la investigación e intervención colaborativa*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carballeda, A. M. (2012), "La intervención del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas", *Margen*, núm. 65, pp. 1-13.
- Eguiluz, L. L. (2010), *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?*, México, Pax México.
- Miranda, A. M. (2003), *Pragmatismo, interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*, tesis doctoral, Tarragona, Universitat Rovira I Virgili. Disponible en <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8406/1_introd.doc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- OMS (2018), *Suicidio*, OMS. Disponible en <<http://www.who.int/topics/suicide/es>>.

CULTURA DE LA LEGALIDAD: JÓVENES, NORMAS Y REGLAS

*Vania Pérez Morales**

Resumen

El presente artículo es una reflexión sobre cómo las/los jóvenes entienden los marcos normativos en su vida y cómo éstos influyen en la formulación de una cultura de la legalidad. Asimismo, se hace un símil entre los marcos normativos y los límites sociales, que ayudan a explicar la diversidad de factores que pueden influir en el comportamiento de los jóvenes ante las normas en México, entre las que influyen las diferencias sociales, culturales o económicas.

Palabras clave: cultura de la legalidad, Estado de derecho, normas, legalidad.

* Doctora en Ciencias Políticas por la UNAM. Ha colaborado en organizaciones de la sociedad civil, la academia, gobierno y organismos internacionales en temas relacionados con la cultura de la legalidad, Estado de Derecho, seguridad ciudadana, integridad, anticorrupción y participación ciudadana. El presente artículo contiene un extracto de su tesis doctoral. Correo electrónico: <vaniapm@comunidad.unam.mx>.

Introducción

Con la finalidad de entender la cultura de la legalidad en los jóvenes, resulta relevante conocer cómo se entienden los marcos normativos desde su vida cotidiana, para lo cual es útil revisar los estudios en la materia. En este sentido, los marcos normativos, en teoría, son los límites sociales que ponen en igualdad de condiciones a las personas, pues son los mismos para todos y su incumplimiento merece una sanción, aunque en la práctica de México, no funcione a cabalidad. Sin embargo, hay una diversidad de factores que puede influir en el comportamiento de los jóvenes ante las normas, entre las que influyen las diferencias sociales, culturales o económicas.

La regulación de la interacción de las personas en la vida cotidiana se efectúa mediante una serie de reglas y normas necesarias y útiles para establecer acuerdos compartidos por los grupos y la sociedad en su conjunto. Así se determinan las pautas de conducta deseables y la percepción de la forma correcta de hacer las cosas. En esta normatividad, se ubican los límites sociales presentes a diario en muchas situaciones de la vida, en cuyo manejo hay distintas alternativas para afrontarlos: puede optarse por obedecer, por no hacer caso y transgredir, por tratar de cambiar los límites por medio de la negociación o por retirarse de la situación en la que se presentan. Los estudios acerca de la actitud de los jóvenes hacia los límites sociales realizados en diversos países demuestran que, en la mayoría de los casos, los jóvenes prefieren ajustarse a los límites (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 86).

En este sentido, los límites sociales se definen como las reglas, leyes, normas, valores o expectativas que existen, de manera explícita o implícita, en el medio ambiente del joven, que regulan y delimitan su comportamiento.

Tales límites sociales a veces se presentan como una orden (lo que se debe hacer); otra, como una prohibición (lo que no se debe hacer), provienen

del mundo de los adultos y constituyen las reglas de convivencia que se requieren para la reproducción social. En el ámbito personal, las reglas establecidas ayudan al individuo a evitar problemas e inseguridad acerca de lo que es una conducta socialmente (in)deseable (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 87).

Para los jóvenes, como para la población en general, la toma de decisiones en torno a acatar la norma o no, tiene que ver con tres niveles: el más básico es el miedo a la sanción, el segundo por quedar bien con alguien más y el tercero por convicción; la cultura de la legalidad espera que se tome la decisión por convicción, sin perder de vista que nuestras decisiones impactarán en los demás y de no cumplir el marco normativo podríamos tener una sanción.

Los jóvenes se comportan de una u otra forma a partir de lo que podríamos llamar límites sociales, para lo cual es relevante entender que esta idea se compone de elementos cognitivo, afectivo y conativo. Lo anterior se puede entender a partir de patrones de reacción, es decir, cómo es que los jóvenes se enfrentan a situaciones potenciales en su vida cotidiana y cómo éstos pueden convertirse en un enfrentamiento a sus límites sociales. Esos patrones pueden aglutinarse en reacciones conocidas, reacciones preferidas y motivaciones (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 87).

En este esquema, las reacciones conocidas aluden a lo que podría hacerse, a las posibles alternativas de acción en cierto contexto, y constituyen la dimensión cognitiva de la actitud. La reacción preferida es la que el joven elige en la misma situación, lo que él haría, y representa el elemento conativo. La motivación indica el porqué de la reacción preferida y se relaciona sobre todo con el aspecto afectivo de la actitud (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 88).

La clasificación mostrada a continuación, aglutina las respuestas o motivaciones a las que pueden responder los jóvenes:

<i>Reacciones (conocidas y preferidas) respecto de los límites sociales</i>	<i>Motivaciones</i>
Ajustarse a los límites	Dimensión social: motivaciones orientadas hacia sí mismo o hacia el otro/la sociedad.
Transgredir los límites	Dimensión temporal: motivaciones orientadas hacia el presente, la situación misma o hacia el futuro,
Cambiar los límites mediante la negociación	
Retroceder de la situación en la que se presenta el límite	

Fuente: elaboración propia, con información de Oudhof, González y Zarza, 2010, pp. 88-89.

Los autores citados emplearon instrumentos situacionales, es decir, con situaciones que pueden ocurrir en la vida cotidiana, con el fin de entender los límites sociales, lo que para un joven implica el manejo de algún límite social; a partir de ello, establecieron los patrones de reacción que los jóvenes muestran, que se explicaron en la tabla anterior.

Las investigaciones efectuadas con grupos de jóvenes en Holanda, Alemania, Canadá, Bélgica, Estonia, Eslovaquia y Nueva Zelanda, cuyos resultados más significativos son expuestos, revelan que en el grupo de los jóvenes sin problemas conductuales, que no ha tenido contacto con la ley, existe un patrón estándar internacional en cuanto a los límites sociales en el cual el tipo de reacción de ajustarse es dominante, tanto en las reacciones conocidas como en las preferidas, seguido por el de transgredir los límites (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 89).

Llama la atención el tema de la negociación en el artículo citado, ya que es un tipo de reacción poco conocida a la que casi no se hace referencia, mientras que retroceder es la reacción que menos se elige. Los autores explican que las motivaciones de los grupos se orientan principalmente "hacia sí mismo y hacia el presente (la situación "aquí y

ahora”) mostrando, con ello, poca abstracción social y temporal” (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 89).

Asimismo, las motivaciones orientadas hacia el otro, o la sociedad, son menos comunes, afirman, y las que se enfocan hacia el futuro se presentan muy poco. Los porcentajes hallados en los diferentes países que han reportado resultados son muy similares, “lo que parece apuntar a que este patrón estándar representa las actitudes con las cuales grupos de adolescentes logran enfrentar los límites sociales sin provocar problemas a ellos mismos ni a su entorno” (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 89).

La comparación de los patrones de reacción por sexo en los grupos investigados en Holanda, Alemania y Bélgica, arrojaron las siguientes tendencias (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 89):

- a) Las mujeres conocen más reacciones; en particular, los tipos de ajustarse a los límites y negociar.
- b) El efecto de género más evidente se ha detectado en las intenciones conductuales, representadas por las reacciones preferidas: las adolescentes tienden a ajustarse más a los límites y a negociar más, mientras que en los hombres hay mayor inclinación a transgredir los límites.
- c) Las diferencias entre hombres y mujeres en las motivaciones son inexistentes o muy pequeñas.

También hay que mencionar que si bien no hay estudios específicos para entender los límites sociales y apego a marcos normativos, sí hay un número importante de fuentes bibliográficas que pueden ayudarnos a entender el comportamiento de los jóvenes a los que podríamos llamar a una cultura de la legalidad.

La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2018 constata que para el 2017, la mayoría de los delitos registrados (33.6 millones de delitos asociados a 25.4 millones de víctimas) donde la víctima pudo reconocer la edad de su victimario

(hombres jóvenes de 25 años de edad o menos), la mayoría de los ilícitos fue el robo a transeúnte o en transporte público.

En el ámbito de los valores, un estudio de ITO (2001) demuestra que ciertos antivalores relacionados con la transgresión de las normas sociales, como la violencia y la agresividad, son asociados con mayor frecuencia al rol masculino que al femenino. Asimismo, en un estudio nacional sobre los intereses, necesidades y costumbres de los adolescentes llevado a cabo por el sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en 1994, se encontró que en ambos sexos predomina un rechazo generalizado hacia el robo y el hacer cosas ilegales con amigos; no obstante, son las mujeres quienes más se oponen a este tipo de conductas. Estos antecedentes determinan que, entre la población mexicana, en general, así como en los jóvenes, en particular, se da una diferenciación genérica en el manejo de la normatividad social, pues en los hombres existe una mayor inclinación a la transgresión que en las mujeres (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 91).

La investigación analizada por Oudhof van Barneveld, hace reflexionar sobre los límites sociales con una tendencia mayor a jóvenes del sexo masculino. Sin embargo, entre hombres y mujeres jóvenes hay una similitud considerable en los tres componentes que se analizan y relacionan con las actitudes, es decir, lo cognitivo, afectivo y conativo, lo que nos ayuda a entender que en la sociedad las formas de manejar las normas y reglas no son radicalmente distintas según género.

La mayor diferencia entre sexos se encuentra en el componente conativo de la actitud, donde se halló que las mujeres tienden "a ajustarse y a negociar más, y los hombres transgreden los límites más a menudo. Diferencias similares entre hombres y mujeres se hallaron en las investigaciones realizadas en Holanda, Alemania y Bélgica. De esta manera, la diferenciación por género en la actitud de los adolescentes hacia los límites sociales parece darse en diversos contextos, sin exhibir muchas variaciones transculturales" (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 97).

Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres distan mucho entre los países analizados, pues los jóvenes del sexo masculino tienden a transgredir más la normatividad social. "Esto se relaciona con el hecho de que, en todos los países, la mayoría de las personas que comete delitos son hombres; la conducta delictiva es vista, por lo general, como un comportamiento típicamente masculino. Además, los hombres en la edad de la adolescencia tienden a ser más agresivos y romper más reglas, mientras que las mujeres muestran conductas más pro-sociales y ajustadas a las reglas" (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 98). Lo anterior se puede comprobar con los datos extraídos de la ENVIPE 2018.

Los datos obtenidos en el estudio coinciden de forma parcial con las características del proceso de socialización y de las prácticas de crianza, según género, en México. Ello se observó en particular en la comparación de las reacciones preferidas, donde los hombres presentan una introyección más transgresora de los límites sociales que las mujeres, como consecuencia de su mayor libertad y de la flexibilidad con la que se interpretan los límites para ellos.

Las mujeres, en cambio, optan más por ajustarse a los límites sociales y por negociar, y rompen las reglas con menos frecuencia que los hombres, lo que corresponde con los datos del estudio nacional entre adolescentes elaborado por el DIF (1994), en el cual se expone que las mujeres muestran mayor rechazo que los hombres hacia el robo y el hacer cosas ilegales con los amigos.

Desde esta perspectiva, también se esperaba que las mujeres dieran más motivaciones orientadas hacia el otro, como resultado del aprendizaje social que tiende hacia la abnegación, el autosacrificio y el cuidado de otras personas, en especial en las familias más tradicionales. Lo anterior llevaría a pensar que las mujeres quizá tomen más en cuenta los intereses y la situación de otras personas cuando deben manejar la normatividad social. A pesar de ello, en la comparación de las motivaciones por género, no se estableció alguna diferencia significativa entre hombres y mujeres (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 98).

Los jóvenes y adolescentes, no importando su sexo, se orientan por sus propios deseos y por lo que consideran correcto frente a una situación donde se ponen a prueba, lo que los autores llaman, sus límites sociales. También se destaca que las mujeres no muestran mayor subordinación o una actitud servicial hacia otras personas.

Si bien en las conclusiones del estudio en comento se afirma que el género es un factor con cierta influencia sobre el manejo de los límites sociales en los sujetos jóvenes, no pueden sobreestimarse, pues "es específico, en la inclinación conductual que manifiestan hombres y mujeres cuando estos límites se presentan en la interacción cotidiana. Sin embargo, la similitud en los patrones que se hallaron para ambos sexos señala con claridad que las variaciones no son muy grandes" (Oudhof, González y Zarza, 2010, p. 98).

Respecto al tema de cómo entender las normas en México, elementos medulares para poder abordar una cultura de la legalidad, según un estudio titulado *Creencias y normas en México: una actualización del estudio de las premisas psico-socio-culturales*, la cultura en los mexicanos puede comprenderse a través de elementos como:

(a) Reglas y expectativas sociales a partir de las cuales un grupo regula la conducta de sus miembros; (b) ideas o patrones de creencias acerca de cuál es la conducta correcta o esperada de un grupo en particular; y (c) reglas que establece un grupo en relación con lo que resulta apropiado o inapropiado, en términos de comportamientos y formas de pensar, sentir y ser. En síntesis, las normas son reglas y expectativas sociales a partir de las cuales un grupo regula la conducta de sus miembros, convirtiéndose en la memoria colectiva de los individuos; del mismo modo, fundamenta las ideas o patrones de creencias acerca de cuál es la conducta esperada de un grupo o individuo en particular (Díaz-Loving *et al.*, 2015, p. 3).

Este grupo de investigadores asevera que las normas y creencias de un grupo determinado son importantes y características centrales para describir una cultura, pues ésta, "junto con el lenguaje, los valores y las prácticas" que constatamos en la vida cotidiana ayudan a "cono-

cer la estructura normativa de un grupo y las creencias que cada individuo ha construido con base en su experiencia, se puede comprender y saber la influencia que ese grupo y cada individuo tiene sobre el comportamiento de sus miembros" (Díaz-Loving *et al.*, 2015, p. 4).

Así, las normas son las pautas que ayudan a entender los lineamientos de comportamiento en los sujetos de estudio, "mientras que las creencias se pueden entender como el contenido del pensamiento". Lo que resulta interesante es cómo los procesos formativos (formales o informales), es decir, la educación, es un factor primordial, pues son las normas aprendidas a temprana edad las que se consideran "como categóricas y universales dentro del grupo de referencia, por lo que poseen, para sus miembros una función de guía de la conducta" (Díaz-Loving *et al.*, 2015, p. 4); así se regula el comportamiento social al que los individuos que vivan en ese grupo se deberán ajustar.

Lo expuesto podría ayudar a explicarse por qué una persona que trata de pertenecer a un grupo social determinado, intenta imitar las normas y creencias de dicho grupo, o incluso el propio grupo puede servir como termómetro para saber si dicho individuo puede pertenecer a él o no.

Para poder vivir las normas y creencias de un grupo, el lenguaje jugará un elemento importante, pues una de sus funciones es la de crear y seguir las reglas.

Éstas contribuyen a guiar el comportamiento de los individuos como las orientaciones que da el maestro a los padres de familia, el médico a sus pacientes, el psicólogo a sus consultantes o las que se observan en las señales de tránsito. Tales orientaciones son útiles porque en gran medida resultan efectivas en la crianza de los niños, contribuyen a mejorar la salud, adaptarse mejor al ambiente o movilizarse de forma eficiente.

El comportamiento guiado por reglas se constituye en uno de los mecanismos que se encuentra vinculado en los procesos de aprendizaje; mecanismo que puede aplicarse para comprender las relaciones transactivas que pueden establecerse entre los individuos que comparten un mismo ambiente, por ejemplo, la escuela, la empresa, o el espacio público en el medio urbano.

De este modo, al asumir la ciudad como escenario de formación, las reglas juegan un papel importante desde el punto de vista educativo para alcanzar la convivencia, por cuanto median las diferentes formas de relacionarse entre extraños, a través de la autorregulación y el reconocimiento del "otro" (Burbano, 2009, pp. 28-30).

"Las reglas son descripciones verbales que ofrecen la oportunidad de relacionarse de forma apropiada con el entorno; otras personas u objetos a partir de las consecuencias que anuncian sobre el ambiente" (Burbano, 2009, p. 30). Justamente el Estado de Derecho, al ser un sistema conformado por marcos normativos, donde la igualdad es el elemento fundamental, provee la seguridad, por lo menos en términos teóricos, de que todos somos iguales ante la ley.

Se dice que nuestro Estado de Derecho posee la característica de poderse crear a partir de la participación ciudadana, procesos democráticos, lo que en términos llanos sería elaborar normas para uso y beneficio del colectivo que ayuden a regular los comportamientos esperados por sus integrantes.

Así, se parte del reconocimiento de que en los escenarios colectivos, las reglas que regulan la interacción entre las personas han sido construidas, en unos casos, dentro de un proceso natural del uso cotidiano arraigado en una tradición cultural en distintos tipos de escenarios, y en otros, han sido creadas de manera más formal como en los concejos municipales, las comunidades de vecinos, organizaciones comunitarias o establecimientos educativos, cuando no han tenido que ser reguladas de manera jurídica, a través de instrumentos legales del tipo leyes y decretos (Burbano, 2009, p. 30).

Los grupos sociales crean sus propios mecanismos para fortalecer la convivencia y destacar el carácter de igualdad; dichos mecanismos permitirán la regulación colectiva, pero también la autorregulación por querer pertenecer. También estos marcos normativos ayudarán a dirimir conflictos y establecer castigos para su violación, incluyendo

los ámbitos en que se pueda desenvolver un individuo, por ejemplo, el trabajo, la familia, los vecinos y aquellos ambientes donde se mueva; en ocasiones existirán marcos normativos diferentes para los distintos escenarios donde se relacione éste.

Por ello, Andrea Milena Burbano en su texto *La convivencia ciudadana: su análisis a partir del "aprendizaje por reglas"*, menciona que hay manuales de convivencia que se conciben como conglomerado de reglas verbales sobre comportamientos esperados. Esos manuales no necesariamente son escritos, sino en muchas ocasiones son de carácter simbólico aprendidos durante el desarrollo y convivencia en el colectivo.

Dichos manuales se entienden como iniciativas que proponen:

Lograr que las personas actúen por el respeto y reconocimiento por el otro, sin temor a ser sancionados, lo cual se debe reflejar en una armoniosa vida en sociedad. Suponen, a través de un catálogo, mostrar las conductas y deberes que se deben seguir para mejorar las relaciones familiares, barriales y con la ciudad. Se encuentran orientados a generar cambios en las conductas que, aunque sean aceptadas socialmente, no contribuyan a la convivencia (Burbano, 2009, p. 31).

Esos manuales incluyen reglas de convivencia para el colectivo que se relaciona en un espacio público poniendo "énfasis en los mecanismos de regulación del comportamiento que observamos de las personas en sus interacciones con el ambiente físico y las que establecen los individuos entre sí, formas de actuación que contribuyen a darle carácter al tipo de lugar en el que se dan tales transacciones entre individuos" (Burbano, 2009, p. 31).

Y es que en todos los procesos de interacción entre los individuos hay reglas, sin importar si éstas son positivas o negativas, que se pueden aglutinar entre las de carácter social, moral o jurídico.

A continuación, se describe cada una de ellas (Burbano, 2009, p. 32):

1. Las reglas sociales podrían entenderse como las que socialmente deben seguirse, y a las cuales se deben ajustar las conduc-

tas, tareas y actividades de las personas. Su incumplimiento no implica una sanción institucionalizada, aunque sí algún tipo de recriminación o reproche social. Éstas puede que no se encuentren escritas en ninguna parte, pero pueden provenir de la interacción entre iguales y regir conductas sociales hasta llegar a definir, con su cumplimiento, la pertenencia a un grupo social determinado.

2. Los marcos normativos morales logran asimilarse a modelos definidos que orientan los comportamientos en situaciones especiales, donde la moral indica la respuesta del comportamiento que se va a realizar con supuestos orientados a lo que es bueno, justo y honrado en determinadas circunstancias.
3. Las normas jurídicas, que se encuentran en reglamentos u ordenamientos, donde su violación es considerada como un acto indebido que conlleva a sanciones.

Dichos marcos normativos ayudan a salvaguardar el bien común de la comunidad, el que intrínsecamente está entendido por los miembros que lo componen. "Adicionalmente, muestra una clara intencionalidad hacia el fin último de favorecer la convivencia ciudadana a través de acciones educativas preventivas y reparadoras y, sólo en el caso extremo, mediante la aplicación de medidas correctivas que establecen sanciones o castigos por el incumplimiento de las reglas o las normas" (Burbano, 2009, p. 34).

En resumen, las reglas, no importa a cuál de las tres familias anteriores pertenezcan, sirven para la convivencia, donde uno de los principales supuestos es el del "reconocimiento y respeto por la diferencia y la diversidad, en un plano de libertad, de igualdad ante la ley y de solidaridad, dentro del marco de la vida en sociedad. En la misma dirección asume la solidaridad como elemento principal de la convivencia, la cual implica que las personas deben prestarse apoyo entre sí y ayudar a quienes se encuentren en situaciones de vulnerabilidad" (Burbano, 2009, p. 34).

Las reglas serán validadas por el colectivo, teniendo una consecuencia al validarse como correcta o inapropiada.

La importancia del concepto de reglas del lugar radica en que al lograr visibilizar los comportamientos deseados a partir del conjunto de reglas que contribuyen a que éstos ocurran, y conseguir la difusión de las reglas mediante procesos educativos o normativos se busca, en últimas, que las personas se autorregulen, contribuyendo a crear y mantener prácticas culturales deseables que puedan ser transmitidas en el transcurso del tiempo entre generaciones. En la medida en que los individuos conozcan y se formen en las reglas, se hace posible la autorregulación evitando así las acciones de policía, que generan consecuencias de tipo legal, cuando se infringen reglas que se han normalizado (Burbano, 2009, p. 41).

El lugar donde las reglas cobran un verdadero significado es donde los individuos buscan la convivencia o donde se relacionan en la vida cotidiana (familia, trabajo, amigos, calle, etc.), es decir, lo que Andrea Milena llama escenarios colectivos. Estos escenarios colectivos es donde las reglas se aprenden, significan y viven, ayudando a su respeto o no. En el texto citado, donde se profundiza sobre el espacio público y las reglas, se coincide en que dichos "escenarios colectivos" ayudan a que los individuos puedan apropiarse de los mecanismos y adquirir cierta identidad. Las reglas ayudan a dar identidad a los individuos, no importando si éstas constituyen una cultura de la legalidad o no.

En este análisis conviene mencionar que hay una línea de estudios vinculados con la "justicia procedimental", que se complementa con la socialización de las reglas en jóvenes. Parte de la premisa de que sus primeras experiencias con instituciones y actores ligados con la ley son lo que configurarán sus percepciones y las actitudes posteriores hacia la ley, así como una mayor disponibilidad de colaboración con las instituciones legales, siendo la policía una de las principales autoridades. Es decir, aquellos jóvenes que a temprana edad tuvieron buena relación con las instituciones o figuras que se relacionan con la ley (o que ellos consideran que se relacionan con la ley) tendrán una mayor disponibilidad de colaborar con ella; mientras que malas experiencias

tempranas disminuirán esa conformidad y la disponibilidad a colaborar con la ley (Alvarado, 2015, p. 77).

En este proceso de socialización legal, siguiendo a Arturo Alvarado, es central abordar la legitimación de la ley y de las instituciones, donde su socialización, desde el punto de vista legal, comprende tres dimensiones:

1. *Legitimidad institucional*. Traducido en el sentimiento de confiado a las instituciones legales y sus actores, como el grado en que las personas sienten que deben obedecer las disposiciones de las autoridades relacionadas con lo legal, incluso si dudaran de los actos de legalidad cometidos por las autoridades; aunque en ocasiones pueda considerar que la ley es correcta.
2. *Cinismo acerca del sistema legal*. "Su base son los estudios sobre anomia, pero con el tiempo se han vinculado más bien a los estudios de subculturas urbanas y las formas en que expresan una relación distinta con la ley. Las personas cínicas, legalmente hablando, son aquellas que tienden a desafiarse de las leyes, actuar y determinar su conducta en función de su interés personal, aun cuando éste vaya contra la norma" (Alvarado, 2015, p. 78).
3. *Retraimiento moral*. "Presupone que la conducta adolescente es configurada con arreglo a valores morales y que la conducta ilegal es inconsistente con los valores morales. En la medida en que una persona separa conductas de los valores morales que le darían freno, mayor es la tendencia a emprender acciones, en particular delitos, inconsistentes con dichos parámetros" (Alvarado, 2015, p. 77).

Lo que se espera es que una "buena sociedad" sea aquella donde hay una conformidad hacia la ley y las autoridades, lo que se puede considerar como una "sociedad respetuosa de la ley" (*la abadengo soviet*), puesto que este tipo de sociedades, "formalmente no requeriría muchos esfuerzos adicionales para lograr el control social del delito, ya que la necesidad de regulación por mecanismos de disuasión pue-

de ser minimizada”, donde se consideran sociedades diferentes a la estadounidense.¹

Si bien la autorregulación en una sociedad, en términos de cultura de la legalidad, de un apego a la norma, sería lo deseable, pues se pondría menos énfasis en la vigilancia y control de la ciudadanía, no necesariamente está comprobado que sea lo mejor o que dicha sociedad sea infalible. El autor menciona en el diario satírico *Charlie Hebdo*, los atentados en Francia durante enero de 2015 que dejaron una docena de muertos cuando dos hermanos musulmanes irrumpieron en las instalaciones matando a colaboradores, por publicar caricaturas de Mahoma.

Es decir, es difícil probar que una sociedad autorregulada funcione mejor que la sometida a la ley o la que no se educa en el tema. Sin embargo, si hablamos de la construcción deseable de una cultura de la legalidad, donde las normas sean entendidas como beneficio para la convivencia, en el interior de dichas sociedades se obtendrá legitimidad de las prácticas que realiza la autoridad, y que no necesariamente está relacionado con el buen desempeño de las instituciones. Acatar las normas tiene que ver más bien con el posicionamiento del colectivo frente a las normas; donde entrarán los recuerdos más antiguos de dichos jóvenes con las reglas, ayudando o no a reforzarlas.

A medida que se pasa de la niñez a la adolescencia aumenta el cinismo legal, disminuye la legitimidad y aumenta el retraimiento moral. El cinismo legal y la legitimidad estarán influidos claramente por la justicia de procedimiento, en el sentido que experimentar personalmente injusticias de procedimiento incrementa el cinismo y disminuye la legitimidad institucional. Por su parte, el retraimiento moral estará más influido por el grupo de amigos y por contextos barriales muy violentos, de crimen alto.

Nuestros hallazgos tratan de mostrar los factores influyentes en la construcción de cada una de estas dimensiones de la “socialización legal”. Lo que es interesante de estos textos es que muestran que en la niñez y en la

¹ El autor comenta que la idea podría ser revisada, pues de las sociedades de las que se habla, no se explica lo ocurrido en los acontecimientos de Europa en enero de 2015.

primera adolescencia, la conformidad con la ley y la legitimidad de las autoridades es alta. En gran medida, las relaciones que niños y adolescentes establecen con la autoridad van limitando o minando su legitimidad y, por ende, la conformidad con la ley y cualquier idea de colaboración con ella. Si la percepción de justicia de procedimiento es mala, la percepción de la ley será muy baja, siendo una clave de lectura importante en nuestro contexto en los esfuerzos por explicar el delito juvenil (Alvarado, 2015, p. 80).

Sin embargo, hay que acercarse a las personas que rodean a los jóvenes, así como las situaciones que condicionan su actuar frente a las leyes. Hay que resaltar que, si las instancias gubernamentales son opacas o aplican la norma a discrecionalidad, generarán incertidumbre y mucho ayudarán a una construcción negativa de lo que son las instituciones.

La forma como las autoridades aplican la ley no está en correspondencia directa con la norma general, y las sanciones que aplican (su severidad o benevolencia) tampoco están en correspondencia con la importancia (gravedad) de la falta, sobre todo cuando un político o un joven rompen una regla. Muchos jóvenes rechazan esta aplicación discrecional de la norma; otros más, como lo mostraremos, extraen consecuencias o razonamientos generales de estos actos. Esto no significa, sin embargo, que su comportamiento sea cínico. Más bien hay una visión casuística-pragmática de la norma. Porque ellos ven que la legalidad y la justicia están sujetas a una aplicación arbitraria del poder (de la elite) (Alvarado, 2015, p. 80).

Comentarios finales

En ocasiones se cree que los jóvenes tienden más al cinismo legal; sin embargo actúan con relativismo frente a la ley por dos motivaciones: "primero, porque las aplican casuísticamente y segundo porque adoptan, aceptan y practican las normas de diversos códigos éticos y legales sin que exista correspondencia con ellas" (Alvarado, 2015, p. 81). Además, los jóvenes creen que las autoridades que piden que se acate

la norma son incongruentes, porque la dictan de forma arbitraria, según su percepción, donde se justifica la violación de la norma. Mucho tiene que ver cómo es que se relacionaron con las normas e instituciones que se encargan de ellas, desde sus círculos cercanos, sobre todo familia y amigos; dicha relación es la que dará la respuesta de los jóvenes a la forma en que se relacionan con las normas.

La construcción social que los jóvenes hagan sobre las normas y cómo interactúan desde una cultura de legalidad o no, depende en gran medida de lo aprehendido en la familia y cómo fueron impuestos los límites con los cuales lidiaron para desarrollarse socialmente en sus núcleos primarios (amigos, escuela, relaciones de pareja, etc.).

Arturo Alvarado quiso indagar más sobre la relación de los jóvenes de distintas ciudades con las normas, por lo que realizó grupos focales para encontrar respuestas. Sus hallazgos son relevantes, pues muestran que la mayoría de los jóvenes manifestaron tener problemas de conocimiento y aplicación de la ley por parte de la autoridad, y de percepción de legitimidad y justicia de la ley y de los actos de autoridad, así como un no vago conocimiento de sus derechos; pocos de los jóvenes (universitarios de Brasil y miembros de una asociación civil en Medellín) participantes en estos grupos focales alcanzaron a describir sus derechos, obligaciones y las de las autoridades. Lo cual, podríamos inferir, tiene que ver con la formación que estos jóvenes tuvieron de sus familias y cómo las normas fueron adquiridas en sus relaciones con hermanos, padres y amigos, que más tarde fueron reflejadas en sus interacciones sociales.

Otro de los temas destacados fue la ambigüedad respecto al tema de legitimidad y legalidad. "Por ejemplo, en la ciudad de Cali prevalecen las actividades informales en un ambiente donde la falta de oportunidades legítimas dentro de la sociedad no deja opciones. Los jóvenes viven en medio de esta relación ambigua, de esta informalidad 'cotidiana', omnipresente, en donde coexiste la ilegalidad" (Alvarado, 2015, p. 84). Esto podría perfectamente aplicarse para México, lo que origina algunos problemas, por ejemplo, cuando se pregunta a las personas sobre la compra de piratería, ellos refieren que es un acto ilegal, sin

embargo al preguntarles si ellos consumen piratería responden que sí, incluso es una actividad reconocida en las familias mexicanas, lo cual se justifica como una forma de acceder a bienes, incluso servicios, como medicinas apócrifas (Centro de Investigaciones para el Desarrollo).

Si alguien de su familia nuclear está muriendo y la única manera de conseguir medicamentos en haciéndolo en el mercado ilegal, los jóvenes aceptarían hacerlo; también si se tratara de ver el estreno más reciente en las carteleras cinematográficas o actos como beber u orinar en la calle, podrían ser reproducidos a partir de lo visto en la familia.

Otro de los hallazgos refiere que las instituciones formales y la escuela tienen un efecto limitado en los procesos de socialización de las leyes; los jóvenes reconocen en su vida cotidiana una discriminación doble, de la ley y de las autoridades por el hecho de ser jóvenes y pobres. La ley es entendida por lo que viven con las autoridades, no por lo que muestra la ley en términos estrictos. Lamentablemente esta es una realidad que viven un gran número de familias de bajos recursos y que sus hijos reproducirán más tarde gracias a la segregación de la propia sociedad. No sólo son las conductas aprehendidas en la familia, sino el rechazo que vivieron desde la primera institución que conocieron: el rechazo a su familia por parte del Estado de Derecho y la propia sociedad.

La percepción de la legalidad es un tema a considerar si se pretende hablar de las normas, pues de ahí se pueden obtener hallazgos relacionados con el contexto social y económico; sin embargo, es relevante apuntar que cada contexto será distinto y con características diferentes; no sólo por la cuestión geográfica, sino por las dimensiones socio-culturales de cada familia donde se desarrollan los jóvenes.

Referencias

Alvarado Mendoza, Arturo (2015), "Nociones de justicia, legalidad y legitimidad de las normas entre jóvenes de cinco países de América Latina", *Revista Sociedade e Estado*. Disponible en <<http://>

www.scielo.br/pdf/se/v30n1/0102-6992-se-30-01-00075.pdf>. Consultado el 2 de junio de 2019.

Burbano, Andrea Milena (2009), "La convivencia ciudadana: su análisis a partir del 'aprendizaje por reglas' ", *Revista Colombiana de Educación*, núm. 57, Colombia, UPN.

Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C. (CIDAC), *Piratería*. Disponible en <http://cidac.org/esp/uploads/1/PIRATERIA_Entendiendo_el_mercado_sombra_en_Mexico__1_.pdf>. Consultado el 24 de mayo de 2019.

Díaz-Loving, Rolando, Alicia Saldívar, Carolina Armenta-Hurtarte *et al.* (2015), "Creencias y normas en México: una actualización del estudio de las premisas psicosocioculturales", *Psykhé*, vol. 24, núm. 2, Santiago de Chile.

Encuesta Nacional de victimización y Percepción sobre Seguridad Pública. Disponible en <<https://www.inegi.org.mx/programas/en-vipe/2018>>. Consultado el 1 de junio de 2019.

Pérez, V. (2018), *La cultura de la legalidad en los jóvenes de la Ciudad de México*, tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México.

Van Barneveld, Hans Oudhof, Norma González López y Susana Silvia Zarza Villegas (2010), "La actitud de los jóvenes mexicanos hacia los límites sociales: un análisis desde la perspectiva de género", *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 12, núm. 2.

**PRÁCTICA DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE SENOS:
DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MUJERES
UNIVERSITARIAS***

Norma Cruz Maldonado¹

Jennifer Elizabeth Hernández Manzano²

Resumen

El cáncer de mama es la neoplasia más común entre las mujeres, ya que representa aproximadamente el 15% de los cánceres femeninos. Llama la atención que, a pesar de los múltiples apoyos públicos, sociales y privados para la detección oportuna de este padecimiento, cada día aumentan los casos con diagnósticos en fases terminales. La Nor-

* Este artículo es resultado de las actividades realizadas bajo el auspicio de la Catedra Especial José Vasconcelos. Distinción otorgada a la Mtra. Norma Cruz Maldonado por el H. Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Trabajo Social, en septiembre de 2018.

¹ Licenciada y maestra en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Técnico Académico Titular "C" de Tiempo Completo Definitiva adscrita al Centro de Estudios e Investigación Social en Discapacidad y Salud de la Escuela Nacional de Trabajo Social, y docente del Programa Único de Especializaciones en Trabajo Social y del Programa de Maestría en Trabajo Social. Correo electrónico: <norma_cruz_maldonado@entsadistancia.unam.mx>.

² Pasante de la licenciatura en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Becaria del proyecto PE307218 "Fundamentos teórico-metodológicos del Trabajo Social: Retos disciplinarios para la intervención social con familias". Correo electrónico: <manzanojenn@comunidad.unam.mx>.

ma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, enfatiza la importancia de la autoexploración de senos en población femenina mayor a 20 años.

Se encuestaron a 300 estudiantes universitarias para conocer las prácticas y actitudes que tienen sobre la autoexploración de los senos, así como identificar los factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama que prevalecen en ellas.

Los resultados no son alentadores, toda vez que el 48.7% no se realiza la autoexploración de los senos, un porcentaje casi similar señaló no saber cómo efectuar esta técnica, y 41.7% indica tener dudas de cómo realizarlo. La vergüenza, el miedo, la falta de tiempo y dinero son las causas por las que no practican la exploración de senos.

Entre los riesgos destaca que el 44.3% tiene al menos un familiar que ha padecido cáncer. Los cánceres más frecuentes entre los familiares de las alumnas son el de mama (24.1%), estómago (13.3%) y cervicouterino (11.6%).

Este padecimiento no puede continuar siendo reducido a un mero problema biológico, es innegable que las condiciones sociales, culturales y económicas son transversal en la prevención, detección, tratamiento y recuperación de las mujeres.

Palabras clave: cáncer de mama, autoexploración, educación para la salud, Trabajo Social, detección oportuna.

Introducción

En el caso de nuestro país, el cáncer es la tercera causa de muerte y se estima que cada año se detectan poco más de 120 000 casos nuevos, es decir, en promedio se detectan 333 nuevos casos al día. Se espera que el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama aumentará en un 46% para el 2030, principalmente por el envejecimiento y el cambio en los estilos de vida de la población (INEGI, 2016).

El cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer que más decesos generan en la población mexicana, principalmente entre las mujeres. Ante este contexto, la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2011), establece que la autoexploración de los senos es la primera práctica de detección temprana de este padecimiento.

Si bien, el cáncer de mama no puede prevenirse, se puede incidir en las determinantes sociales de salud que se encuentran asociadas a esta enfermedad, como el apego a estilos de vida saludables y en la generación de procesos de detección temprana. Por lo anterior, el objetivo de la investigación fue describir las prácticas y actitudes de las alumnas sobre la autoexploración de los senos, así como identificar los factores de riesgo que prevalecen en un grupo de mujeres universitarias relacionados con el cáncer de mama.

En consecuencia, se diseñó un instrumento integrado por 30 preguntas y 25 afirmaciones, que fue aplicado a 300 estudiantes de la licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México durante el semestre 2019-2.

Desafortunadamente los datos no son muy alentadores en el grupo de mujeres estudiadas. Por una parte, estas jóvenes presentan dos factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles: sobrepeso y sedentarismo; además, 25% de éstas tiene al menos un antecedente familiar de cáncer, destacando el de mama. Por otra parte, no tienen la información adecuada sobre la autoexploración de senos, y pocas lo realizan, y un porcentaje menor sabe realizarlo correctamente. Incluso persisten factores sociales y culturales que obstaculizan que esta estrategia de detección temprana sea incorporada como parte de su cotidianidad.

Consideraciones epidemiológicas para la intervención social en el cáncer de mama

El inicio del siglo **xxi** se vio marcado por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, generando que la pro-

porción de personas mayores de 60 años esté aumentando más que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), "entre 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2 000 millones en el transcurso de medio siglo", además prevé que el cambio demográfico será más rápido en países de medianos y bajos ingreso, por ejemplo, los países de Latinoamérica (OMS, 2016).

Esta transición demográfica marcó un nuevo escenario epidemiológico, en el que las enfermedades no transmisibles (ENT) desbancaron a las enfermedades transmisibles como las principales causas de mortalidad, en especial las enfermedades cardiovasculares y los diferentes tipos de cáncer.

Las llamadas Enfermedades No Transmisibles (ENT) o Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son padecimientos que se caracterizan por ser de amplia duración y progresión lenta. A finales del siglo pasado se advertía del importante incremento que comenzaban a presentar estos padecimientos entre la población; la preocupación de los expertos se centraba en el impacto económico que generaría para los sistemas de salud, así como los años de vida saludables perdidos y la discapacidad que suscitan en los enfermos.

En la *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, la Organización Mundial de la Salud (2000) reconoce que a finales del siglo XX las ENT habían "contribuido a casi el 60% (31.7 millones) de las defunciones mundiales y al 43% de la carga mundial de morbilidad. Sobre la base de las tendencias actuales se prevé que, para 2020, estas enfermedades serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la carga de morbilidad". Además, enfatiza que estos padecimientos contribuyen a acentuar las diferencias de salud entre los países, ya que "el 77% del total de defunciones atribuibles a las enfermedades no transmisibles se registraron en países en desarrollo, y el 85% de la carga de morbilidad que representan éstas afectó a países de ingresos bajos y medianos" (OMS, 2000).

A finales del siglo *xx*, los cánceres representaban la mayor causa de mortalidad entre las ENT. Para la Organización Mundial de la Salud, el cáncer "designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; [...] Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis" (OMS, 2017).

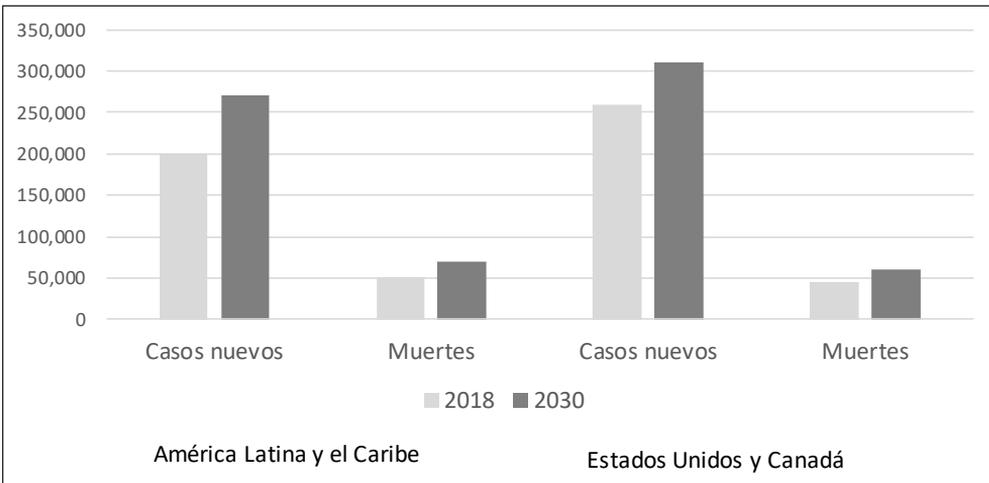
El cáncer es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, toda vez que representa:

1. Segunda causa de muerte en todo el mundo: en 2015 esta patología ocasionó 8.8 millones de defunciones, el 70% de éstas se registró en países de ingresos medios y bajos.
2. Mayores tasas de mortandad en países en desarrollo: si bien los países desarrollados exponen tasas más altas de nuevos casos, son éstos los que presentan menor mortandad por esta enfermedad, en contraparte con los países en desarrollo que muestran bajas tasas de supervivencia. Esta situación puede explicarse principalmente a deficientes estrategias de detección temprana, al bajo acceso a los servicios de salud, a diagnósticos en etapas avanzadas, a los insuficientes servicios de diagnóstico y tratamiento que se proporcionan en estos países.
3. Los cinco tipos de cáncer causantes del mayor número de fallecimientos son: cáncer pulmonar, cáncer hepático (también denominado cáncer de hígado), cáncer colorrectal (conocido también como cáncer de colon), cáncer gástrico (también denominado cáncer de estómago) y cáncer de mama (también llamado cáncer de seno).
4. Diferencias por sexo: los tipos de cáncer que generan mayor mortandad en las mujeres son de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago; mientras que en los hombres son los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado (INEGI, 2017; OMS, 2017).

Estas condiciones han acrecentado los años de vida saludables perdidos por cáncer, así como el costo que tiene para el sistema de salud pública y el impacto económico, psicológico y social que tiene para el enfermo y su familia. Esta situación empeorará, la Organización Mundial de la Salud espera que se incremente la incidencia de esta patología hasta un 40% en la próxima década, no sólo como resultado del cambio demográfico en América Latina, sino también del estilo de vida occidental que ha adoptado la población de esta región (OMS, 2018).

De acuerdo con el último informe de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud, presentado en el marco de GLOBOCAN 2012, el 70% de los fallecimientos por cáncer de mama se registran en países en vías de desarrollo (IARC, 2013).

Gráfica 1. Número de nuevos casos y muertes por cáncer de mama en 2018 y 2030.



Fuente: GLOBOCAN, 2018.

Así, el "cáncer de mama es el primer cáncer en las Américas en cuanto a casos nuevos y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en mujeres" (OPS, 2014). Las estadísticas han demostrado que existe una diferencia en la incidencia y mortalidad del cáncer mama entre países desarrollados y países en desarrollo. Si bien los países desarrollados exponen tasas más altas de nuevos casos, son éstos los que presentan menor mortandad por esta enfermedad; mientras que los países en desarrollo muestran bajas tasas de supervivencia. Esta situación puede explicarse principalmente a deficientes estrategias de detección temprana, al bajo acceso a los servicios de salud, a diagnósticos en etapas avanzadas, y a los insuficientes servicios de diagnóstico y tratamiento que se proporcionan en esos países (gráfica 1).

En nuestro país, la década de 1990 comienza a dar indicios de un nuevo perfil epidemiológico. Por primera vez las enfermedades no transmisibles desplazan a las enfermedades contagiosas, como la neumonía, viruela y diarrea, entre las primeras cinco causas de mortandad. Asimismo, es la primera vez que la mortalidad por tumores malignos se encuentra dentro de las primeras cinco causas de muerte en la población mexicana, situación que no ha cambiado en nuestros días, incluso han ganado terreno al ubicarse dentro de las primeras tres causas de fallecimientos (tabla 1).

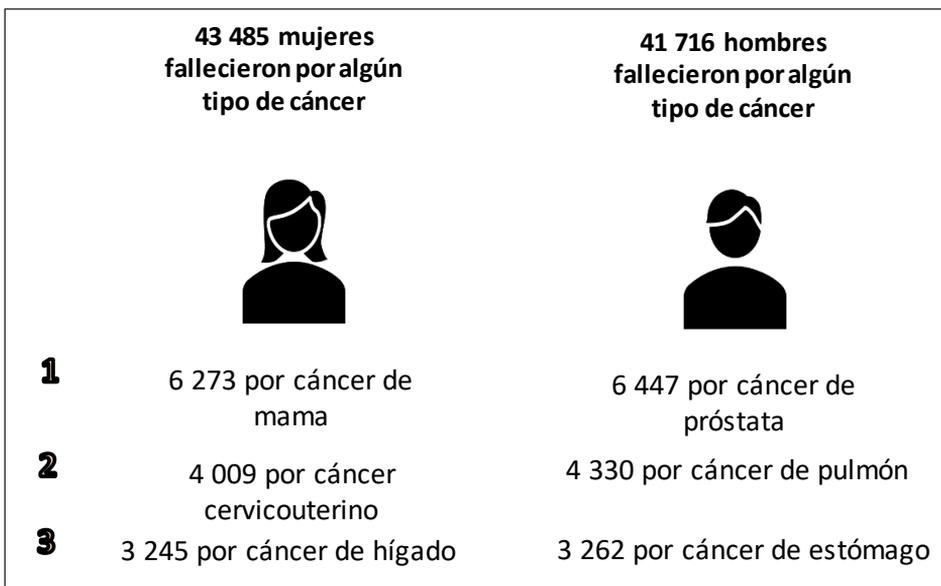
Tabla 1. Principales causas de muerte en México.

	1922	1950	1970	1990	2000	2013
1	Neumonía, influenza	Gastroenteritis, colitis	Neumonía, influenza	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
2	Diarrea, enteritis	Gripe, neumonía	Enteritis y otras enfermedades	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón
3	Fiebre y caquexia patológica	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Enfermedades del corazón	Accidentes	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Tumores malignos
4	Tos ferina	Accidentes, envenenamientos y violencia	Ciertas causas de enfermedades perinatales	Diabetes mellitus	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes
5	Viruela	Paludismo	Tumores malignos	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades del hígado

Fuente: Perdigón-Villaseñor y Fernández-Cantón, 2008.

El cáncer es la tercera causa de muerte y se estima que cada año se detectan poco más de 120 000 casos nuevos, es decir, en promedio se detectan 333 nuevos casos al día. Los tipos de cáncer que más decesos generan en la población mexicana son: mama, cervicouterino y de hígado en las mujeres; mientras que para los hombres son de próstata, pulmón y estómago (figura 1).

Figura 1. Diez principales cánceres como causa de muerte por sexo, 2015.



Fuente: Aldaco *et al.*, 2018.

Como se observa en el esquema 1, existen diferencias por sexo en cuanto a los tipos de cáncer que presentan y la magnitud de éstos. Sin embargo, el cáncer de próstata y de mama son causantes del 15% de la mortalidad por sexo, respectivamente. Además, mueren más hombres por cáncer de próstata que mujeres por cáncer de mama, situación que puede comprenderse desde las determinantes sociales de la salud,³ principalmente a partir del restringido acceso a los ser-

³ En este tipo de cáncer, el tumor maligno comienza a crecer en la glándula prostática.

vicios de salud y de las variables socioculturales que influyen en el cuidado de la salud por género. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (2010), las mujeres hacen mayor uso de los servicios de salud hasta en un 6% más que los hombres. Si bien, las mujeres hacen más uso de éstos por cuestiones obstétricas a lo largo de su vida, esta tendencia se mantiene en los diferentes grupos de edad y se acentúa entre la población mayor por la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. No obstante, prevalece una tendencia de la población mayor de 60 años a "utilizar exclusivamente los servicios curativos, especializados y complejos, debido a las múltiples enfermedades características de esa etapa de la vida. Además, los pocos cuidados preventivos y de mantenimiento de la salud hacen que el costo de la atención de problemas crónicos avanzados para los enfermos y sus familias, así como para las instituciones de salud, sea muy elevado" (Borges y Gómez, 1998). Estas condiciones en el contexto del cambio demográfico generan una preocupación latente por el aumento de la incidencia del cáncer de mama y próstata en la población mayor de 60 años.

Llama la atención que, a pesar de los múltiples apoyos públicos, sociales y privados para la prevención y atención del cáncer de mama (CaMa), éste continúa a la alza. Este padecimiento se define como el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios, con capacidad de diseminarse (Guía Práctica, s/d). Tal como se indicó en la tabla 2, esta es la neoplasia más común entre las mujeres, ya que representa aproximadamente el 15% de los cánceres femeninos. Generalmente se piensa que esta enfermedad se registra solamente en las mujeres, sin embargo, por cada 100 mujeres con diagnóstico de CaMa, un hombre presenta esta misma condición (Ibáñez *et al.*, 2011).

Desde el 2006 en nuestro país se ha observado un aumento en la incidencia y la mortalidad por CaMa, situación que ha llevado a considerarlo como una de las tres primeras causas de muerte en mujeres mayores de 25 años. "Anualmente se estima una ocurrencia de 20 444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100 000 muje-

res" (Secretaría de Salud, 2011). Su incidencia, distribución y complejidad sociomédica es diferenciada entre los estados del país.

El estudio de Knaul y colaboradores (2009) señalaba que en 1990 se habían detectado aproximadamente 6 000 nuevos casos y estimaba que existiría un "incremento cercano a 16 500 nuevos casos anuales para 2020" (Knaul, Nigenda, et.al., 2009); desafortunadamente esta cifra ha sido rebasada antes de lo previsto, "en 2016 se detectaron 23 000 casos" (Olguín, 2017).

Respecto a las defunciones por CaMa, de 5 062 casos en 2010 pasaron a 6 854 mujeres fallecidas en 2017 por esta enfermedad, lo que significó un incremento del 30% en dicho periodo. Resalta que la mortalidad se concentra en la población mayor a los 50 años, teniendo una importante acentuación en el rango de 50 a 64 años.

Por lo anterior, el cáncer de mama en México ha cobrado importancia como problema de salud pública por su incidencia en la mortalidad que ocasiona en mujeres, por los altos costos del tratamiento, así como por el gasto de bolsillo y el impacto psicosocial que tiene en las enfermas y sus familias.

Características metodológicas del estudio

Lamentablemente cada día aumentan los casos de cáncer de mama con diagnósticos en fases terminales, a pesar de que la mayoría de los tipos de cáncer pueden ser curables cuando son detectados en etapas tempranas.

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, señala que "las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para el conocimiento de los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a disminuir la morbilidad por el cáncer de la mama, así como fomentar la demanda de la detección temprana con el objeto de mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento" (Secretaría de Salud, 2011). De esta manera, la *prevención* en el caso del cáncer de mama se orienta a

la disminución de factores de riesgo y en la generación de procesos de detección temprana de este padecimiento, principalmente a partir de la autoexploración de los senos.

Por lo anterior, el objetivo de la investigación fue describir las prácticas y actitudes sobre la autoexploración de los senos, así como identificar los factores de riesgo que prevalecen en una muestra de estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social relacionados con el cáncer de mama.

Para ello se elaboró un cuestionario teniendo como referencia principal la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, en la que se conceptualiza a los factores de riesgo como "la característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño";⁴ y a la autoexploración como una estrategia para el diagnóstico temprano que debe practicarse a partir de los 20 años, y como función sustantiva del personal de salud la enseñanza de esta técnica. Aunque cabe mencionar que dicho documento no señala cómo debe realizarse la autoexploración de los senos.

A partir de estas consideraciones, se diseñó un instrumento integrado por 30 preguntas y 25 afirmaciones, mismas que fueron organizadas en los siguientes apartados:

- a) Datos sociodemográficos.
- b) Determinantes sociales de la salud.

⁴ La NOM-041-SSA2-2011 distingue cuatro tipos de éstos: 1. *factores de riesgo biológicos* (mujer, a mayor edad mayor riesgo; historia personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas; vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años); densidad mamaria; ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2); 2. *factores de riesgo Iatrogénicos o ambientales* (exposición a radiaciones ionizantes principalmente durante el desarrollo o crecimiento; tratamiento con radioterapia en tórax); 3. *factores de riesgo relacionados con la historia reproductiva* (nuligesta, primer embarazo a término después de los 30 años de edad); 4. *factores de riesgo relacionados con estilos de vida* (alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra, dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaquismo). En la construcción del cuestionario se discriminaron algunos de los factores de riesgo que no son aplicables a las condiciones de las encuestadas, como características de la menopausia y del embarazo.

- c) Antecedentes de cáncer en la familia.
- d) Percepción de la autoexploración de los senos.
- e) Conocimiento sobre la autoexploración de los senos.
- f) Realización de la autoexploración de los senos.

El cuestionario fue aplicado en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, ya que aproximadamente el 80% de su población escolar es mujer. Durante el semestre 2019-2 se tenía un total de 1 728 jóvenes inscritos en el sistema presencial, de los cuales 1 333 eran mujeres (77.1%) y 395 eran hombres (22.9%), distribuidos en 32 grupos en los turnos matutino (16), mixto (8) y vespertino (8). En el caso de la muestra se eligieron al azar ocho grupos para la aplicación del cuestionario.

Los resultados del instrumento fueron capturados y procesados a través del programa estadístico SPSS v. 15. Se presentan datos descriptivos, y para el caso de los resultados más sobresalientes se diseñaron gráficos.

Práctica de la autoexploración de senos y factores de riesgo presentes en un grupo de estudiantes universitarias

a. Perfil de las encuestadas

El 62.3% de las encuestadas se encontraba entre los 18 a 22 años, 29% entre 22 a 27 años, y el 10.4% restante se distribuyó entre las estudiantes mayores a 28 años. En correspondencia con este indicador, el 92.7% eran solteras, el resto vivía con una pareja, ya sea en unión libre o casada.

El 35.3% de este grupo de mujeres cursaba el sexo semestre, 24.7% el segundo semestre, 21.7% el octavo semestre, y el 16.3% restante se dispersó entre estudiantes de otros semestres.

b. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que presenta la población encuestada, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la pre-

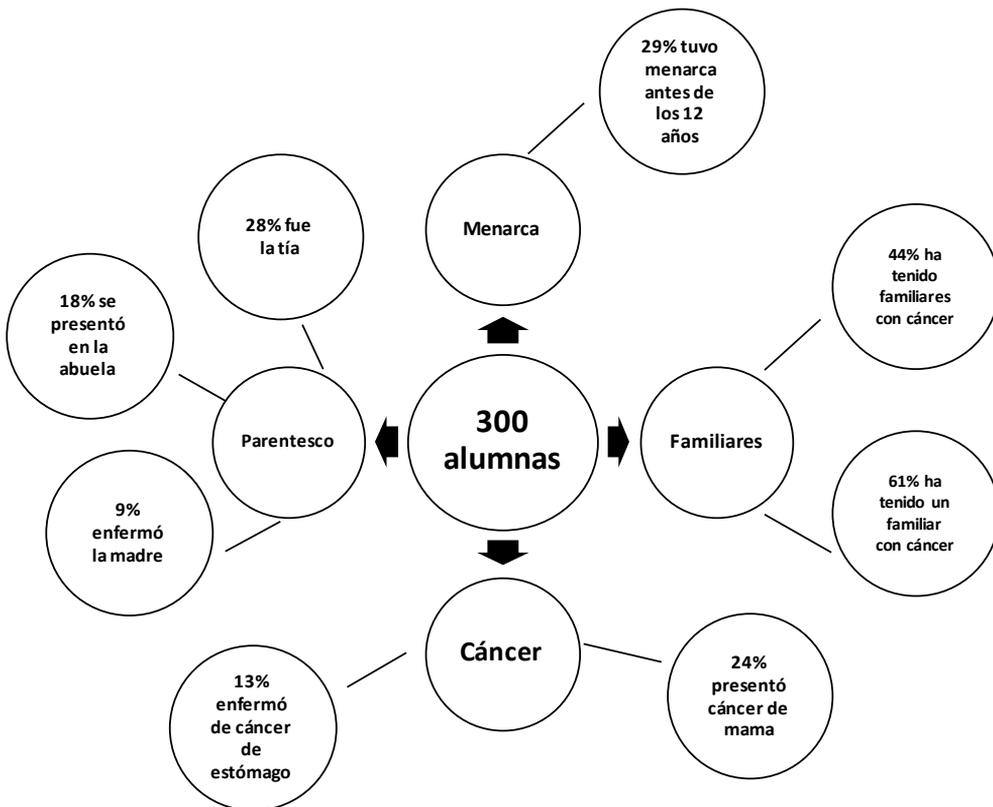
vención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, son los siguientes:

b1. Factores de riesgo biológicos

De los diversos factores de riesgo biológico que señala la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 se preguntaron dos en particular, el compartimiento de éstos se presentó de la siguiente manera entre la población encuestada:

- Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años): el 29.3% tuvo su menarca entre los 9 y 11 años.
- Historia personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas: el 44.3% (133) de la muestra afirmó tener un familiar que ha padecido cáncer. Si bien, la mayoría (61.5%) ha tenido al menos un familiar con cáncer, destaca que 36.2% señaló que entre 2 y 4 familiares presentaron algún tipo de esta enfermedad, sumando un total de 210 familiares. Los cánceres que más han afectado a los familiares de las alumnas son el de mama (24.1%), estómago (13.3%) y cervicouterino (11.6%); esta condición es un reflejo del comportamiento de las estadísticas a nivel nacional. Derivado que dos de estos padecimientos afectan preponderantemente a las mujeres, los parentescos son femeninos: en el 18.5% es la abuela quien ha sido afectada por el cáncer, en la madre se presentó en el 9%, sobresale la tía con el 28.8% (figura 2).

Figura 2. Factores de riesgo biológicos.



Fuente: Cruz, 2019.

Estos datos son importantes principalmente para establecer estrategias de intervención en aquellas mujeres que tienen indicios de cáncer de mama hereditario, a diferencia quienes tienen de tipo esporádico. Se lograron identificar 30 casos en los que las alumnas tienen antecedentes de cáncer de mama, bajo el siguiente esquema: abuela/madre, madre/hermana, abuela/tía.

b2. Factores de riesgo relacionados con estilos de vida

La característica de este tipo de factores de riesgo es que son modificables, y por lo tanto atribuibles a la persona. Algunos riesgos que han sido asociados al cáncer de mama son los siguientes:

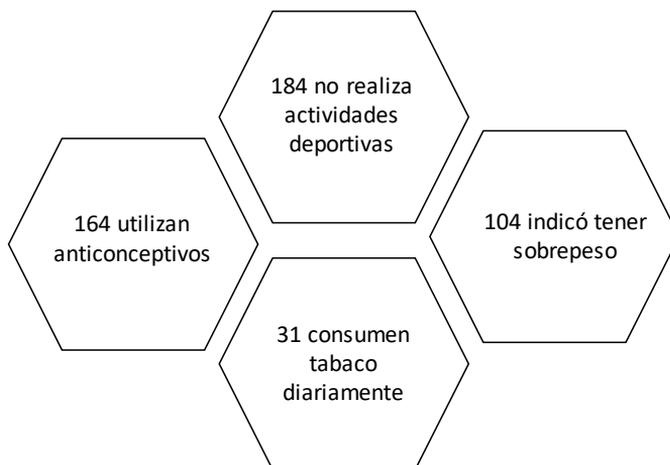
- *Métodos anticonceptivos.* Por la edad de las encuestadas es común que utilicen métodos anticonceptivos, el 54.7% de ellas afirmaron utilizarlos. Una limitante de la encuesta es el desconocer el tipo de anticonceptivo que emplean.
- *Sedentarismo.* Prácticamente este indicador es el enemigo a vencer de las enfermedades no transmisibles. 61.3% de las alumnas señaló no realizar alguna actividad física. Siendo éste un factor protector, es necesario acentuar la importancia del ejercicio, pero principalmente articular actores y recursos que coadyuven a que la población se ejercite de manera frecuente.
- *Sobrepeso/obesidad.* En conjunto, 43.7% afirmó tener mayor peso del rango que deberían presentar en correspondencia con su estatura. Este indicador no sólo es un factor de riesgo asociado al cáncer, sino también a enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus tipo dos.
- *Tabaquismo.* Sólo un 10.3% manifestó fumar diariamente; cabe señalar que este hábito es también un factor de riesgo para otro tipo de cánceres o de otras enfermedades no transmisibles.
- *Consumo de alcohol.* El porcentaje de alumnas que señalaron consumir alcohol es mayor (24%) al consumo de tabaco (10.3%) (figura 3).

Desde hace varios años la Universidad Nacional Autónoma de México implementó el Examen Médico Automatizado (EMA), instrumento diseñado por la Dirección General de Servicios Médicos de nuestra máxima casa de estudios. Su fin es valorar la salud física y mental del alumnado de nuevo ingreso, así como identificar los factores de riesgo y protectores que poseen éstos. En los últimos años,

este examen identificó un incremento de enfermedades crónico-degenerativas entre el alumnado, y alertó sobre el sedentarismo de los jóvenes que ingresan a esta Universidad. Esta situación hace necesario reorientar las políticas públicas relacionadas con la salud física de los y las jóvenes, independientemente de su nivel escolar; haciendo especial énfasis en la promoción y educación para la salud, pues en esta etapa se pueden adquirir hábitos que impactan en otras etapas del ciclo de la vida.

La encuesta aplicada coincide con los hallazgos del EMA: el sedentarismo y el sobrepeso son dos de los problemas más importantes que presenta el alumnado. A pesar de la gama de actividades físicas que la ENTS oferta a las alumnas, éstas no se involucran en las acciones implementadas para el cuidado de su salud.

Figura 3. Factores de riesgo relacionados con estilos de vida.



Fuente: Cruz, 2019.

c. Práctica de la exploración de seno

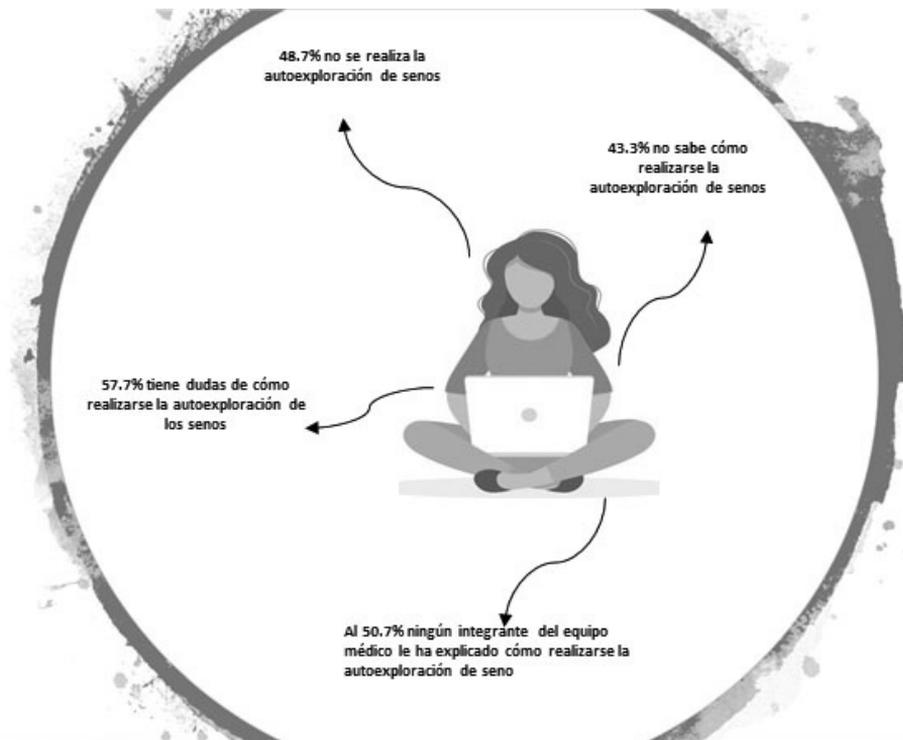
La NOM-041-SSA2-2011 establece estrategias de detección temprana acorde a tres grupos de edad: a) autoexploración, para el diagnóstico

temprano; b) examen clínico, para el diagnóstico temprano; c) mastografía, para la identificación en fase preclínica.

Según este documento oficial, la autoexploración debe realizarse a partir de los 20 años con el fin de "tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo e identificar cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada". Además, estipula que es responsabilidad del personal de salud enseñar a las mujeres la autoexploración de senos, así como hacer de su conocimiento los síntomas y signos del cáncer de mama.

Resulta preocupante que el 48.7% de las encuestadas no se realice la autoexploración de los senos, toda vez que de acuerdo con las indicaciones de la NOM-041-SSA2-2011, éstas tendrían que estarlo practicando. Un porcentaje casi similar señaló no saber cómo efectuar dicha exploración; y 41.7% indica tener dudas de cómo realizarlo. Estos datos pueden comprenderse a partir de que al 50% nadie del equipo médico le ha explicado cómo realizarse dicha exploración (figura 4). Los resultados de esta investigación descriptiva son una oportunidad para generar estrategias de educación para la salud entre las jóvenes.

Figura 4. Conocimiento y práctica de la autoexploración de senos.



Fuente: Cruz, 2019.

Además de las preguntas anteriores, se hicieron 25 afirmaciones relacionadas con la autoexploración de los senos, y fueron valoradas en una escala tipo Likert (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Totalmente en desacuerdo), con el fin de conocer la percepción y actitud que las alumnas tienen sobre esta práctica.

En una primera dimensión podemos agrupar aquellas afirmaciones relacionadas con la práctica de la autoexploración de los senos, aunque el 92% de las mujeres indicaron que esta práctica genera beneficios, hay un porcentaje significativo de encuestadas que piensan que es un pecado (7.7%) y otras sienten vergüenza (14.6%) al explorarse.

En otra segunda dimensión agrupamos aquellas afirmaciones referentes a los motivos por los que no se realizan la exploración de senos, entre las más importantes se encuentran el miedo a identificar algún síntoma relacionado con el cáncer de mama (34.7%), 21.3% le produce pereza, 24% indicó no tener tiempo, mientras que 41.7% lo olvida y 24.3% no realiza la autoexploración porque no tiene dinero para ello.

Incluso podría pensarse que mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama están más sensibilizadas sobre la importancia de la autoexploración de senos, pero desafortunadamente esta experiencia no es suficiente para ello. Del total de mujeres encuestadas, 51 señalaron tener antecedentes de CaMa; de ellas, 22 no se realiza la autoexploración de senos y 20 aseveraron no saber realizarse la autoexploración de senos.

En el último apartado del cuestionario se les solicitó que organizaran una serie de seis oraciones relacionadas con el proceso de la autoexploración de senos; al respecto, solo tres mujeres, de 300, organizó de manera correcta dicho procedimiento y dos de ellas presentan antecedente de cáncer de mama.

Estas actitudes representan un reto para la atención primaria en la salud, pues es necesario establecer estrategias de intervención orientadas a la sensibilización y educación de las mujeres para que se asuman como protagonistas en la adquisición de conductas que les permita detectar síntomas o signos de cáncer de mama en etapas primarias. La actitud de las alumnas nos lleva a cuestionarnos: ¿hay algo más importante que la salud personal? Esta sociedad neoliberal nos ha llevado a pensar que lo inmediato es lo importante; lamentablemente la salud es el resultado de conductas y actitudes que mantenemos en la historia de nuestra vida, y que evidentemente sus resultados son observables en diferentes etapas de ésta, principalmente en la vejez.

Pareciera excesiva la preocupación por iniciar desde la segunda década de la vida la exploración de los senos, a pesar de que las estadísticas muestran que la población afectada por cáncer de mama se concentra entre el rango de edad de 55 a 70 años. Sin embargo, iniciar en etapas tempranas la autoexploración de los senos permite conocer

y apropiarse del cuerpo de las mujeres y ser corresponsables en su salud, pues esta enfermedad, en particular, muestra signos visibles y que pueden ser detectados a través de la observación o el tacto.

Incluso, en el intento por sensibilizar a menores de edad sobre la importancia del conocimiento de su cuerpo, principalmente en hijas de mujeres que han padecido cáncer de mama, Edmée Pardo escribió *El brasier de mamá*, libro que relata la influencia que tiene una madre sobreviviente de cáncer de mama sobre el afrontamiento que su hija tiene sobre dicho padecimiento y la actitud que asume sobre su salud y su cuerpo, al tiempo que fomenta, desde temprana edad, la práctica de la exploración de los senos.⁵

Aun cuando las encuestadas reconocen la importancia de la autoexploración de los senos, el miedo, la falta de tiempo y de conocimiento sobre esta práctica continúan obstaculizando su realización de manera correcta:

- *Edad.* La NOM-041-SSA2-2011 señala que la edad recomendada para iniciar la autoexploración de los senos son los 20 años; solamente 12% indicó correctamente la edad, un porcentaje importante (22.3%) señaló que ésta debe practicarse a partir de la primera menstruación o entre los 15 a 19 años (20%).
- *Cuándo.* Se recomienda que la exploración de los senos se lleve a cabo de 5 a 10 días después del inicio del periodo menstrual. 18.7% afirmó que debe realizarse una semana antes o durante la menstruación, pero esto es equivocado, ya que algunos síntomas o signos relacionados con la menstruación pueden confundirse con signos del cáncer de mama; mientras que 44.3% refirió que cualquier día del mes; sin embargo, esto se recomienda solamente en personas que han dejado de tener su periodo menstrual.
- *Frecuencia.* Las mujeres deben practicarse la autoexploración una vez al mes: 47.3% contestó correctamente y 19% indicó que más de 2 veces al mes; pero lo preocupante son los siguientes

⁵ Este libro ha sido resumido en el siguiente corto <https://www.youtube.com/watch?v=Nh_qNZ3AB-s>.

porcentajes: 10.7% señaló que ésta deber ser de manera semestral, 3% anual, 7.3% no sabe, y un porcentaje similar no contestó la pregunta.

- *Mastografía*. Este tamizaje se recomienda en mujeres después de los 40 años, los datos revelan el desconocimiento que las mujeres tienen sobre las prácticas que las lleva a conservar su salud. En este grupo de universitarias (39%) afirmaron que la mastografía debe practicarse antes de los 39 años y 13.3% no sabe. En cuanto a la periodicidad de este estudio, 47% refirió saber que este estudio debe realizarse cada año, 22% señaló que cada seis meses, y el resto indicó periodos mayores a dos años.
- A las mujeres se les preguntó sobre los síntomas y signos de alerta relacionados al CaMa. Indicaron la aparición de abultamientos, abscesos, bolitas o bultos, seguido de secreción o liquido de los pezones, así como cambios en la piel, como enrojecimiento, piel de naranja o manchas; también refirieron síntomas como fatiga y náuseas. Aunque, reconocen los tres principales signos asociados al cáncer de mama, aún falta el reconocimiento de otros igual de importantes: cambio en el tamaño o la forma (asimetría) de la mama, venas crecientes, endurecimiento, así como erosiones de la piel, entre otras (figura 5).

Figura 5. Nube de signos y síntomas asociados a cáncer de mama.



Fuente: Cruz, 2019.

Resulta necesario reforzar entre la comunidad femenina el procedimiento para la realización de la exploración de senos. Sólo 1% conoce el proceso correcto para ello y el 60% lo desconoce.

Reflexiones finales

1. Los resultados de esta encuesta exploratoria indican que el conocimiento y la práctica de la autoexploración de los senos es baja entre las estudiantes de la ENT; a pesar de la importancia que las mujeres le otorgaron a esta estrategia de detección temprana.
2. El desconocimiento, miedo y la falta de tiempo son elementos que cualquier estrategia de intervención deberá considerar con el fin de fomentar la práctica de la autoexploración.
3. Diversas investigaciones y protocolos gubernamentales consideran que la tasa de supervivencia en mujeres que han sido diagnosticadas en estadios iniciales es más elevada que en aquellas cuyo diagnóstico y tratamiento se iniciaron en etapas avanzadas.

Por ello, la política de salud referente a esta enfermedad debe enfatizar la importancia de emprender acciones para la detección del cáncer de mama en etapas tempranas, siendo la autoexploración de los senos la primera de éstas por su accesibilidad y nulo costo.

4. Es necesario se implemente una estrategia de promoción y educación de la salud relacionada con la autoexploración de los senos y su relevancia para la detección temprana del cáncer de mama. Además, hacer hincapié en las técnicas de detección temprana del cáncer en aquellas mujeres que tienen antecedentes de este padecimiento entre sus familiares.
5. Cualquier estrategia de detección temprana de esta enfermedad debe acompañarse de acciones que sensibilicen a las mujeres sobre la reducción de riesgos sociales, principalmente relacionados con el sedentarismo y tabaquismo. Guadalupe Ponciano Rodríguez, en una conferencia impartida en el marco del Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer en la Escuela Nacional de Trabajo Social, advertía sobre un incremento considerable de mujeres fumadoras y la reducción de la edad en la que éstas comienzan a fumar, el tabaquismo es un factor de riesgo para diversos padecimientos, incluido el cáncer.
6. En el caso de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, es necesaria su revisión desde las disciplinas de las Ciencias Sociales que forman parte del equipo de salud, pues lo social está presente en el proceso salud-enfermedad-atención. Este padecimiento no puede continuar siendo reducido a un mero problema biológico, pues es innegable que las condiciones sociales, culturales y económicas son transversal en la prevención, detección, tratamiento y recuperación de las mujeres.
7. Es importante valorar el impacto que las campañas de salud tienen hoy en día para que las mujeres lleven a cabo prácticas del cuidado individual de su salud. Las campañas de promoción y

educación destinadas a mujeres jóvenes deben de reconsiderarse bajo el contexto actual en el que cotidianamente viven y se desarrollan.

8. Sin lugar a dudas, el cáncer de mama es uno de los padecimientos que más relación guarda con la familia, no sólo por las redes de apoyo que esta unidad social representa durante el proceso de enfermedad-atención, sino también por el factor de riesgo que ostenta la carga hereditaria.

Referencias

- Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, *Cáncer en las Américas: Perfiles de país 2013*. Disponible en <<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/perfiles-cancer-2013.pdf>>. Consultado 29 de julio de 2019.
- Aldaco, Pérez *et al.* (2018), "Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015", *Gaceta Mexicana de Oncología*, núm. 17. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/324522811_Mortalidad_por_Cancer_en_Mexico_actualizacion_2015>.
- Borges-Yáñez, S. y H. Gómez-Dantés (1998), "Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México", *Salud Pública de México*, núm. 40, pp. 13-23.
- Cruz, N. (2019), *Práctica de la autoexploración de senos en estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social*, UNAM.
- Globocan (2018), *Cáncer de mama en las Américas*. Disponible en <<https://gco.iarc.fr/today/home>>. Consultado el 12 de octubre de 2020.
- Ibáñez R., Gladys, María Elsa Calderón G. y Domingo Márquez Z. (2011), "Cáncer de mama en hombres: situación actual a nivel mundial y nacional", *Revista Chilena de Cirugía*, vol. 63, núm. 1, pp. 95-101. Disponible en <<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000100018>>.
- INEGI (2017), *Estadísticas a propósito del Día Mundial Contra el Cáncer, 2017*. Disponible en <<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/>>

aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf>. Consultado el 13 de agosto de 2019.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadísticas a propósito del... Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer de Mama (19 de octubre)*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf>. Consultado el 28 de febrero de 2019.

____ (2016), *Estadísticas a propósito del... día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre)*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf>. Consultado el 28 de febrero de 2019.

Knaul, F. M., G. Nigenda, R. Lozano, H. Arreola-Ornelas, A. Langer y J. Frenk (2009), "Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante", *Salud Pública de México*, núm. 51, pp. 335-344.

Olguín, Michel (2017), "En México, más mujeres con cáncer de mama", *Gaceta Digital UNAM*. Disponible en <<http://www.gaceta.unam.mx/20171019/en-mexico-mas-mujeres-con-cancer-de-mama>>. Consultado el 30 de julio de 2018.

Organización Mundial de la Salud (2000), *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Disponible en <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf> Consultado el 19 de abril de 2019.

____ (2005), *Acción mundial contra el cáncer*. Disponible en <<http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>> Consultado el 9 de agosto de 2018.

____ (2016), *Envejecimiento y ciclo de vida*. Disponible en <<https://www.who.int/ageing/about/facts/es>>. Consultado el 22 de agosto de 2016.

____ (2017), *Notas descriptivas. Cáncer*. Disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>>. Consultado el 23 de julio de 2018.

____ (2017), *10 datos sobre el cáncer*. Disponible en <<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es>> Consultado el 9 de agosto de 2018.

- _____ (2018), *Cáncer*. Disponible en <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>> Consultado el 13 de agosto de 2019.
- Organización Panamericana de la Salud (2014), *Nota informativa: cáncer de mama*. Disponible en <<https://www.paho.org>> Consultado el 6 de junio de 2019.
- Perdigón-Villaseñor, G., S. B. Fernández-Cantón (2008), "Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, núm. 65, pp. 238-240.
- Secretaría de Salud, *Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino*. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>>. Consultado el 20 de julio de 2019.
- _____ *Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. Disponible en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011>. Consultado el 6 de junio de 2019.
- _____ (2011), "Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama", *Diario Oficial México*.
- _____ (2015), *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015*, México.

Experiencias de intervención social con familias

EL CÁNCER Y LAS REPERCUSIONES EN LAS FAMILIAS: INTERVENCIÓN CON FAMILIARES Y CUIDADORES DESDE LA EXPERIENCIA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER A. C.

*Araceli Carreto Ortiz¹
Verónica Hernández Cerón²*

Resumen

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México. Cada día se suman nuevos casos a las estadísticas que

¹ Licenciada en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Cuenta con formación y experiencia en diseño, implementación, seguimiento y evaluación de proyectos sociales. Ha participado en la formación de redes de colaboración y voluntariado para el fortalecimiento de la atención de la salud y en apoyo a población vulnerable. Ha colaborado con diferentes organizaciones de la sociedad civil, diseñando e implementando proyectos en promoción para la salud, y para la detección oportuna de cáncer en mujeres de escasos recursos. Desde 2014 es la coordinadora de proyectos de la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer. Correo electrónico: <proyectos@amlcc.org>.

² Licenciada en Psicología y maestra en Psicooncología por el Instituto Mexicano de Psicooncología. Formada principalmente en el ámbito clínico y educativo de la psicología, campo de experiencia en práctica privada con pacientes oncológicos, crónico degenerativo con padecimientos como alzhéimer, diabetes, esclerosis múltiple y sobrevivientes de incendios con quemaduras de tercer grado. Coordinadora de Navegación de pacientes en la Asociación Civil Respirando con Valor desde 2017. Experiencia en el manejo de pacientes de manera biopsicosocial, educación y acompañamiento de éstos en el prediagnóstico, transcurso de la enfermedad y término de la misma, ya sea por remisión o por fallecimiento. Desde 2016, imparte talleres sobre prácticas de prevención en cáncer, formación de cuidadores primarios y violencia intrafamiliar. Correo electrónico: <vertz99@gmail.com>.

muestran un panorama alarmante por las repercusiones que presenta tanto en los pacientes como en su entorno. El presente artículo muestra cómo la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, dentro de su línea de acción "Apoyo a pacientes", contribuye en la atención de pacientes, familiares y cuidadores mediante un proceso en el cual se contemplan los efectos de la enfermedad de manera integral, tomando no sólo al paciente, sino a aquellos que están inmersos durante el proceso de la enfermedad, haciendo énfasis en el o los cuidadores primarios.

El primer apartado, **Concepto y estadísticas**, presenta las estadísticas generales de los tipos de cáncer con mayor incidencia entre la población mexicana, estadísticas de la Organización Mundial de la Salud y del Centro Internacional de Investigaciones sobre Cáncer (IARC), que son lo más cercano que tenemos a la realidad nacional, ya que en México aún no contamos con un Registro Nacional de Cáncer.

El segundo y tercer apartado, **El paciente frente a un diagnóstico de cáncer** y **La familia frente al diagnóstico de cáncer**, nos muestra la realidad a la que se enfrentan tanto el paciente como sus familiares, específicamente los cuidadores primarios que viven de manera silenciosa su proceso y que incluso pueden verse afectados gravemente de manera física y emocional si no se cuenta con las redes de apoyo necesarias para distribuir la carga que representa el ser responsable de un paciente con cáncer. Conoceremos, además, la forma en que cada parte vive y enfrenta su proceso para, entender por qué se dice que el cáncer afecta todo lo que toca.

Es fundamental que la atención al cáncer sea integral, en donde se considere el aspecto físico, emocional y económico y que, además, se dirijan acciones para la atención del paciente, pero también para la atención de los familiares y cuidadores.

El cuarto apartado, **Intervención de las organizaciones de la sociedad civil en la atención del paciente con cáncer**, nos muestra la labor que realiza la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer A. C. a través de sus áreas de apoyo a pacientes y grupos de pacientes, con las cuales se busca otorgar los apoyos de acuerdo con las necesida-

des reales de los pacientes y sus familiares, mediante acciones de información y empoderamiento, además de los apoyos generales como quimioterapias, prótesis, pelucas, etcétera.

En este apartado se resalta la importancia del papel de las organizaciones pertenecientes a la Red Nacional Contra el Cáncer como aliados en esta lucha, con lo cual se busca que el paciente o familiar tenga diferentes alternativas de apoyo, según la naturaleza de su petición.

Palabras clave: cáncer, redes de apoyo, cuidador primario, Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, familia, Sociedad Civil.

Introducción

El cáncer en México es considerado un problema de Salud Pública que va en aumento tanto por la frecuencia de casos detectados como por la mortalidad que produce entre la población mexicana. Si bien cada día surgen nuevas formas de detección en etapas cada vez más tempranas, así como tratamientos innovadores que pueden prolongar la vida de los pacientes afectados, lo cierto es que son mínimas las personas que tienen acceso a ellos, situación que contribuye en el incremento de los índices tanto de morbilidad como de mortalidad.

El cáncer cambia la vida del paciente, pero también cambia la vida de la gente que habita en su entorno inmediato y cercano. Sin embargo, la mayoría de las acciones de atención están dirigidas al paciente, sin considerar que cuando se da un diagnóstico de cáncer no se trata sólo de quien lo padece, sino que existe un proceso en el que interfieren diversas situaciones tanto del paciente como de la familia.

La Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer A. C. (AMLCC), en su batalla constante por construir acciones concretas para la atención del cáncer, considera una intervención integral dirigida al paciente y a su familia haciendo énfasis en la importancia de la intervención con los cuidadores primarios.

Considerando lo anterior, en el presente documento se muestran los principales aspectos a los que se enfrenta el paciente y su familia ante un diagnóstico de cáncer, así como la necesidad de dirigir acciones de intervención integral desde el campo de acción de las OSC, retomando las estrategias implementadas desde la AMLCC y algunas organizaciones de la Red Contra el Cáncer.

Concepto y estadísticas

“Cada una de las células de nuestro cuerpo tiene ciertas funciones. Las células normales se dividen de manera ordenada. Éstas mueren cuando se han desgastado o se dañan, y nuevas células toman su lugar. El cáncer se origina cuando las células comienzan a crecer sin control. Las células del cáncer siguen creciendo y formando nuevas células que desplazan a las células normales. Esto causa problemas en el área del cuerpo en la que comenzó el cáncer (tumor canceroso)” (American Cancer Society, 2019).

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en México y en el mundo. Según el Informe Mundial sobre Cáncer (2014) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante 2012 se registraron 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes (Stewart, B. y Chris Wild, 2014).

La OMS señala que los tipos de cáncer que causaron un mayor número de defunciones en el mundo durante el 2015 son:

- Pulmonar (1.69 millones).
- Hepático (788 000).
- Colorrectal (774 000).
- Gástrico (754 000).
- Mamario (571 000).

En México, de acuerdo con la información del Centro Internacional de Investigaciones sobre Cáncer (IARC), los tipos de cáncer más comunes entre la población mexicana son:

Tabla 1.

<i>Cánceres más comunes en hombres</i>	<i>Cánceres más comunes en mujeres</i>
Próstata Colorrectal Testicular Pulmonar Gástrico	Mamario Tiroides Cervicouterino Cuerpo uterino Colorrectal

Fuente: Organización Mundial de la Salud (12 de septiembre de 2018), *Cáncer. Datos y cifras*. Disponible en <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>.

En todos los medios podemos observar diferentes conceptos de cáncer, desde los más sencillos hasta los que tienen una connotación científica. De la misma manera, podemos encontrar estadísticas que nos muestran el panorama actual del cáncer en México y en el mundo. Estadísticas que generalmente corresponden a otros países o bien a otros años y por ende nos muestran, en el mejor de los casos, un acercamiento a la realidad del cáncer en nuestro país, ya que el Registro Nacional de Cáncer en México es un proceso incipiente.

El paciente frente a un diagnóstico de cáncer

El cáncer es una de las principales causas de muerte en México; cada día son más los casos registrados, a pesar de los esfuerzos para disminuir factores de riesgo y para detectarlo en etapas tempranas. De la misma manera, aumentan día a día los casos de mortalidad por esta causa.

Actualmente existen acciones de detección temprana y tratamientos para los diferentes tipos de cáncer; sin embargo, no todas las personas que lo padecen tienen acceso a la información ni a los tratamientos que en la mayoría de las ocasiones están fuera de su alcance por falta de recursos económicos y por los excesivos costos de los medicamentos, aunado a otras limitantes como la falta de infraestructura hospitalaria y médicos especialistas en sus lugares de origen, lo que conlleva a la necesidad de traslados, hospedaje y alimentación no sólo

del paciente, sino también del familiar, cuidador o acompañante, lo cual se traduce en el incremento de los gastos de bolsillo.

El pensar en un diagnóstico de cáncer remite inmediatamente a dos aspectos: el paciente y los gastos económicos que se generarán a raíz de la enfermedad.

El paciente es quien sufrirá y deberá afrontar los efectos de la enfermedad: físicos, emocionales, laborales, económicos, sociales, y que a partir de ese momento tendrá que luchar por su vida.

Para el paciente, ser diagnosticado con cáncer es una de las noticias más difíciles de aceptar y asimilar. La sola palabra causa miedo, por lo que el diagnóstico lleva a la persona a un cambio súbito en su vida.

Aspectos emocionales como la depresión, baja autoestima, vergüenza y culpa, se suman a la ignorancia y al desconocimiento total de la enfermedad, de cómo navegar en el sistema de salud y dentro del hospital, no tienen idea de cuáles son sus derechos y si lo saben, no tienen fuerza ni ánimo de exigir su cumplimiento.

Enfrentarse a una enfermedad como el cáncer conlleva diferentes retos: adherirse mejor a un tratamiento, tomar decisiones informadas, así como la calidad de vida o incluso la sobrevivencia puede depender de la manera en que el paciente decida afrontar su nueva condición.

Dicho afrontamiento no es otra cosa que las cualidades y capacidades conductuales y cognitivas que son utilizadas en los casos en que algún individuo se siente rebasado en cuanto a sus recursos, se puede considerar entonces como una respuesta adaptativa a los cambios generados por la enfermedad.

La capacidad de afrontar situaciones extremas no se refiere sólo a solucionarlas de manera práctica, sino también a la respuesta emocional y manejo del estrés ante la situación en cuestión.

En cuanto al aspecto económico, los gastos que se generarán por la enfermedad representan un grave problema, situación que se agudiza al hablar de pacientes que provienen de familias de bajos recursos.

Para las personas que viven en situación de pobreza sin acceso a algún servicio de salud, se generan necesidades que la familia o quienes soportan la carga económica, no pueden enfrentar de manera adecuada.

El tema económico influirá en la red de apoyo primario una vez que el diagnóstico del cáncer sea proporcionado con todas sus especificaciones. Suponiendo que el paciente se encuentra en una etapa avanzada, tendrá eventualmente que abandonar el trabajo para poder llevar de manera recurrente el tratamiento que le sea otorgado, esto contando con filiación a alguno de los sistemas de salud que existen en el país; de lo contrario, tendrá que atenderse de manera particular creando un impacto directo en la economía no sólo personal, también familiar.

El cáncer es una enfermedad muy compleja en donde los esquemas de tratamiento, efectos y costos dependen de la fase en la que se detecta, órgano que afecta, condiciones físicas y emocionales del paciente, corresponsabilidad, autocuidado y redes de apoyo.

Sin embargo, los cambios y efectos del cáncer van más allá del paciente y su proceso y, en ese sentido, las maneras de afrontar el problema dependerán tanto de los recursos del paciente como de aquellos que lo estarán acompañando en la enfermedad.

La familia frente al diagnóstico de cáncer

A partir de un diagnóstico de cáncer, de la misma manera que cambia la vida del paciente, cambia la vida de la familia que enfrentará la enfermedad de manera silenciosa.

Generalmente es la familia quien, ante la condición física y emocional del paciente, se hace cargo en primera instancia de intentar crear el mejor escenario para que pueda tener lo que necesita para salir adelante. Los cuidados físicos, los recursos económicos, la motivación, los provee la familia en donde cada miembro vive su propio proceso.

La pareja, los hijos, los padres y hermanos, que son los más cercanos al paciente, experimentan miedo, incertidumbre, dolor, tristeza, angustia, sentimientos y emociones que generalmente se guardan, ya que su papel es ser el soporte del paciente.

Sin embargo, las redes de apoyo que forman parte vital en el proceso ante el diagnóstico de cáncer, no se limitan únicamente a los

consanguíneos: en algunos casos suelen ser la pareja, los amigos, los conocidos, vecinos o incluso, en ocasiones, los mismos pacientes que entre ellos se turnan para acompañar a aquel paciente que no cuenta con una red de apoyo.

Estadísticamente se ha comprobado que un paciente puede tener una mayor y mejor calidad de vida cuando se siente apoyado y acompañado de sus seres queridos. No obstante, es importante no perder de vista que el proceso es de quien lo vive; como parte de sus apoyos, no perder de vista que las decisiones sobre su cuidado y tratamiento siempre deberán ser del paciente, así como la responsabilidad de llevar de forma ordenada y continua sus seguimientos médicos y cualquier otro que derive de sus necesidades personales.

Para tener un adecuado afrontamiento de la enfermedad es importante resaltar que en todo momento quien tiene el diagnóstico debe mantener un control activo del problema, intentar no hacer más dramática la situación, relajarse y analizar la situación desde diferentes perspectivas, confiar en sus capacidades, reconocer los límites propios, pedir ayuda a las personas de su mayor confianza teniendo en cuenta que es sólo eso, no cederle el control o tareas que no corresponden a decisiones que deba tomar el paciente.

En ese sentido, las redes de apoyo del paciente deben estar basadas en la confianza, reciprocidad y relacionadas al sentido de pertenencia a una comunidad, y el nivel socioeconómico donde ésta se sitúe será un factor influyente para la constitución de la red.

Generalmente en todos los procesos de cáncer sobresale un miembro entre las redes de apoyo en quien recae la mayor responsabilidad y se convierte en el cuidador primario. Éste, en la mayoría de los casos nadie lo asigna, simplemente las circunstancias y las necesidades de cuidados, apoyo, tratamiento y acompañamiento del paciente llevan a este cuidador primario a ser el principal soporte para el paciente y para el resto de la familia.

El cuidador primario es la persona más cercana al paciente y también, de manera gradual, irá modificando sus rutinas según el proceso

se lo vaya demandando. Astudillo y Mendinueta (2007) definen al cuidador primario, como:

La persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (p. 249).

Ante la enfermedad, este cuidador vuelca todas sus energías en atender las necesidades del paciente, llegando a olvidarse de las propias, e incluso a presentar lo que se conoce como el "síndrome de desgaste del cuidador primario.

Para Zambrano y Ceballos (2007), las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento (p. 33).

Dada la naturaleza de la enfermedad, genera incapacidad y dependencia del paciente hacia las personas cercanas, y en mayor medida hacia el cuidador primario, por lo que, para cumplir con la responsabilidad que implica ser el apoyo principal del paciente y el resto de la familia, el cuidador deja de lado sus actividades cotidianas, escuela, empleo, amigos, etcétera.

Intervención de las osc en la atención del paciente con cáncer

Ante la problemática creciente del cáncer y las necesidades no cubiertas durante el proceso de la enfermedad, las Organizaciones de la Sociedad Civil (osc) han generado diversas acciones y estrategias para coadyuvar en la atención de pacientes con cáncer a partir de las necesidades reales.

Dado el acercamiento y acompañamiento con el paciente y su familia cuando se presenta un diagnóstico de cáncer y de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de cada caso, las osc han visto esos recovecos que los servicios de salud dejan al descubierto debido a la falta de recursos necesarios para brindar atención integral a todas las personas, por lo que el énfasis de la labor de las osc es hacer garante para todos sin excepción alguna el derecho humano a la salud, al cual también lo ampara la Constitución política que rige a este país.

Para tal efecto, y derivado de las diversas necesidades que surgen entre los pacientes, cada Organización de la Sociedad Civil se rige ante diferentes misiones y valores para ser un respaldo y parte de estas redes que apoyen a que el paciente siga teniendo autonomía y tome las decisiones respecto a su enfermedad y tratamiento de manera informada.

De la misma manera, se trabaja en conjunto con algunos sectores que apoyan para la obtención de medicamento, lo que favorecerá la adherencia al tratamiento. Aquellas personas que están en vulnerabilidad económica también tienen derecho a la atención, a recibir tratamiento o a las medidas necesarias para evitar el dolor, manteniendo así la dignidad humana.

La Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer A.C. (AMLCC) es una organización con 48 años de labor, que trabaja a favor de los pacientes con cáncer. Durante estos años y a partir de la colaboración directa con hospitales, centros médicos y diversas instancias de salud, hemos observado diferentes factores que inciden en el aumento de casos y de mortalidad por esta patología. Asimismo, se han identifica-

do necesidades prioritarias de los pacientes y su entorno que van más allá del tratamiento y de la cuestión económica.

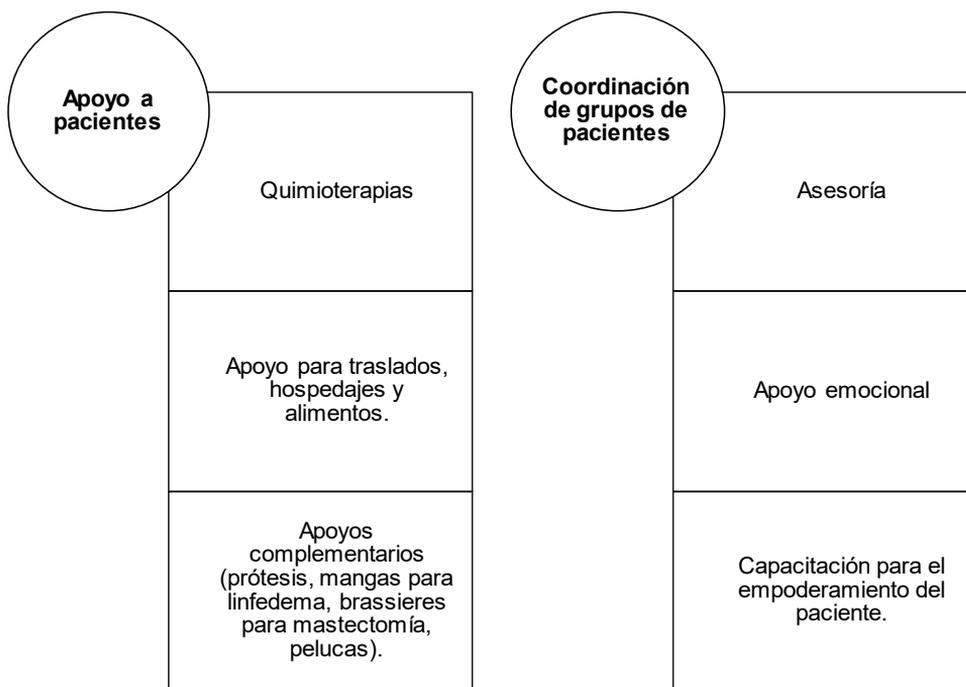
Actualmente las estrategias de intervención de la AMLCC están diseñadas para la atención de pacientes, familiares, cuidadores y profesionales de la salud que intervienen en el proceso de atención del paciente con cáncer.

Cuando en la AMLCC se recibe una petición de apoyo para un paciente diagnosticado con algún tipo de cáncer, generalmente es realizada por un familiar, principalmente la pareja, los padres o hijos y, en el menor de los casos, cuñados, tíos, nietos o amigos.

Los tipos de apoyo que más se solicitan son quimioterapias, medicamentos complementarios, auxiliares de diagnóstico, prótesis y pelucas, entre otros.

El seguimiento a las solicitudes es realizado por las áreas de apoyo a pacientes y coordinación de grupos de pacientes que, de acuerdo con la naturaleza de la petición, informan acerca del proceso para la obtención del apoyo o bien canalizan al solicitante a la instancia correspondiente en caso de que la AMLCC no pueda brindar el apoyo solicitado. La canalización se realiza de acuerdo con la petición y a las especificaciones de cada caso, a la instancia de salud que corresponda si ésta puede satisfacer la necesidad, o bien, a alguna organización de la Red Contra el Cáncer.

Figura 1. Servicios otorgados en las áreas de apoyo a pacientes y coordinación de grupos de pacientes de la AMLCC.



Las peticiones de apoyo son en 80% para la atención del paciente, y sólo en 20% para la familia, y el apoyo emocional el que más se solicita.

Como se ha mencionado, la familia, y principalmente el cuidador primario, tiene el reto de solventar las necesidades económicas y afectivas en el proceso del cáncer.

En ese sentido, la AMLCC, a través de sus áreas de apoyo a pacientes y mediante la aplicación de estudios socioeconómicos, entrevistas y charlas uno a uno, ha identificado las necesidades que surgen en la familia cuando se presenta este proceso.

Con base en lo anterior, la AMLCC actualmente brinda diferentes tipos de apoyo para contribuir a disminuir la carga económica y emocional que vive la familia del paciente con cáncer:

- Menor costo en medicamentos a través de convenios con distribuidoras.

- Orientación para la navegación en el sistema de salud.
- Búsqueda de albergues.
- Hospedaje y traslado para el acompañamiento del paciente.

El aspecto emocional es fundamental en el proceso del cáncer tanto para el paciente como para la familia; por ello, la AMLCC a partir de 2015, implementó la Escuela de Pacientes con el propósito de brindar herramientas para el empoderamiento del enfermo, familiares y cuidadores.

Los temas van dirigidos a los pacientes y a los familiares, de manera que el paciente sea corresponsable en el cuidado de su salud y el familiar conozca diferentes opciones de apoyo más allá del aspecto económico que le permitan enfrentar el proceso de manera informada, guiada y con el conocimiento de que al ser el principal soporte en el proceso, tiene también el derecho a buscar medios de contención y apoyo para satisfacer las necesidades propias y no sólo las del paciente.

Fotografía 1. Escuela de Pacientes 2016.



Además de la AMLCC existen diferentes OSC que dirigen acciones de atención y apoyo a pacientes con cáncer y sus familiares. La Red Contra el Cáncer surgió en el año 2000 con la misión de articular esfuerzos de las organizaciones civiles del país, enfocadas en la prevención, detección oportuna, atención y control del cáncer en beneficio de la población vulnerable, de escasos recursos y sin seguridad social. Actualmente está conformada por 68 organizaciones en toda la República y es coordinada y presidida por la AMLCC, la cual es además miembro fundador.

En conjunto, la Red Contra el Cáncer brinda múltiples apoyos y servicios tanto a pacientes como a familiares, siendo los apoyos específicos para los familiares:

- Contención y apoyo emocional (terapias individuales y grupos de apoyo, visitas domiciliarias, visitas a hospitales).
- Tanatología.
- Donativos en especie para el apoyo de la economía de la familia del paciente (despensa, alimentos, ropa, juguetes, artículos de limpieza e higiene, servicios funerarios).
- Eventos de entretenimiento y recreación para pacientes y familiares.
- Desarrollo de capacidades (cursos, talleres, bolsa de trabajo, becas en escuelas).
- Orientación por medio de redes sociales, teléfono y correo electrónico.
- Capacitación y empoderamiento de pacientes y familiares.
- Capacitación a cuidadores.
- Hospedaje.
- Recursos económicos.

Los apoyos se brindan de acuerdo con los lineamientos, políticas y perfiles de apoyo de cada organización. Conscientes de que la atención a la problemática que actualmente representa el cáncer en el país requiere trabajar de manera conjunta con las instancias de gobierno,

la Red Contra el Cáncer cuenta con un brazo de incidencia en políticas públicas que surgió en el año 2017 denominado "Juntos Contra el Cáncer" como un espacio de fortalecimiento de la sociedad civil mediante su participación activa en el proceso de creación e implementación de políticas públicas nacionales para el control del cáncer en México.

Con estas acciones, servicios y apoyos, desde las osc se busca contribuir a mejorar la atención y calidad de vida del paciente con cáncer y disminuir la carga emocional, el desgaste físico y el gasto de bolsillo en sus familias.

Fotografía 2. Logo Red Contra el Cáncer / Logo Juntos Contra el Cáncer.



Conclusiones

Ante un diagnóstico de cáncer, quien lo recibe se siente desvalido ante un sinfín de situaciones cuya solución parece inexistente, emocionalmente sufre un severo impacto y por ello la importancia de contar con una atención multidisciplinaria que no sólo se enfoque en el tratamiento médico, sino que tome en cuenta el manejo de las emociones.

El cáncer no sólo lo padece quien lo tiene diagnosticado, detrás de cada persona que se encuentra enfrentando esta enfermedad existe una red de apoyo conformada por familiares o amigos, así como equipo médico, entre los que destacan oncólogos, radiooncólogos, enfermeras, trabajadores sociales y psicooncólogos.

En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas, de adecuarse de manera abrupta a la nueva realidad y a sus modificaciones; ante este proceso, el tratamiento dependerá de la evolución de la enfermedad, por lo que deberá aprender a estar en constante readaptación.

A menudo cuando se habla de paciente con cáncer se toca el tema sobre la calidad de vida; sin embargo, ¿a quién le ha preocupado la calidad de vida del cuidador primario o del sistema que acompaña a este paciente? Estos resultados parecen muy claros, familiares con altos índices de estrés y enfermedades que en ocasiones pueden resultar tanto o más discapacitantes que las del enfermo al que cuidan.

Los familiares deben organizarse y ser capaces de adaptar esta nueva condición a su cotidianidad, cada uno reconociendo sus propias debilidades y fortalezas debe apoyar en las tareas, debido a que si se queda uno solo con toda la responsabilidad, supone una carga muy pesada que, como hemos visto, el cuidador primario debe soportar.

La calidad de vida también debe ser considerada para las personas que no tienen un diagnóstico de cáncer, pero viven los efectos de un diagnóstico de cáncer en la familia, pues al hablar de calidad de vida se incluyen factores sociales, psicológicos, físicos y en algunos casos espirituales que se ven afectados por la responsabilidad del cuidado de un paciente oncológico.

Por lo anterior, la atención al cáncer debe ser multidisciplinaria e integral, dirigida tanto al paciente como a la familia debido a que con este padecimiento derivan otras complicaciones. En un México idóneo la atención al cáncer debe abarcar diferentes aspectos, pero en la realidad, aquellos que no consiguen tener esa atención buscan espacios en las diferentes osc para tener acceso a un especialista en nutrición, un psicólogo o psicooncólogo, trabajador social, entre otras especialidades que facilitan el correcto tratamiento del padecimiento.

Ante este panorama, la labor de las osc es fundamental para brindar esa atención multidisciplinaria e integral que se debe incorporar en un proceso de cáncer.

Referencias

- American Cancer Society (2019), *¿Qué es el cáncer?* Disponible en <<https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>>. Consultado el 21 de febrero de 2019.
- Astudillo, A. W. y A. C. Mendinueta (2007), *Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*, Madrid.
- Secretaría de Salud (2019), *El cáncer en México y el mundo. Infocáncer*. Disponible en <<https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales>>. Consultado el 10 de marzo de 2019.
- Stewart, Bernard W. y Chris Wild (2014), *World Cancer Report 2014*. IARC, 2014. Disponible en <<https://shop.iarc.fr/products/world-cancer-report-2014>>. Consultado el 12 de febrero de 2019.
- Zambrano, C. y C. Ceballos (2007), "Síndrome de carga del cuidador", *Rev.Colomb. Psiquiat*, núm. 36 (Supl 1). Disponible en <in-canmexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>.
- Zambrano Cruz, Renato y Patricia Ceballos Cardona (2007), "Síndrome de carga del cuidador", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI, núm. 1, Bogotá, Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá.

FIBROSIS QUÍSTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO DESDE EL TRABAJO SOCIAL

José Luis Alfaro Hernández¹

Susana Alatraste Aguilar²

Resumen

Este trabajo tiene principalmente tres objetivos: el primero es documentar la historia de vida de un paciente pediátrico diagnosticado con fibrosis quística; segundo, presentar las implicaciones sociales y económicas para la atención del padecimiento; y, por último, describir la intervención del trabajador social basado en el enfoque etnográfico.

¹ Candidato a doctor en Ciencias de la Educación por el Colegio de Estudios de Posgrado de la Ciudad de México, realizó la maestría y licenciatura en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social; conferencista en varios espacios; profesor titular del Diplomado de Metodología de la Investigación Social; revisor de tesis de residentes médicos en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez; profesor en el curso Metodologías cualitativas en la atención al paciente: una mirada desde el Trabajo Social en la atención individualizada en el Hospital Infantil de México, Dr. Federico Gómez.

² Candidata a doctora en Ciencias de la Educación, por el Colegio de Estudios de Posgrado de la Ciudad de México, maestra en Administración de Hospitales, por el Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública, realizó la licenciatura en Trabajo Social, por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Sus líneas de investigación están relacionadas con la metodología de la investigación; ha participado como ponente y revisora de trabajos de investigación.

El artículo documenta la intervención del Trabajo Social a partir de la entrevista en profundidad a los actores de este proceso; se destacan las cuestiones culturales y el padecimiento hereditario que, desde la perspectiva de las familias, se considera algo cotidiano debido a que desde los ancestros se ha presentado el mal del Xocoyotl, padecimiento asociado a cuestiones mágicas y curado a partir de uso del armadillo para atender el padecimiento. Durante el proceso se fueron presentando situaciones sorprendentes, propias de los estudios cualitativos, en las que apreciamos violencia hacia las mujeres, un machismo avasallante que ha dominado a las mujeres de forma permanente y que a su vez ha propiciado que el gen de la fibrosis quística se encuentre en la población; de hecho, en los recorridos realizados logramos observar que la mayoría de la población posee apellidos similares, y con el uso del genograma logramos identificar que en generaciones anteriores hubo alguna relación entre los bisabuelos tanto por línea materna como paterna, hecho que da cuenta de una situación cultural pero, además, implica que el padecimiento vaya mutando haciendo más difícil su diagnóstico y tratamiento, aunado al gasto para la atención es insostenible porque en promedio las familias tendrían que destinar cerca de \$50 000 pesos para atención. Se destaca el uso de la entrevista, el genograma, el diario de campo y en particular el sistema informático Atlas Ti, que contribuyó a la generación de las categorías de análisis de una forma ordenada y que brinda un soporte al trabajo desarrollado. De forma general, busca mostrar la intervención del trabajador social en el área de la salud, y que implica conocer el fenómeno desde el lugar donde se escriben las historias, potenciando así el trabajo de campo, sustancial para nuestra profesión.

Palabras clave: Trabajo Social, genograma, diario de campo, etnografía, fibrosis quística, cultura.

Introducción

El presente caso se detectó a partir de que la familia acudía constantemente al Departamento de Trabajo Social del Hospital Infantil de México a solicitar recursos económicos para transportación y medicamentos, de ahí que nos preguntamos: si no posee los recursos, al menos para el transporte, ¿cómo aseguraría la familia el apego al tratamiento? Por ello, surgió el interés por realizar un trabajo etnográfico en el que se pudiera documentar las experiencias de la familia durante el proceso de atención a la salud pero, además, también se buscó la forma de hacer visible el padecimiento, el cual ha sido desestimado no sólo por el sector salud sino por la población, debido a que existe un desconocimiento de la sintomatología y tratamiento del mismo.

Para ello, en un primer momento se realizó una entrevista no estructurada a la madre del paciente con la finalidad de generar confianza. Posteriormente se acudió a la comunidad llamada El Cantarito, perteneciente al municipio Tempoal, en Veracruz. La finalidad de acudir al lugar de residencia del paciente era conocer la experiencia de familiares y de aquellas personas con las que el paciente interactuaba, en particular con sus compañeros de escuela y de la iglesia. Se realizó un recorrido para conocer los espacios de interacción de éste, visitando la escuela, la iglesia, la casa de los bisabuelos maternos y el pozo –lugar de donde extraen agua para beber–. Se utilizaron técnicas e instrumentos característicos de la investigación cualitativa, como entrevistas semiestructuradas, observación participante, y el diario de campo, instrumento sustancial para recuperar el lenguaje no verbal expresado por los entrevistados, e ir documentando los elementos simbólicos que giran en torno a la enfermedad.

En tercer momento se sistematizó la información utilizando principalmente el sistema informático Atlas Ti, lo que permitió rescatar categorías que dieron cuenta de los pensares y sentires de las personas, como enfermedad, salud, familia, miedo, fibrosis quística y cultura.

Cabe resaltar que el trabajo de campo permitió apreciar cuestiones culturales que en cierto momento han hecho que este padecimien-

to se encuentre entre los habitantes debido a que está asociado a un componente genético, entrecruzándose con cuestiones mágicas, medicina tradicional y violencia de género.

¿Qué es la fibrosis quística?

En el Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez", existe la especialidad de neumología. Entre los diagnósticos que se atienden se encuentra la fibrosis quística, padecimiento que no es lo bastante conocido por personal médico de otras instituciones, por otras disciplinas, ni por la población, lo que genera que la atención para este tipo de padecimiento no sea la adecuada. Por lo tanto, cuando acuden al Hospital Infantil algunos pacientes presentan daños irreversibles al sistema respiratorio y otros sistemas que comienzan a presentar estragos.

La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad que se transmite con carácter autosómico recesivo, de modo que un individuo portador o heterocigoto es aquel que tiene un alelo *CFTR* normal y un alelo *CFTR* mutado; son asintomáticos, lo cual implica que una copia normal del gen *CFTR* es suficiente para proteger contra la enfermedad. Cuando dos individuos heterocigotos (portadores) procrean hijos, las posibilidades para cada embarazo serán:

- a. 25% de heredar dos alelos con el defecto en el gen *CFTR* y por lo tanto estos individuos desarrollarán el fenotipo del padecimiento.
- b. 25% de probabilidades de heredar dos alelos no mutados (sin el defecto en el gen *CFTR*), por lo que estos individuos serán sanos, no portadores y no enfermos.
- c. 50% de probabilidades de heredar solamente uno de los alelos con el defecto en la proteína *CFTR*; en estas circunstancias, el individuo será portador (Lezana, *et al.*, 2015, p. 5).

Este padecimiento afecta principalmente a los pulmones, páncreas, hígado e intestino, y genera una mucosidad espesa que se adhiere a

los pulmones que, si no son expulsadas con el tratamiento adecuado, ocasiona infecciones. Además, los pacientes no logran ganar peso debido a que el páncreas no absorbe todos los nutrientes, teniendo así pacientes que están en riesgo de fallecer a temprana edad.

La morbimortalidad de esta enfermedad está relacionada con la afectación pulmonar y sus complicaciones son responsables del 95% de los fallecimientos de los pacientes que la sufren. En 1950 estos enfermos fallecían antes de los 2 años; dos décadas después la mediana de supervivencia se incrementó hasta los 15 años. En el 2009, la Cystic Fibrosis Foundation publicó en su registro anual una mediana de supervivencia de 35.9 años en los países desarrollados europeos, y para los nacidos a partir de la década de 1990 existe una expectativa de vida de más de 40 años. El aumento tan importante de la supervivencia de estos pacientes en los últimos años es debido a una serie de factores entre los que ha contribuido de forma determinante la implementación del diagnóstico precoz a través del cribado neonatal del recién nacido (Salcedo, *et al.*, 2012, p. 125).

Las estadísticas referidas nos hablan de una realidad completamente diferente a nuestro país. En México la situación es totalmente distinta porque uno de los factores que inciden en los fallecimientos son el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, pero en nuestro caso se estima que las familias tendrían que destinar cerca de \$50 000.00 para tener un tratamiento adecuado, lo que permitiría una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

Para conocer el fenómeno en el Hospital Infantil, se realizó un diagnóstico en el año 2016, en el que se encontró que había 140 pacientes de los cuales 94% se encontraban vigentes con número de registro, 6% eran de la preconsulta aún sin número de registro hospitalario, 57% son de sexo femenino y 43% masculino; en relación con el nivel socioeconómico, 44% tenía nivel 1, 32% nivel 2, 11% nivel 3, 1% nivel 4, 7% nivel 6 o con seguridad social y 5% pacientes subrogados por alguna institución de salud. En lo referente a la vivienda, 27% poseía casa propia, 26% rentaba, 45% estaba en casa prestada y 1% habitaba en un lugar en proceso de regularización. En cuanto al grupo familiar, 63% estaba

integrada de 2 a 4 personas y 37% de 5 a 7 miembros. En lo relacionado con el ingreso económico, 8% contaba con menos de un salario mínimo, 33% con un salario mínimo a un salario y medio, 48%, con más de un salario y medio a 3, 3% con más de 3 a 4 y medio salarios mínimos, 3% con más de 4 salarios a 6, y 5% con más de 6 a 8 salarios. En lo que respecta al empleo, 2% no poseía trabajo, 12% eran becarios o jubilados, 29% eran trabajadores no calificados, 14% oficiales operarios ayudantes, 21% se dedicaban al comercio, 9% operarios de maquinarias, 7% empleados de oficinas, 5% se desempeñaban como técnicos profesionales de nivel medio y 1% eran profesionistas, científicos o intelectuales. Para finalizar, se incluyó una pregunta para conocer si en las familias existían antecedentes relacionados con el padecimiento, refiriéndonos lo siguiente: 41% sí tenían antecedentes y 59% no.

Con este perfil de los pacientes con diagnóstico de fibrosis quística se aprecia la magnitud del problema para las familias, situación que los ubica en vulnerabilidad social, económica y de salud.

Primer acercamiento a los sujetos de estudio

El 2 de abril de 2014 se realiza la primera entrevista con la madre del paciente y esto es lo que nos comentó, dando inicio con el trabajo de investigación. La entrevista se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez", acepta que hablemos de la historia familiar y de vida de Juan Carlos Hernández Medina, originario de la comunidad El Cantarito, en el estado de Veracruz. Lo presentado a continuación es la narración del contexto familiar.

Nos casamos cuando yo tenía 13 años y él 17, nos conocimos en la escuela "José Vasconcelos", ubicada en nuestra comunidad; nuestro noviazgo duró un año. Juan Carlos no estaba planeado que lo tuviéramos, pero estaba enamorada. Él me dijo que nos fuéramos y que si no, me dejaría, y pensé: "si no me voy con él qué hago, ¿me voy o no me voy?"; me repitió, "¿o no quieres estar conmigo?". Yo estaba enamorada, ahora pienso que eso fue un chantaje, nunca habíamos estado juntos (se refiere a relaciones

sexuales), nunca traté ese tema con mi mamá, me daba vergüenza, ese día que me fui con él, me dijo que me esperaba en la vereda que nos lleva al camino como a las 7 u 8 de la noche, nos fuimos a la casa de sus papás. Él trabajaba en un rancho como velador, al otro día se fue y me dejó encargada con su mamá, ella me encerraba y no me dejaba salir, ni para ir a ver a mi familia, si tenía que ir al monte por leña o agua me vigilaba.

Ya embarazada me dio varicela, me espantó la partera porque me dijo que podía abortar, eso me hizo ponerme triste, pero me entró una duda, ¿será cierto? Por ello acudí al médico y me dijo que no había ningún problema y no me dio ningún medicamento, así se cumplieron los nueve meses, comencé a sentir dolores, pero no sabía que ya iba a nacer, el padre se mostró preocupado, caminamos y pedimos un aventón debido a que la carretera está a 16 kilómetros de distancia y de allí todavía 50 minutos más. Ya en el Hospital General de Tamaulipas, más o menos como a las 5 horas me revisó un médico y me dijo que todavía no era el momento, pero me internaron, él me comentó que debería estar cuidando muñecas pero ahora iba a cuidar un bebé de verdad. Como a las 8 o 9 de la noche nació por parto natural, porque me había dicho que iba a ser cesárea, al inicio sentí miedo porque no sabía qué me iban a hacer, estaba emocionada, en eso se acercó una enfermera y me dijo: "es tu bebé, dale un beso", me sentí alegre, pasó el padre y dijo: "está grande, está bonito y tú cómo te sientes", le contesté que me sentía bien adolorida, no me dieron ganas de comer por el dolor. Al otro día, como a la 1:00 me fui, nos fue a traer el administrador del rancho donde trabajaba mi esposo, nos quedamos en un cuarto construido de madera y lámina con piso firme.

Desde el primer día él nos cuidaba y me ayudaba a bañarlo y a bañarme, yo quedé un poco mal, porque era la primera vez (ríe). Estuve en el rancho (Ciudad Mante, Tamaulipas) y como en dos días no fui a mi casa porque de camino son como ocho horas; después me llevó a la casa de su mamá ubicada en el mismo pueblo de mi familia (El Cantarito, Veracruz), no los podía ir a ver, la mamá me decía que su hijo se debía haber casado con mi prima o con otras mujeres, no me dejaban salir sola; para ir por leña o agua ella me tenía que acompañar, me sentía como encerrada, le decía a la señora que me dejara ir a ver a mi mamá, sólo hacia cara de enojada, le dije a

mi esposo que nos fuéramos a vivir a otro lado, él sólo contestaba que ésa era su casa y nos regresamos a Tamaulipas, sin ver a mi familia.

Como a los tres meses se enteró mi esposo que iba a haber bautizos en nuestra comunidad (Tempoal), pero había que ir a pláticas, me mandó para que estuviera allí, de ese momento hasta la fecha ya no lo vi hasta el día del bautizo.

En una ocasión me salí para que mi familia conociera a Juan, mi mamá me dijo: "¡qué niño tan grande y tan bonito!, ¿por qué no me dijiste del nacimiento?", y me preguntó: "¿cómo pasaste el embarazo?", le dije que me enfermé y comentó: "¿quién te cuidó?", le contesté: "nadie". Ya en ese momento tenía una gran duda, porque tenía tres meses que no veía mi regla y ella me dijo que es normal, que a veces una tarda entre 3 o 4 meses. Allí le comencé a hacer preguntas que tenía, como: "cuando nace el niño por primera vez, las parteras te cortan hasta el ano para que nazca", "aquí no", "pues a mí sí"; además le dije que me había puesto el dispositivo y me dijo: "¿qué es eso?", "no sé qué será, pero a mí me lo pusieron para planificar", se espantó y me dijo: "no te lo hubieran puesto porque te va a hacer daño, porque aquí no acostumbramos esas cosas", "no lo sé, los doctores sólo te dicen 'firme aquí'". Me sentía molesta por lo que me había dicho mi mamá, fui con los doctores de Tempoal y me dijeron que no lo podían quitar.

Mi madre y mis hermanos (mi papá no estaba) estaban emocionados porque ya tenían otro sobrino-nieto, me sentí un poco mal porque a los 15 años ya era mamá, pensaba decirle a mi mamá que lo cuidara porque me sentía incapaz. Le dije que me ayudara a bañarlo porque aún no había aprendido ya que el papá era quien lo hacía, esa noche llegó mi papá, no mostró cariño.

A veces siento que no disfruté mi etapa de niña, no tuve oportunidad de conocer mi cuerpo ni de ir a la escuela porque tenía que ir a vender con mi abuelita, vendíamos en la plaza nopales, hojas, jacubes, pemuchis o colorines, yo como mujer tenía que ayudar más a mi mamá.

Tiempo después el padre comenzó a andar con mi prima, ella le platicaba que mi papá tomaba mucho y nos pegaba y que yo andaba con alguien. El hermano de mi papá me reclamaba y me decía que lo que me pasaba me

lo tenía bien merecido porque él no me quería a mí sino a su hija, después esa hija tuvo un hijo del esposo de su hermana, es decir, su cuñado.

A los 2 o 3 meses Juan enfermó, le dio calentura, tos y vómito, no quería comer y lloraba. Lo llevé al médico particular y me dijo que era bronquitis, le recetó medicamento, pasaron como 15 días y no se componía, sólo dormía, mis familiares me indicaron que fuera a ver a un curandero de la comunidad de "La Campana", fui y no mejoró, para ello, el padre no sabía lo que estaba sucediendo.

Aproximadamente como a los tres meses regresa el padre de Ciudad Mante, me regañó, me dijo que yo tenía la culpa porque no lo sabía cuidar, le dije: "sí lo cuido, lo hago lo más que puedo", y me dijo que a lo mejor como estaba con mi familia por eso se enfermaba. Vi que cuando regresó mi esposo ya no era el mismo, lo vi como más despierto, era diferente, era más abierto, luego comenzó a emborracharse y me decía que era una pen-deja, una bruta, yo sólo lloraba por lo que me decía.

Me quedé con mi mamá como dos meses mientras era la fiesta del bautizo de Juan. El día de la fiesta nadie de mi familia fue porque él no los invitó; además, porque era en la casa de él. Mi suegra hizo de comer *pascal*, comida que se da en las fiestas, el cual consiste en pollo con ajonjolí, chile ajo y comino molido en el metate. Ellos (los hombres) tomaron cerveza, yo me sentía triste porque no estaba mi familia, no quería comer y mejor me metí al cuarto de su casa, ya más tarde nos fuimos a mi casa. Al otro día me dijo que se tenía que ir a trabajar a Tamaulipas y me preguntó: "¿te quedas en mi casa o en tu casa?", le contesté que en la de mi mamá.

Posteriormente acudí con el médico particular para quitarme el dispositivo, a los dos meses me embarazo, y cuando le dije que estaba embarazada me dijo: "¿otra vez?, si no estás conmigo", recuerdo que se enojó mucho y me dijo: "¿por qué te lo quitaste?", le contesté: "como a ti no te dolía, a mí sí".

Durante mucho tiempo estuve yendo y viniendo de Tamaulipas a Tempoal. Ya con Juan y su hermana, me entero que estoy embarazada y nace su hermana en el IMSS de Ciudad Mante y coincide con el primer internamiento de Juan por tos, calentura y vómito. Me dijeron que era bronco-neumonía y otra enfermedad que no recuerdo, estuvo hospitalizado tres

meses. Su hermana Mariana, como ya caminaba, mi esposo la mandó a Tempoal para que mi familia la cuidara, yo me espantaba porque no sabía qué tenía mi hijo y me preguntaba por qué se enfermaba, en qué momento me descuidé, se me hizo difícil porque nunca había estado en un hospital. El padre decía que era mejor que estuviera hospitalizado, porque las enfermeras sí lo sabían cuidar y yo no, me decía que mejor me fuera de allí para que Juan estuviera mejor, yo entendía que lo dejara con los médicos y las enfermeras lo vieran y que mejor yo me fuera para la casa para que lo atendieran. Le decía: "yo no me voy a despegar de mi hijo", me ponía triste, él me decía que nos fuéramos a la casa para que le diera de comer, yo le contestaba: "tú estás bien, tú te puedes hacer de comer", en varias ocasiones me decía: "vete a descansar a la casa", me iba, y cuando veía que llegaba a la casa le preguntaba: "¿qué no te ibas a quedar?", no contestaba y me comenzaba a forzar para tener relaciones sexuales. En una ocasión recuerdo que cuando regresé de la casa me dijeron que Juan tenía 40° de temperatura y que era tuberculosis y lo tuvieron en un cuarto aislado por 15 días, al término de este tiempo me dicen que le van a dar un pase para Monterrey y al final lo mandan a Tampico.

Así termina la primera entrevista con la madre y se acuerda acudir a su comunidad el día 9 de mayo del mismo año.

Trabajo etnográfico

En la Central de Autobuses del Norte tomé un camión del grupo ADO que corre hacia Pachuca, Huejutla, Tempoal y Pánuco. Llego a la terminal de Tempoal aproximadamente a la 4:30 de la mañana, desciendo del autobús y se siente calor húmedo que de sólo caminar comienzo a transpirar. Me invade un poco el miedo al estar alejado de mi contexto pero además sin conocer a la gente que transita por allí; observo a bastantes personas ya caminando por las calles, algunos barriendo, otros vendiendo, aún está oscuro. Pregunto a una persona cómo le hago para llegar a la comunidad de *El Cantarito*, me dice que debo tomar un transporte de la línea Conexión que me deja a pie de carretera.

Llego al lugar indicado, transito por un camino de terracería por 20 minutos, es la primera vez que acudo a la comunidad, escucho aullidos como de un perro pero con un tono como seco, como sin eco, algo extraño –después me enteraría que eran coyotes–, continúo mi camino contemplando la luna, avanzo y encuentro unas casas, recordando las particularidades comentadas por la madre, en el trayecto me encuentro a una mujer con su hijo, les pregunto por la señora. Leonarda, madre del paciente, señala conocerla “es mi amiga, yo lo llevo, venga”. Avanzamos otros 15 minutos, llego al domicilio, son aproximadamente las 5:15, mis acompañantes me dejan allí, grito el nombre de la madre y comienzan a ladrar varios perros, afortunadamente sale en mi ayuda, me grita: “¡licenciado!, sí vino, pásele”. Me lleva hacia el frente de la casa, comienza a salir la familia y todos me saludan, el abuelo materno me dice: “qué gusto, ya me había hablado mi hija de usted y nos comentó que vendría, no le creímos, pero qué bueno que ya llegó, ésta es su casa”. Pide a la señora Leonarda que traiga unas sillas, nos sentamos, comienzo a establecer confianza y me presento, y posteriormente pregunto quiénes son ellos.

En la entrada de la casa del paciente observo una mesa del lado izquierdo con varias imágenes religiosas, y al frente la virgen de Guadalupe. El material de construcción es techo de palma, paredes de carrizo y piso de tierra.

La mañana comienza a aclarar, las familias que viven alrededor salieron y me dieron un gran recibimiento, observo que en un cuarto de al lado están preparando alimentos, la señora Leonarda está haciendo tortillas. Durante la entrevista el abuelo se para y se dirige hacia el espacio destinado como cocina-comedor, me llama y me dice: “licenciado, vengase”. Yo invito a la abuela y avanzamos hacia el lugar, me dice: “síntese”, volteo a ver a la señora Leonarda y a la señora Celsa para invitarlas a integrarse al desayuno, me ve el abuelo y me dice de forma imperativa: “síntese, que le sirvan”. Iniciamos a desayunar, las señoras Leonarda y Celsa sólo se acercan para proporcionar los alimentos, consistentes en tortillas de maíz hechas a mano, salsa de jitomate y café, la comunicación se detuvo por unos momentos, sólo acierto a decir: “está muy bueno, gracias”.

Aprecio que Juan Carlos, el paciente, se está alistando para acudir al festival del 10 de Mayo que se organiza en su secundaria, le pido si lo puedo acompañar, me responde afirmativamente, agradezco los alimentos y me voy con él. Me dice que cruzaremos por una vereda para no dar toda la vuelta, caminamos por un bosque en el que hay plantas y árboles como palmas, plátanos y algunas que no conozco, también observo una gran variedad de vegetación. Salimos a un camino de terracería, caminamos como 10 minutos, le pregunto para conocer con quién de sus compañeros de clase tiene mayor relación, refiere que sólo un compañero y tres compañeras. Subimos un poco más para llegar a la escuela primaria federal "José Vasconcelos", adornada con palmas y flores de colores hechas de papel, me da una bolsa de color negra, me pide que la sostenga y me dice: "ahorita regreso", le contesto que lo espero, mientras tanto observo el contexto: los asistentes al evento son personas que se aprecian de posición económicamente baja, la escuela está integrada por cuatro salones, el medio ambiente es todo de un color verde, los árboles son frondosos, palmas, pasto y zopilotes.

Observo que el paciente platica con una persona, caminan hacia mí, me presenta con la maestra y directora de la escuela, me dice: "soy la maestra Luz María Hernández Acosta, mucho gusto", le proporciono mi nombre y la finalidad de acudir a su comunidad, me da la bienvenida y se retira.

Como a las 9:30 horas por el altavoz se escucha a uno de los profesores decir: "el evento está próximo a iniciar". Se decidió juntar a los alumnos de la escuela primaria y la telesecundaria "Luis Donaldo Colosio Murrieta" para que sea un solo evento y evitar que las madres estén en un lugar y en otro, al fondo del patio se aprecia una tabla de color verde con flores de color rosa y azul con letras anaranjadas que dice: "Felicidades mamá", para este momento ya llegó la familia del paciente.

El festival inicia con las mañanitas interpretadas por Enrique, tío materno del paciente, siguieron los alumnos del 1er año con una poesía, posteriormente los de 2º grado de primaria bailaron el tema "El Negrito Bailarín" de Gabilondo Soler: por el altavoz un profesor invita a

participar a las mamás en el concurso de costales y otro que consistía en correr de un extremo a otro llevando una cuchara en la boca haciendo equilibrio y llevando un huevo. Así continuó el festival y concluyó con el bailable "El Cerro de la Silla"; durante el evento la mayor parte del tiempo estuve observando al paciente, cómo era la interacción con sus compañeros y su familia.

Camino hacia la maestra Luz María para solicitar que en la próxima visita me permita hacer una entrevista a lo que ella acepta; acordando vernos próximamente, nos retiramos del lugar.

Me invitan a ir con la bisabuela materna del paciente, caminamos por un camino de terracería alrededor de 5 minutos, se accede por una puerta de alambre de púas, subimos una pequeña pendiente y llegamos a la casa construida con tablas, palma y piso de cemento, al fondo observo un espacio dedicado a imágenes religiosas.

Me presento con los bisabuelos y les comento la finalidad de acudir a su comunidad. Ellos me refieren que hace muchos años este padecimiento se presentaba y lo conocían con el nombre de xocoyotl, las personas presentaban mucha tos y siempre estaban delgados; refieren que además, se consideraba que habían sido embrujados, y para curarlos se cazaban armadillos y la concha se ponía en un comal hasta que se deshiciera para posteriormente se aplicara en la espalda de las personas, sólo así se curaban, tiempo después fallecían.

Aproximadamente a las 15:00 horas terminamos con la visita a los bisabuelos del paciente y caminamos hacia la casa de la familia, bajo un calor impresionante y entendí por qué las personas utilizaban su rebozo o un trapo para cubrirse la cabeza: es un calor sofocante, así caminamos por una vereda y llegamos nuevamente a la casa.

Mercedes y Mariana, hermanas del paciente, me ofrecen agua, claro que acepto, también me ofrecen una silla, me siento frente a la casa, junto a las imágenes religiosas. Aproximadamente a las 15:45 horas, se presenta un grupo de seis compañeros de la escuela del paciente y me solicitan que les hable de su enfermedad.

Les hablo de las características de la fibrosis quística, hago hincapié en las dificultades económicas que representa para la familia el destinar

dinero a la atención a la salud; señalan que había situaciones que no conocían, pero que están dispuestos a ayudar a la familia. Bajo un clima caluroso terminamos la sesión aproximadamente a las 5 de la tarde, sus compañeros se retiran agradeciendo la información proporcionada.

Decido hablar con Mariana, hermana del paciente, le pregunto en relación con el padecimiento de su hermano y su experiencia con el proceso de su atención a la salud, me contesta: "yo sólo sé que tiene un problema en sus pulmones que no le permite respirar bien, por eso usa el concentrador de oxígeno, siempre que va a la Ciudad de México me da miedo porque no quiero que se quede hospitalizado o que ya no vaya a regresar"; llora y dice: "no sé qué puedo hacer para que él no esté enfermo, quiero que se cure", me pide terminar la entrevista.

Le pido a su hermana Mercedes si le puedo hacer unas preguntas, aprecio que tiene un padecimiento de labio y paladar hendido, me dice que sí, le pregunto qué sabe del padecimiento de su hermano, y señala: "sólo sé que está enfermo, no quiero que le pase nada, lo quiero mucho", al escucharla confirmo su padecimiento, se acerca la madre y me dice: "anteriormente a ella la atendían en el Hospital General de Poza Rica, la dejé de llevar debido al alto costo que implicaba la atención", comenta la hermana: "no quiero que me atiendan a mí, quiero que curen a mi hermano", con estas frases terminó las entrevistas con ellas.

Aproximadamente a las 19:30 horas me invitan a comer, paso a la cocina-comedor construida de techo de paja, paredes de palmas, piso de tierra, un tlecuil (espacio pequeño con piedras a los lados y al centro madera). Me sirven la comida mientras mantenemos una plática acerca de las festividades en la comunidad, mencionan que el 10 agosto es la fiesta del santo del pueblo, y los días 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre se realiza el Xantolo, la madre señala que es una festividad en la que la gente se prepara para recibir a los difuntos, mencionan que la comunidad celebra en la plaza principal del Municipio de Tempoal, allí llevan comida, pan, hacen bailes tradicionales, es toda una fiesta.

Son aproximadamente las 21:00 horas, me despido al mismo tiempo que agradezco las atenciones, y me extienden una invitación para acudir a sus festividades. Salgo del domicilio para ir a la terminal y co-

menzar mi regreso hacia la Ciudad de México, toda la familia me despide, algunos me acompañan a la carretera para tomar el transporte que me regresará.

Durante la espera para la salida del autobús a las 11 de la noche, realizo un recorrido por la plaza de la cabecera municipal, lugar muy tranquilo combinado con un calor más agradable por la noche que durante el día; al poco tiempo llega mi autobús. Llego a las 6 de la mañana a la Central de Autobuses del Norte.

Días después de mi regreso recibo una llamada por parte de la señora Leonarda, madre del paciente, me invita a acudir a la salida de la primaria del paciente el día 11 de junio de 2014, aceptó la invitación y comienzo con la organización del viaje.

El 10 de junio salgo nuevamente de la Central de Autobuses del Norte con rumbo hacia El Cantarito, llego a las 5:45 horas, la familia me recibe, se percibe un ambiente de fiesta, todos van de un lado a otro, observo parte de los rituales previos a la celebración, es un día nublado, pareciera que va a llover.

Observo a Eduardo, tío materno del paciente, y le pregunto si sabe en dónde hay una tienda para comprar algunos productos, a lo que me responde: "hay que caminar como 20 minutos y abren a las 7:30 horas", de tal manera que le pido que me acompañe con la finalidad de hacer un recorrido por la comunidad y entrevistarlo. Eduardo acepta y emprendemos el recorrido (habríamos caminado unos 5 minutos cuando empieza a llover de una forma impresionante).

Comienzo con la entrevista, preguntándole si recuerda cuándo el paciente comenzó a presentar manifestaciones. Refiere que él tenía alrededor de 10 años y el paciente como 3, menciona que solían decir que estaba "malo", que se lo llevaron a México, y que se preguntaba: "¿qué vamos a hacer si se muere?, ¿qué vamos a hacer?, ya no lo vamos a ver aquí, entonces ¿cómo va a ser la vida sin él?, es lo que he pensado si él no está, él es el único niño en la familia, ¿cómo le vamos a hacer? Tiempo después mi hermana nos llamó y nos dijo que se había quedado hospitalizado y que había pasado la noche bien, entonces ese día hubo más alegría."

Después de su respuesta, le pregunto qué piensa de la situación de Juan, a lo que responde: "si consiguiera todo el medicamento y se realizara todas las nebulizaciones y usara el concentrador de oxígeno, que haga todo lo que le dicen, quizá pueda mejorar y quizá ya no ocupe tanto los aparatos, siempre le estamos diciendo que se tome los medicamentos y se conecte al concentrador para que esté bien, pero a veces no hace caso, le hemos dicho: 'para que estés bien ponte el medicamento y usa el concentrador'. ¿Por qué crees que haga eso?, cuando estaba más chiquito sí tomaba su medicamento y usaba el concentrador de oxígeno, pero ahorita ya no tanto porque ya tiene más años, ya está en otra etapa, ya en otra etapa uno se vuelve más rebelde". En ese momento me pregunta: "crees que le dé pena o por qué lo hace", a lo que respondo: "no tanto por pena, sino por la edad que tiene, uno no piensa en lo que hace"; a lo que Eduardo menciona: "ahora ya tiene novia, ¿crees que haya influido esa situación para considerarse como los demás o tenga pena?, siento que se debe a que él se quiere sentir como nosotros que no tenemos enfermedad, pero le decimos que tome su medicamento: 'quizá cuando seas más grande ya no vas a necesitar el medicamento, quizá sólo ocupes una pastilla, ya será menos', él sólo escucha, a veces cuando se siente mal ya usa el medicamento y el concentrador de oxígeno, por ejemplo, cuando llega de México llega bien, unos días está bien y luego ya no se pone el oxígeno, lo deja otra vez porque se siente bien."

¿A ti, su mamá te ha comentado cómo se siente en relación con la situación de Juan? "Nos ha dicho a todos como que ya quiere dejarlo porque no hace caso, no se pone el medicamento, le dice: 'no me haces caso, entonces si te quieres morir, ya no te voy a llevar al hospital' ". Así terminamos esta entrevista bajo un fuerte aguacero que nos acompañó todo el camino y se pudo obtener información desde el sentir del tío materno.

Llegamos a la tienda de DICONSA, ya estaba abierta, compramos algunos víveres para la hora de la comida, y nuevamente regresamos por el mismo camino, se percibía un ambiente húmedo cálido, con un olor a tierra mojada, se escucha el canto de los pájaros y las ranas.

En la casa nos están esperando para desayunar, está la mayoría de la familia, excepto el abuelo, a quien observé se encontraba en uno de los cuartos; procedemos al desayuno: café, tortillas hechas a mano y huevo, se aproxima el momento de acudir a la iglesia y posteriormente encaminarnos hacia la escuela para la clausura.

Salimos de la casa e iniciamos un recorrido como de 25 minutos, llegamos a la iglesia, había varios niños y niñas, observo a Juan, que viste de forma diferente a los demás, me dice una de sus hermanas: "es que él es el acolito, entonces, debe estar al frente con el padre". Ingreso a la iglesia tratando de tener un lugar panóptico donde pueda observar el desarrollo del evento, en particular aprecio que toda la familia del paciente tiene una función dentro de la iglesia, se aprecia la emoción tanto de los padres como de los alumnos. Se termina la celebración religiosa y me indican que debemos acudir a la escuela para la clausura, allí me encuentro a la profesora Luz María, me invita subir a su carro, avanzamos hacia la escuela e inicio con la entrevista.

Le preguntó: ¿usted sabe que es la fibrosis quística y las implicaciones que tiene?, a lo que ella responde: "es una enfermedad que creo tiene que ver con los pulmones y cuando el paciente tiene que acudir al hospital le justifico sus faltas; de hecho, a él le tenemos muchas consideraciones, por ejemplo, él debía estar en la escolta por el alto promedio que presenta, pero como tienen que ensayar durante el día evitamos que esté expuesto al sol, por ello, no le permitimos estar en ella, además, sólo sabemos que tiene que tomar medicamento y usar su concentrador de oxígeno". Continúa la clausura, la profesora se muestra preocupada y distraída por el evento, acordamos terminar con la entrevista.

Ese mismo día entrevistó a una de las tías del paciente: Silvia. Ella fue ganadora del segundo lugar en aprovechamiento, es muy cercana al él, le pregunto qué sabe del padecimiento, y señala que su hermana le ha dicho cuál es la enfermedad del paciente, recuerda que en alguna ocasión le dijeron que su sobrino se había enfermado porque lo bañaban diario por la mañana, y le pregunto: ¿has visto cómo se pone cuando enferma?, y responde: "sí, le duele la cabeza y tos con flemas, me da tristeza verlo, me pregunto por qué le pasó a él".

Al preguntarle a Silvia si la profesora les ha platicado a los alumnos sobre el padecimiento de Juan, refiere que sí, "de hecho, lo dejó fuera de la escolta debido a que se iba a cansar o le fuera a pasar algo", "¿y has notado alguna actitud de los compañeros hacia el paciente?", señala que a veces no lo llevan a dónde van los demás, debido a que se vaya a cansar; de hecho, algunos compañeros lo dejan jugar sólo un tiempo.

"Te acuerdas cuando le diagnosticaron o hablaron de la enfermedad?", "sí, cuando íbamos en el jardín de niños él empezó a sentirse mal, con dolor de cabeza, la maestra lo trajo en su carro a la casa y ella le explicó a su mamá cómo se había puesto".

"Tú, en el salón de clase, ¿has escuchado algún comentario?", "no, nunca dicen nada de él", y menciona que él ya tiene una novia que le escribe. "¿Tú le comentas algo para no usar el concentrador de oxígeno?, ¿a qué le puedes atribuir que no quiera usar el equipo?", "yo creo que es debido a que ve a mis demás hermanos que están jugando y él quiere jugar, a veces creo que es por flojera", "¿hay algo que no te he preguntado y que me quisieras comentar?".

También entrevisto a Mariana, hermana del paciente, quien tiene 11 años de edad. Le pregunto sobre lo que sabe del padecimiento de Juan y qué sabe de la FB, ella responde: "sé que a él se le va la respiración y se cansa mucho", "¿recuerdas algo que te haya generado alguna experiencia en relación a tu hermano?", "sí, cuando dijo que lo llevaron al hospital y que casi se les muere en el camino", "¿eso te generó algo?", "no lo recuerdo muy bien porque estaba muy chiquita", "¿has observado cómo lo tratan sus compañeros?", "lo tratan bien, dicen que hay algunos que se molestan, pero uno de sus amigos llamado Brayan dice que lo quiere, él lo invita de su almuerzo, le compra cosas en la escuela, le comparte todo con él", "¿has observado algo, que lo hagan a un lado para realizar alguna actividad?", "barrer, no lo dejan porque dicen que el polvo le puede hacer daño, al hacer educación física no lo ponen a correr, no nos llevamos bien, es que a mí me ponen a hacer cosas, por ejemplo, cuando hay que acarrear agua a él no lo ponen a cargar, le ponen más atención, peleo con él", "¿crees que esta situación se haya incrementado o cómo podrías calificarlo?", "ha ido disminuyendo esa

sensación, a veces quisiera ir a donde va él", "¿con qué finalidad?", "sólo acompañarlo para no sentir que me dejan sola, pero mi mamá me dice que no tiene dinero para llevarme, tiene razón porque no tiene dinero. Siento que lo quieren más a él, mi papá lo quiere más a él, porque cuando le pido dinero no me lo da, pero se lo da a él porque está enfermo y a mí no, a mí me da un peso".

Nuevamente acudo a la comunidad el día 16 de octubre de 2014. En esta ocasión la entrevista se enfoca al paciente, le pido si puede recordar algo de cuando inició su padecimiento, a lo que responde: "estaba muy chico, tendría como 8 años, sólo recuerdo que me dolía la cabeza, recuerdo que llegamos al hospital infantil, no había camas y nos dijeron que teníamos que espera una cama, y se desocupó una, me internaron y estuve como dos meses, después del internamiento fuimos a la casa de mi tía, después ya nos venimos para acá, sentí bien porque ya llegábamos, pero cuando regresábamos ya no quería regresar, al llegar todos me abrazaron y mi mamá les platicó cómo fue todo, recuerdo que mi papá me compró mi concentrador y nebulizador", "¿cómo te sentiste con el equipo?", "me sentía mejor aquí, pero cuando iba a la ciudad me enfermaba, me dolía la cabeza, yo le comentaba a mi mamá de cómo me sentía y me decía que era por el cambio de temperatura, después me hospitalizaron nuevamente y ya no quería estar hospitalizado porque me aburría y como ya estaba bien me quería regresar a la casa, cuando estaba allá extrañaba a toda mi familia".

El paciente menciona: "el no poseer dinero para el medicamento me da coraje, porque mi papá luego no me da para mi medicamento, sólo le digo a mi mamá pero a él no, él a veces me da el dinero y me dice que compre el medicamento", "tus compañeros, ¿en qué momento se enteraron de tu padecimiento?", "se enteraron cuando tenía 11 años, pero casi no saben mucho de la enfermedad, casi no les platico, hablamos de otras cosas, de cómo nos va, pero no me gustaría decirles porque me da vergüenza, por lo pueden pensar de mí, ellos me animan que me sigan tratando, algunos se burlan, por ello no les explico de mi enfermedad, pero la maestra sí les ha dicho porque investigó en internet y les dijo que las personas con fibrosis quística no pasan

de los 13 años porque se mueren y que es un milagro que me tengan allí porque estoy logrando pasar la edad", "¿después de ese comentario hubo algún cambio hacia ti de parte de algunos compañeros?", "sólo una compañera me preguntó qué tenía y qué hacía cuando venía al médico. Tengo coraje con mi papá, porque si no nos hubiera dejado mi mamá no tendría que andar pidiendo dinero para mis medicamentos, me da coraje hacia mi papá", "y bien, platicame de la relación con tus hermanas", "sólo tengo conflicto con mi hermana Mariana porque dice que todo el tiempo me lo dedican a mí, eso nos genera conflicto, aun y cuando mi mamá le explica."

Conclusiones

Hacer el trabajo de campo acudiendo a la comunidad, me ha permitido tener una visión diferente de las implicaciones sociales, económicas y culturales que existen y que enmarcan el padecimiento de la fibrosis quística que, por lo documentado, es un padecimiento que ha existido entre la población y que se asocia a cuestiones mágicas; por ello, para tratar de entender esta situación el enfoque cualitativo es sustancial.

Refiere Taylor y Bogdan (1987, p. 20): "En la metodología cualitativa el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las instituciones en las que se hallan."

Estar en un escenario distinto al propio te convierte en actor de estos procesos, te permite sentir, respirar y tratar de entender la cotidianidad de las personas y en particular la idea que tienen del padecimiento y la cura, construcción que desde su perspectiva se ha atendido, rescatando lo señalado por Taylor y Bogdan (1987) en el que refieren que hay que comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

La observación y la entrevista recuperan los sentires y los pensamientos proporcionados por los actores en el campo de trabajo. El diario

de campo contribuyó a documentar de forma constante y sistemática todo lo observado o experimentado por el investigador, para describir cómo las personas van aprendiendo a observar el mundo y asignando significados en su cotidianidad.

De forma general, el trabajo etnográfico es una metodología que para el ejercicio del Trabajo Social en el área de la salud es sustancial porque nos brinda la oportunidad de conocer al individuo desde su cotidianidad y entender su percepción del mundo y que, de esta manera, comprendamos su cultura, pero principalmente las construcciones familiares realizadas en relación con el padecimiento de salud.

Referencias

- Lezana, J., A. Bustamante, J. Ovando, R. Boites y H. Ruíz (2015), *Fibrosis quística. Guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento*, México, Intersistemas.
- Salcedo, A., S. Gartner, R. Girón y M. García (2012), *Tratado de fibrosis quística*, España, Justim.
- Taylor, S. y R. Bogdan (1987), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, España, Paidós Básica.

LAS REPERCUSIONES SOCIALES DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR MONOPARENTAL DE LA COLONIA SANTA CECILIA DEL BARRIO XOCHIACA, MUNICIPIO DE CHIMALHUACÁN, ESTADO DE MÉXICO

*Miguel Bautista Miranda*¹

*Martín Sánchez Villa*²

*Vasti Zurisadai Jiménez Amador*³

Resumen

El objetivo de este trabajo radica en describir las repercusiones sociales de la estructura familiar monoparental de la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca, Municipio de Chimalhuacán, Estado de México,

¹ Doctor en Trabajo Social (UNPL-UNAM-ENTS). Maestro y licenciado en Trabajo Social (UNAM-ENTS). Perfil Deseable PRODEP SEP (2017-2020). Profesor de Tiempo Completo definitivo en la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Chimalhuacán (UAEM-UAPCH). Ha publicado más de 45 artículos en libros y revistas nacionales y extranjeras. Coordinador de cuatro libros relacionados con Trabajo Social. Correo electrónico: <miguelbautista76@yahoo.com.mx>.

² Licenciado y maestro en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Doctorante en estudios de la ciudad por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Profesor de asignatura en la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Chimalhuacán (UAEM-UAPCH). Correo electrónico: <villal_02@yahoo.com.mx>.

³ Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Chimalhuacán (UAEM-UAPCH). Ponente Nacional e Internacional. Líneas de investigación: curriculum en Trabajo Social, formas de titulación. Correo electrónico: <itsav_e@hotmail.com>.

en 2018. El marco de análisis consistió en contemplar a la familia monoparental como un sistema. Conceptualmente se definieron cinco dimensiones de análisis: familias monoparentales, estigmatización, exclusión social, integración de grupos pares y descuido de infantes. El estudio es de tipo cuantitativo, sincrónico y descriptivo toda vez que se describen las propiedades y características de las familias monoparentales. Para abordar al objeto se utilizó la encuesta y la entrevista estructurada. Las hipótesis se comprobaron por medio del análisis factorial.

Los hallazgos demuestran que 75% de las familias monoparentales de la colonia Santa Cecilia están conformadas por mamá e hijos, 50% de las madres de familias monoparentales han escuchado que se emitan comentarios negativos acerca de ellas, 53.6% de las madres solteras consideran que se tiene menos oportunidades que en una familia tradicional; asimismo, 60.7% afirma que ha tenido que abandonar su empleo, y con relación al cuidado del infante en el ámbito educativo, 82.5% de los hijos se han visto afectados por no tener la figura paterna, esto se debe a que 50% de las madres no están al tanto del rendimiento académico de sus hijos. Se concluye que las repercusiones sociales de la estructura familiar monoparental en la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca, se deben a la estigmatización por parte de los vecinos, amigos e incluso familiares, la exclusión social en el ámbito laboral y el descuido del infante en lo social y escolar.

Palabras clave: familias monoparentales, estigmatización, exclusión social, integración de grupos pares y descuido de infantes.

Introducción

A lo largo del tiempo, la concepción de familia se ha modificado, tanto conceptual como estructuralmente, de manera que se han generado nuevas formas de verla y entenderla, una de ellas son las familias monoparentales. Dicho tipo de familia es entendida como la composición de una sola figura ya sea materna o paterna integrada

por dos o más hijos; en esta investigación se estudian desde la idea de repercusiones sociales, visualizando qué consecuencias y eventualidades emanan de esta nueva composición familiar.

La importancia de investigar las repercusiones sociales generadas por las familias monoparentales es observable en primer término, ya que en la concepción de este tipo de familia y la existencia de la misma va en aumento. Es decir, se puede entender que las familias monoparentales son más comunes de lo que se puede creer o imaginar; de la misma manera, es notorio el incremento de dichas familias. En cuanto a la colonia Santa Cecilia, existe un aproximado de 29 familias monoparentales en contraste con 67 familias nucleares, lo que muestra la rapidez y la necesidad de abordar este hecho social. En la lógica del crecimiento de las familias monoparentales, el impacto de las repercusiones sociales es más notorio, por lo cual esta investigación manifiesta un nuevo enfoque a esta problemática.

Las preguntas específicas de investigación son: ¿cómo enfrenta el rol o el papel ante la sociedad una madre o padre soltero?, ¿de qué manera influye en los hijos el hecho de pertenecer a una familia monoparental?, ¿las familias monoparentales son excluidas por su entorno social?, ¿cómo se excluye a las familias monoparentales? Con base en ello, la pregunta central de la investigación versa en ¿cuáles son las repercusiones sociales de las estructuras de las familias monoparentales de la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca, Municipio de Chimalhuacán, en 2018?

Aproximaciones a la realidad social: la familia monoparental como un sistema

Hablar de familias monoparentales hoy en día ha sido de gran interés para la cuestión social, ya que ha permitido analizar la formación, interrelación y organización de este tipo de familias. La situación de estas familias es compleja, las diversas repercusiones sociales se hacen evidentes en la sociedad, tales como marginación, discriminación, estigmatización y exclusión, por lo que es necesario su explicación.

La Teoría General de Sistemas de Karl Ludwig von Bertalanffy atribuye la interrelación que existe dentro de los sistemas, subsistemas, sinergias, etc., lo que nos permite dar una visualización de la realidad que viven las familias monoparentales en la colonia Santa Cecilia, Chimalhuacán, Estado de México, por lo cual guía hacia una práctica, tomando en cuenta que tiene una visión holística integrando las partes del todo para poder estudiar la familia monoparental.

Introducirse en el análisis teórico-empírico de las familias monoparentales, implica tomar en cuenta el rol que juega la familia como un sistema, es decir, hablar de un todo como la suma de interrelaciones que se llevan a cabo dentro de una familia, desde los roles que juega la figura materna y paterna, contemplando las relaciones entre los miembros como aquellas funciones que mantienen vivo al sistema (familia); donde las relaciones que mantienen existente al sistema, como la comunicación, el mando, seguridad, económico y social, permite conocer la organización y el rol que juega cada miembro, logrando así su equilibrio.

Por lo tanto, se afirma que la familia juega un papel de sistema abierto debido a que al existir sinergia surgen una variedad de interacciones entre las figuras paternas en relación con sus hijos, donde se afirma que la familia monoparental es un derivado de la familia, por consiguiente, es un subsistema, contando de igual manera con sinergia de menor intensidad por la falta de una figura paterna.

El ambiente influye en los componentes de una familia monoparental estableciendo un flujo de interrelación "refiriéndose al área de sucesos y condiciones que influyen sobre el comportamiento de un sistema" (Arnold, 1998, p. 5), es decir, su contexto, en este caso la colonia Santa Cecilia, Chimalhuacán, Estado de México, donde las familias monoparentales tienden a tener condiciones influyentes como la economía, la migración sobre el comportamiento y la estructura, lo que provoca un estado entrópico, es decir, que si no existiera alguna relación entre los miembros de la familia, padre, madre e hijos, se generaría una desorganización. Por ello se genera una homeostasis que se "refiere a los organismos vivos en tanto sistemas adaptables. Los

procesos homeostáticos operan ante variaciones de las condiciones del ambiente, corresponden a las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica, es decir, hacia la conservación de su forma" (Arnold, 1998, p. 8). Ello genera, dentro de la familia monoparental, una imagen de autoridad que establece una serie de metas, reglas, roles y funciones, lo que permite el intercambio de material, energía e información, misma que ayuda a la equifinalidad del subsistema, definiendo equifinalidad como aquel que "puede alcanzar el mismo estado final, la misma meta, partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos orgánicos" (Bertalanffy, 1976, p. 137).

Asimismo, se mantiene una interrelación entre los miembros de la familia monoparental, conservando su forma como una familia nuclear lo que permite la retroalimentación que, en términos generales, significa "los procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas. La retroalimentación puede ser negativa (cuando prima el control) o positiva (cuando prima la amplificación de las desviaciones). Mediante los mecanismos de retroalimentación, los sistemas regulan sus comportamientos de acuerdo con sus efectos reales y no a programas" (Arnold, 1998, p. 10).

Al formular rupturas dentro de su organización, se genera una retroalimentación negativa, donde las familias monoparentales carecen del cuidado, crianza, comunicación de los niños, seguridad o reproducir alguna figura paterna. Donde el *input* y *output* en este tipo de familias se ve alterado, es decir, que en el *input* se requiere de recursos de su ambiente.

Se denomina *input* a la importación de los recursos (energía, materia, información) que se requieren para dar inicio al ciclo de actividades del sistema (Arnold, 1998, p. 8), afirmando que la importación de información del ambiente (sociedad) influye en la estigmatización y exclusión. Desarrolla una serie de atributos a partir de las instituciones

como escuelas, familias nucleares y amigos. Por lo tanto, el *output* se denomina como "aquellas corrientes de salidas de un sistema" (Arnold, 1998, p 8), como vecinos, abuelos o tíos que generan interrelaciones con las familias monoparentales.

El hecho de que la familia cambie permite observar que el sistema tiene una viabilidad al tener la capacidad de sobrevivir y adaptarse a su ambiente (contexto), como lo realizan las familias monoparentales.

Por lo tanto, el hecho de que las familias monoparentales presenten estos problemas da como resultado que los hijos de estas familias tengan repercusiones en su vida diaria, en el ámbito de la educación, salud física y mental, y el esparcimiento; la falta de supervisión continua por parte del padre o madre puede afectar directamente al menor impidiendo tener un buen desenvolvimiento en estos subsistemas sociales.

Así, la familia monoparental es un componente del sistema familiar, vista como frontera del mismo, debido a las discontinuidades estructurales que presentan ante un modelo (familia nuclear o tradicional). Esto produce efectos dentro de la propia familia monoparental, sobre todo para el desenvolvimiento de los menores, debido a las limitadas relaciones internas y externas entre los elementos y el ambiente del sistema familiar.

Concepciones de la familia monoparental

Entender el concepto de familia monoparental involucra en un primer momento, la comprensión del concepto familia, entendida como una institución dentro de la sociedad, donde se entrelazan vínculos de parentesco fundados en lazos biológicos y sociales con funciones específicas para cada uno de sus miembros y con una función más o menos determinada en un sistema social (Páez, 1984, p. 216); sin embargo, otros autores como Minuchin y Fishman (2004) señalan que la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, y que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

En los últimos tiempos se han producido diferentes modificaciones en la estructura de la familia, como las monoparentales, entendidas como “aquella conformada por un solo cónyuge y sus hijos, surge como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges, por fallecimiento, separación o divorcio, madresolterismo o padresolterismo” (Castaño, 2002, p. 132). O bien, como lo sostienen Luengo y Román (2006), la estructura monoparental refiere a la familia constituida por uno o varios hijos que tienen a su cabeza un solo progenitor, y cuyo proceso de formación se localiza en situación de desestructuración familiar o parentalidad biológica o social.

La definición mínima de la monoparentalidad toma la estructura familiar (o composición familiar) como principal elemento definitorio, desde la consideración frecuente (y equivocada) de que cada tipo de familia comporta un único tipo de configuración familiar. Esta supuesta correspondencia lleva a contemplar la monoparentalidad como aquella (única) estructura familiar integrada por un progenitor y su progenie (Barrón, 1998).

Se le llama familia monoparental a la que está formada por un único progenitor, que puede ser el padre o la madre, y uno o varios hijos o hijas, y tiene distintos orígenes como la viudedad, la separación, la decisión de personas solas de adoptar un niño o una niña y formar su propia familia, etc. (Gago, 2009).

Las modificaciones en cuanto a la conformación de la familia representan un cambio social definido como la diferencia observada entre el estado anterior y el posterior en una zona de la realidad social. Identificar cambios sociales significativos supone poner de manifiesto las modificaciones producidas en las instituciones fundamentales de una sociedad durante un determinado periodo de tiempo (González, 2001).

Ahora bien, este cambio social desencadenará repercusiones sociales, entendidas desde diferentes percepciones como impactos sociales, consecuencias sociales, efectos sociales, o en una idea similar de eventualidades causales de índole social. Según los autores Ordóñez, Madrid y Galdames (2013), concretamente definen a una repercusión social como las consecuencias, en este caso, en la madre o padre que

genera en el cuidado, sustento y crianza del hijo con padre o madre ausente, lo que genera la vulnerabilidad y consecuencias psicológicas, emocionales y sociales.

Estas repercusiones de alguna manera afectan la dinámica familiar, ya que ésta comprende diferentes situaciones de naturaleza psicológica, social y biológica que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad, crianza de los miembros y subsistemas de la familia (Gutiérrez, 2000, p. 127).

Dentro de esta dinámica familiar, la comunicación (definiéndose como el intercambio de información y afectos que se hace de manera verbal y no verbal, en este caso la problemática principal en las familias monoparentales es la comunicación bloqueada, ya que ésta se caracteriza por el poco diálogo y los escasos momentos), la de intercambio, suele referirse a asuntos superficiales que no comprometen afectivamente a los miembros de la familia (Gómez, 2001, p. 30).

La conducta social implica la cohesión con otros seres humanos en relación con los ámbitos o subsistemas en que puede dividirse la sociedad para su estudio y comprensión de esa cohesión entre personas, que en términos generales tiene un patrón variable pero que se comporta cíclicamente en todos los sistemas componentes de la sociedad, se produce una dinámica de interacción y de esa dinámica cíclica se generan fuerzas que producen un impacto en nosotros y en el ambiente (Hartup, 1977).

Así, ésta contendrá la relación que se mantiene entre los diferentes subsistemas que se encuentran en su ambiente, como los grupos de pares, es decir, un agente de socialización formado por un grupo social de miembros de edad homogénea (igual generación) y cuyas relaciones son de tipo primario. Esta definición posee tres elementos: grupo social, generación y relaciones de grupo primario (Chandler, 1973, p. 73).

Los grupos de pares representan un ambiente de intercambio, de adquisición afectiva; de conocimiento del otro y de aprendizaje. La in-

tegración e interacción con pares parece ser esencial para el desarrollo normal del niño y del adolescente.

Estos grupos se organizan, fundamentalmente, sobre la base de lo común: intereses, inquietudes, formas de ver el mundo, de entenderlo, de moverse en él. Se trata de hallar pares –otros semejantes a nosotros– con quienes compartir lo que se vive como una conquista –tomar las propias decisiones, desenvolverse con autonomía– y también lo doloroso, aquello que provoca sufrimiento, tal como reconocer que hacer frente a la realidad personal y social puede aparejar dificultad y frustración (Caffarelli, 2011).

Por esta razón, es importante mencionar que la atención puesta en los menores es significativo para el pleno desarrollo con su entorno y principalmente con sus pares, porque el descuido de infantes que produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño estando en condiciones de hacerlo en una o varias de las siguientes áreas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, amparo y condiciones de vida seguras, puede afectar gravemente al menor (OMS, 2002).

Algunas otras repercusiones sociales que pueden tener pie en las familias monoparentales es la estigmatización, ya que quienes la padecen suelen ser excluidos y sometidos muchas veces a ostracismo. En ocasiones el daño es irreparable y las marcas imposibles de borrar. Los suicidios por la crudeza con la que en ocasiones se ejerce la estigmatización no son infrecuentes. Las personas que son marcadas entienden los significados de la crueldad y de la ignominia. Marcar con hierro candente a los esclavos era práctica común. Ahora no se utiliza el hierro, pero sí otros agravios similares que duelen distinto, pero matan igual. A los esclavos, que siguen abundando, y a los no esclavos, se les infama por medio de actitudes parecidas (Kraus, 2007).

El término “estigma”, ampliamente usado y difundido en el discurso cotidiano, logra obtener un estatus teórico en la sociología a través de las formulaciones de Erving Goffman. Dicho planteamiento teórico se basa en torno a un proceso psicosocial conocido como “catego-

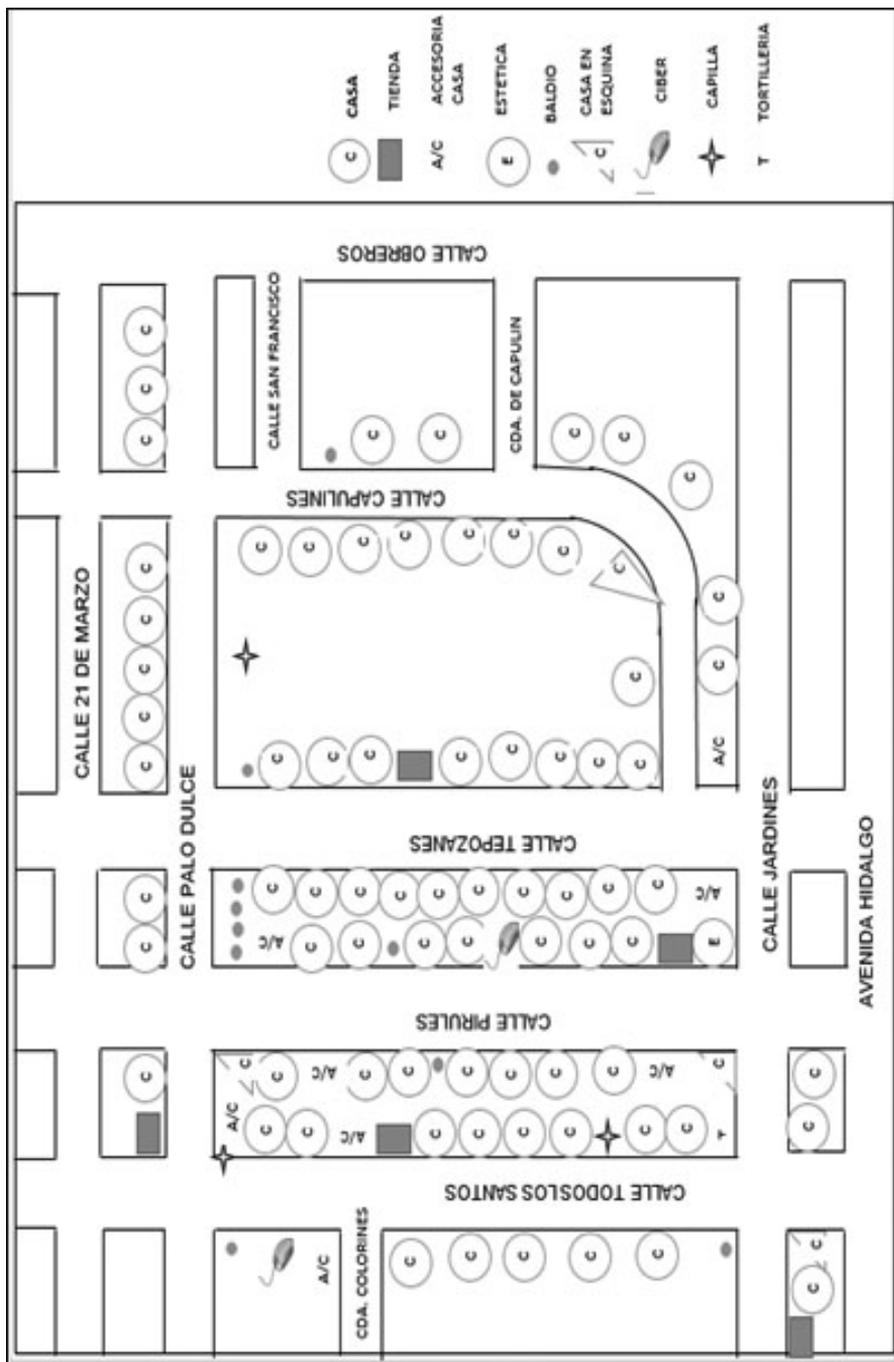
rización social" en el cual, con base en ciertos indicadores aprendidos culturalmente, se crean diferentes categorías, construidas desde lo social colectivo a través de las interacciones cotidianas, en las que se puede agrupar a las personas a través de ciertos rasgos (Callejas y Piña, 2005).

En la misma línea de ideas, la exclusión social será una repercusión porque es un proceso que afecta de forma cambiante a personas y colectivos y no a grupos predeterminados. Por tanto, el fenómeno se caracteriza por una geometría variable que expresa, como consecuencia de la nueva realidad de las sociedades avanzadas, una distribución de riesgos sociales mucho más compleja y generalizada; riesgos que pueden trasladar hacia zonas de vulnerabilidad y exclusión a todo tipo de personas y colectivos, en diversos momentos de sus ciclos vitales, se puede analizar y entender como un proceso multidimensional que tiende a menudo a acumular, combinar y separar, tanto a individuos como a colectivos, de una serie de derechos sociales tales como el trabajo, la educación, la salud, la cultura, la economía y la política, a los que otros colectivos sí tienen acceso y posibilidad de disfrute y que terminan por anular el concepto de ciudadanía (Juárez y Renes, 1995).

La incidencia de las familias monoparentales: colonia Santa Cecilia, Barrio de Xochiaca, Chimalhuacán, Estado de México

La colonia Santa Cecilia se ubica en el Barrio de Xochiaca, Parte Alta, pertenece al Municipio de Chimalhuacán, Estado de México, y de acuerdo con los habitantes de esta comunidad, se empezó a poblar hace unos 30 años. Limita con la calle de Todos los Santos, Obreros, 21 de Marzo y Avenida Hidalgo, consideradas como calles o avenidas principales. Esta delimitación se encuentra conformada por las calles Capulines, Jardines, Cerrada de Capulines, Pirules, Tepozanes y Palo Dulce (figura 1).

Figura 1. Mapa cartográfico: Delimitación de la colonia Santa Cecilia.



Fuente: elaboración propia (2018), colonia Santa Cecilia, Barrio de Xochiaca, Chimalhuacán, Estado de México.

La colonia está conformada por 176 viviendas, 10 lotes baldíos, 4 acesorias y 1 capilla. En la comunidad se identifican 18 negocios familiares entre los que figuran tiendas, cocinas económicas, verdulerías y puestos diversos. La colonia Santa Cecilia tiene un total de 1 139 habitantes y está compuesta por personas que migraron de otros estados de la República Mexicana, como Oaxaca, Michoacán, Tlaxcala y Puebla que se sumaron a los pobladores originarios del municipio.

La división política del municipio Chimalhuacán está conformada por 1 cabecera municipal, 3 villas, 4 barrios antiguos, 30 barrios nuevos, 39 colonias nuevas, 8 fraccionamientos, 2 zonas comunales y 2 ejidos urbanos. La colonia Santa Cecilia pertenece a uno de los barrios nuevos.

Aspectos sociopolíticos

Los tipos de líderes que se observan en la colonia Santa Cecilia son de orden político, social y religioso. Tienen como tarea principal mejorar la calidad de vida de los habitantes a través de procesos de gestión ante el municipio; además, promueven el activismo político vinculado a organizaciones civiles⁴ con el fin de mejorar las condiciones de los servicios públicos, acceso a la educación, incorporación a diversos programas sociales a nivel federal, estatal y municipal, entre otros.

El licenciado Óscar Huerta Olivares, en conjunto con la líder de la comunidad,⁵ organiza a los vecinos en torno a la participación para el desarrollo de la infraestructura; asimismo, se encarga de gestionar los recursos con las autoridades del gobierno municipal, haciéndolos llegar directamente a la región.

El liderazgo religioso está presente en la colonia y se manifiesta a través de los representantes religiosos de la parroquia Santa María de Guadalupe. Su actividad principal es fomentar la evangelización,

⁴ Lic. Óscar Huerta Olivares, líder político de la comunidad, cuenta con una organización político-civil cuyo fin es trabajar para la gente. Actualmente lleva en esta labor 22 años.

⁵ Rosy García Vázquez, de 22 años.

apoyar y organizar los eventos religiosos-patronales y proveer de información referente al ámbito religioso. El padre participa desde hace aproximadamente nueve meses.⁶

Formas de organización

La colonia de Santa Cecilia es una comunidad que fomenta la participación cultural, como la tradición del carnaval, la participación de carácter religioso, como las misas y celebraciones eclesiológicas, al igual que la participación de índole social.

Para una organización política, Óscar Huerta realiza comunicados con algunas personas de la comunidad, que se organizan y acuden a los llamados para tratar asuntos como el alumbrado público, abastecimiento de agua, seguridad pública, etcétera.

La organización entre vecinos en Santa Cecilia consta de reuniones que se llevan a cabo de acuerdo con las necesidades que se presentan en la comunidad. Dichas reuniones son espontáneas y no existe alguien que lleve el mando de las mismas. Todos los vecinos se juntan y se ponen de acuerdo, ya sea para acudir al municipio y solicitar recursos para la comunidad, o para ir a alguna institución o dependencia.

En cuanto a las familias, éstas conviven con otras familias para celebrar festividades o realizar dinámicas que les permiten tener una mejor relación entre ellas. La vida de las familias de Santa Cecilia es muy cotidiana y tienen tareas tales como trabajo, escuela, hogar, etc. Estas actividades se desempeñan de manera individual; sin embargo, los fines de semana se llevan a cabo algunas que mejoran las redes de amistad con los vecinos de su comunidad. Las familias se reúnen cada domingo en la misa; así, la iglesia pasa a ser parte de una institución que logra que la interacción de las familias, por lo menos una vez por semana, se reúnan en un mismo lugar.

⁶ Padre Arturo de 58 años de edad, responsable de la capilla Santa Cecilia y de la parroquia Santa María de Guadalupe.

Diseño metodológico

Se realizó una investigación de corte cuantitativo que permitió la descripción de las propiedades y características de las repercusiones sociales de la estructura familiar monoparental en la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca, Municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

El tipo de estudio es descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), toda vez que se detallarán las características de las repercusiones sociales de una estructura monoparental, a través de la medición precisa de las variables que se condensan en las hipótesis: estigmatización, exclusión social, integración de grupo de pares y descuido de menores.

Tuvo la característica en el diseño de sincrónica (Pasquino y Bartolini, 1996), ya que se realizará la recopilación de la información en un solo momento o tiempo, en un espacio determinado, en una medición única: febrero a diciembre de 2018, con la intención de indagar la incidencia y los valores que manifiestan las variables a medir e interpretar, lo que permitirá describir el panorama que guarda repercusiones sociales de la estructura familiar monoparental.

Técnicas e instrumentos de investigación

Para abordar el objeto de estudio se diseñaron dos técnicas: la encuesta y el censo. Para la encuesta se consideraron aspectos relacionados con los datos generales (5 preguntas), familia monoparental (4 preguntas), estigmatización (6 preguntas), exclusión social (6 preguntas), integración de grupos (3 preguntas) y descuido de infantes (8 preguntas).

Para la aplicación de la encuesta se acudió al censo, en tanto las unidades de análisis representaron al total de las 29 familias monoparentales que habitan en la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca.

Análisis e interpretación de los resultados

La codificación y graficación de los datos emanados del cuestionario se realizaron en el programa estadístico SPSS versión 19.0. Para el análisis

sis se acudió a la estadística descriptiva para cada una de las variables contempladas en el estudio y posteriormente se procedió a la descripción de las relaciones entre éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Para la comprobación de las hipótesis se realizarán análisis factoriales.

Aunado a lo anterior, para la interpretación de los resultados se recurrirá a la información vertida en los apartados I Marco teórico y II Contextualización. En el análisis e interpretación de los resultados se utilizarán porcentajes como parámetros de representatividad de las frecuencias en torno a las repercusiones sociales de la estructura familiar monoparental en la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca.

Resultados de la investigación: la realidad de las familias monoparentales en la colonia Santa Cecilia

En este apartado se presentan los resultados de la investigación generados a través del análisis e interpretación de la información tanto documental como empírica, acerca de la situación que viven las familias con una estructura de familia monoparental. Los rubros que lo estructuran son: el perfil de la estructura familiar monoparental, la conformación de las familias monoparentales, la verdad incierta en la familia, la exclusión familiar en la sociedad, el tejido social de la familia en su contexto y la familia monoparental y el cuidado de infantes. Es importante señalar que todas estas variables son en torno a las repercusiones sociales de la estructura familiar monoparental de la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca, Municipio de Chimalhuacán, Estado de México, 2018.

El perfil de la estructura familiar monoparental

La estructura familiar monoparental hace alusión a las familias constituidas por uno o varios hijos que tienen a su cabeza un solo progenitor, y cuyo proceso de formación se localiza en situación de desestructuración familiar o parentalidad biológica o social (Luengo y Román,

2006). Con base en estas especificaciones y de acuerdo con las variables sociodemográficas que presenta la colonia Santa Cecilia del Barrio Xochiaca, Municipio de Chimalhuacán, las familias monoparentales de esta región se caracterizan primordialmente por estar conformadas por mujeres (madres solteras), dentro de un rango de edad entre 26-35 años, que cuentan con una escolaridad de secundaria y son oriundas del Estado de México, específicamente de Chimalhuacán, Nezahualcóyotl y Toluca.

Cabe mencionar que la ocupación del representante de estas familias es, primordialmente, en el sector doméstico o empleo informal. Un ejemplo es cuando las madres de familia generan recursos al vender productos por catálogo (calzado, perfumes, ropa, productos de belleza y productos para el hogar, entre otros) o instalan un puesto de comida, ropa, fruta o verduras (en accesorias, tianguis, mercados o incluso en la acera de la vía pública).

La conformación de las familias monoparentales

De acuerdo con los datos arrojados se demuestra que 39.3% de las familias monoparentales de la colonia Santa Cecilia están constituidas por tres o cuatro integrantes; asimismo, 75% están conformadas por mamá e hijos; en lo que respecta al estado civil, 64.3% asume que su condición es separada/o. Por lo tanto, el que aporta el ingreso económico a la familia es la figura materna en 67.9 por ciento.

Vislumbrando que la dinámica familiar, entendida como el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, que se establecen en el interior de las familias alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones (Torres, *et al.*, 2008); de las familias monoparentales de la colonia en gran parte se ve inmersa en un matriarcado, pues son las mujeres quienes dominan y preponderan en la comunidad, crea una sociedad donde la mujer mantiene un rol central de liderazgo, autoridad moral, generadora de ingresos, control de la propiedad y de la custodia de los hijos.

La verdad incierta en la familia

Bien se sabe que la familia evoluciona y, con el paso del tiempo, se transforma, y a su vez se han creado nuevos tipos de familias como la monoparental, la cual ha dado pauta a ser criticada negativamente debido a su característica principal, que es la ausencia de uno de los padres. Lejos de estar fuera de los estándares de una familia tradicional, se ha prestado a los comentarios negativos, los cuales se utilizan como pretexto para dirigirse a ellas, a su identidad y a sus cualidades para valorarlas y calificarlas como algo que no es normal o bien visto ante la sociedad, ya que su objetivo es establecer un juicio de valor hacia las familias receptoras, y en ocasiones infringir un daño u ofensa colectiva o individual.

En la colonia Santa Cecilia se entrevistó que 50% de las madres de familias monoparentales han escuchado que se emitan comentarios negativos acerca de ellas; es importante mencionar que 28.6% de los hijos han sufrido alguna burla por parte de sus amigos; mientras que 14.3% de las madres son visualizadas por sus familias de origen con señalamientos como insultos, burlas o regaños.

De igual manera, 14.3% de las madres de familia mencionan que han tenido un conflicto con sus familias de origen por su condición y rol familiar. Por otra parte, 21.4% han sido juzgadas por sus vecinos y 25% afirmaron que por ser madres solteras se han sentido discriminadas.

Éste es un claro ejemplo de cómo hoy en día las familias monoparentales son cada vez más y, aunado a ello, su homogeneidad; sin embargo, aún no se ha radicalizado por completo la idea de la familia tradicional como modelo ideal de institución ante la sociedad. Por ello, este tipo de familias aún se ven afectadas por los estigmas que la sociedad les otorga.

La exclusión familiar en la sociedad

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de

una familia (Cibanal, 2001). Como anteriormente se mencionó, en la colonia Santa Cecilia las estructuras familiares son conformadas primordialmente por la madre e hijos, donde 42.9% refieren que suelen tener desventajas debido a que 25% de las madres solteras testifican haber sentido rechazo por parte de sus amigos y en las oportunidades laborales; 53.6% de las madres solteras consideran que se tiene menos oportunidades que en una familia tradicional; y 60.7% afirma que ha tenido que abandonar su empleo.

Esto se debe a la exclusión social que reciben por su condición, entendiendo por exclusión social el proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado (Jiménez, 2008).

En este caso, la exclusión social que presentan las familias monoparentales de la colonia estudiada se ve reflejada en la escases de recursos y su dificultad para colocarse en el mercado laboral donde reciban una buena remuneración, debido a que no existe una igualdad de oportunidades, pues al verse inmersas en la condición de madres solteras, la mayoría no logró continuar con estudios superiores a la secundaria, ocasionando así enfrentarse al acceder sólo a empleos de bajo perfil que son mal pagados, y por ende la consideración de obtener dos o más empleos de esta índole para poder cubrir con los gastos del hogar y por lo tanto carecer de tiempo para el cuidado de los hijos.

Otra manera de exclusión social se da cuando la madre no cuenta con una vivienda propia y se enfrenta a la búsqueda de un lugar para rentar y los arrendatarios no les permiten el acceso debido a su condición de madre soltera o al hecho de que no aceptan a personas con hijos. Esto también puede ser por cuestiones de índole religioso, pues hay creencias que les inculcan que es pecado vivir como madre soltera.

Debido a las desventajas sociales por las que pasan las familias monoparentales en México, se han creado diversidad de programas sociales dirigidos a madres solteras o jefas de familia, con el propósito de

mejorar la calidad de vida, mantener un bienestar y desarrollo social. La colonia Santa Cecilia se ha beneficiado de estos programas sociales, ya que 85.7% de las familias monoparentales encuestadas afirman contar con algún apoyo por parte del gobierno y de igual manera 82.1% aseveran que no se les ha negado algún servicio social (educativo, político, ciudadano, laboral o médico, etc.).

El tejido social de la familia en su contexto

En lo que atañe a las maneras en que influyen en los hijos el hecho de pertenecer a una familia monoparental, está relacionada directamente con la integración de grupos sociales, entendido como un “número indeterminado de personas que se encuentran estructuradas e interactúan entre ellas desempeñando roles recíprocos para conseguir objetivos comunes y diversos. Dentro de él, las personas actúan según unas mismas normas, fines y valores a lo largo del tiempo” (Almeida *et al.*, s.f. p. 102). Estos grupos sociales pueden ser conformados por vecinos, familiares, compañeros de la escuela o de actividades socio-culturales.

Los grupos sociales que destacan en las familias monoparentales de la colonia Santa Cecilia son los grupos de amigos: “personas que se reúnen porque tienen una o más características comunes. Los grupos de amigos han sido definidos consistentemente como contextos en los que predomina la confianza, la ayuda mutua y, en general, el afecto” (Mitzel, citado en Moreira, Sánchez y Mirón, 2010). Donde los datos vislumbran que sólo 35.7% salen con algún grupo de amigos, de los cuales 28.6% de los hijos de familias monoparentales sostienen que los grupos de esta índole con los que conviven están conformados por sus vecinos, donde comparten gustos e intereses; de éstos, 16.4% suelen juntarse en la misma calle, un claro ejemplo de ello es cuando se reúnen para jugar fútbol, atrapadas, o incluso sólo para platicar; mientras que 3.6% se reúnen en el Parque Chimalhuache, antes Pista El Cerro de Chimalhuacán, donde hay acceso a juegos, paseo en lancha, visita al planetario o al balneario.

Es importante señalar que debido a las condiciones por las que se entrevén las familias monoparentales, 64.3% de los hijos no salen con algún grupo de amigos, pues al no estar presente la figura de autoridad (en este caso la madre) por cuestiones de trabajo, los hijos están limitados a la posibilidad de salir a convivir.

Debido a la ausencia de las madres de familias monoparentales, los hijos son dejados por mucho tiempo, ya sea solos o al cuidado de un tercero, es por esto que los grupos sociales donde se desarrollan son conformados por familiares (hermanos, tíos, abuelos o primos), los compañeros de una guardería o una escuela de tiempo completo.

La familia monoparental y el cuidado de infantes

El cuidado infantil hace referencia al conjunto de servicios otorgados a los niños y niñas durante una cierta cantidad de horas al día, en un ambiente seguro, que contribuya a desarrollar sus capacidades de manera integral, actuando como complemento del ambiente familiar y del sistema educativo (Martínez y Soto, 2012, p. 9). En el caso de las familias monoparentales, 64.3% de los hijos no se han visto afectados en su alimentación por la falta de ingresos, pues 42.9% de las madres/padres solteros laboran una jornada de 0 a 8 horas para poder cubrir esta necesidad, lo cual permite que los hijos no carezcan de alimentos; en cuestiones de salud, 67.9% de las madres afirman atender a sus hijos cuando enferman; en este sentido, 39.3% refieren que el tiempo dedicado a sus enfermos es entre 10 y más horas. Con respecto al ámbito educativo, 82.5% de los hijos se han visto afectados por no tener la figura paterna, ya que un 50% de las madres no están al tanto del rendimiento académico de sus hijos. Esto se debe a que los hijos, en esta situación, van a la escuela ya sea por la mañana o la tarde, haciendo así pensar a su madre que no todo el día están solos; sin embargo, en muchos de los casos no muestran interés ni cumplen con la obligación de revisarles tarea, actividades hechas en clase, preguntar si tienen algún pendiente e incluso dejan de asistir a juntas convocadas por los profesores para informar sobre avances y evaluaciones, sólo por mencionar algunos.

Esto se genera porque los tutores llegan cansados debido a la extensa actividad laboral y lo único que quieren es descansar, y dejan de lado la obligación que tienen con sus hijos, pues deben de cubrir necesidades tan básicas como la buena alimentación, la vestimenta, darles un lugar digno donde vivir, estar pendientes de la salud, proporcionarles la atención necesaria para su desarrollo físico, cognitivo y social.

Otro aspecto importante es la idea de la comunicación familiar, la cual hace alusión a "las interacciones que establecen los miembros de una familia y que, gracias a ello, se establece el proceso de socialización o culturización que les permite desarrollar habilidades sociales" (Subrino, 2008, p. 116). En el caso de las familias monoparentales de la colonia prevista, 67.9% de las madres de familia afirman otorgar el tiempo necesario para convivir con sus hijos en su tiempo libre, de los cuales 39.3% refieren dedicar de 2 a 3 horas para ejercer una comunicación familiar de madres a hijos. Este diálogo se da en torno a las actividades del día a día y los sucesos relevantes que tiene cada uno de los integrantes de la familia, con el fin de no descuidar por completo el proceso de desarrollo personal, social, emocional e incluso intelectual y cognitivo de los hijos.

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones en torno al estudio de las repercusiones sociales de las familias monoparentales. Es importante señalar que éstas se elaboraron a través de la integración de lo establecido en el marco teórico y conceptual, contexto, diseño metodológico, análisis e interpretación de los datos empíricos.

Con respecto a la estigmatización en las familias monoparentales, se tuvo un sustento teórico-conceptual aludiendo que son las entradas de energía, denominadas características de "desprestigio" generadas por parte de amigos, familia y vecinos, donde metodológicamente, al dar operacionalización a la variable estigmatización, se generó una serie de indicadores como sobrenombres, críticas, chismes, fracasos y rumores sobre este tipo de familias. Ahora bien, los resultados arro-

jados en la investigación determinaron que los estigmas por parte de parientes y compañeros de los hijos no se dan tan frecuentemente, sino que las críticas negativas y malos comentarios a las madres de familia se generan por parte de la sociedad donde se desenvuelven; por lo tanto, la hipótesis se comprueba, ya que las familias monoparentales en el Barrio de Xochiaca, Chimalhuacán, Estado de México, han sido juzgadas por este tipo de indicadores.

A su vez, la exclusión social se sustentó en el marco teórico-conceptual, como aquellos obstáculos que fueron determinantes para participar plenamente en la vida social, proceso en el cual fueron limitadas las familias monoparentales ya que se provocó un estado entrópico, es decir, que si no existiera alguna relación entre las familias con los programas de gobierno y las oportunidades laborales, se generaría una desorganización, afirmando que la sociedad es influyente en la exclusión social.

Los resultados obtenidos acerca de esta variable, está conformada por los siguientes indicadores: rechazo de los amigos, apoyo del gobierno federal en materia de programas sociales, oportunidades laborales y negación de algún servicio social. En las familias monoparentales en el Barrio de Xochiaca, colonia Santa Cecilia, Chimalhuacán, Estado de México, se obtuvo como resultado que la conformación de este tipo de familias monoparentales tuvieron desventajas en cuestión de la falta de oportunidades laborales, que les permita tener un ingreso monetario adecuado que logre satisfacer por completo las necesidades básicas, como la alimentación, la vivienda, la vestimenta, la salud, la seguridad social y la cultura y recreación, aspectos que son abastecidos en lo mínimo generando, a su vez, una falta de desarrollo social y cultural en los integrantes de la familia. A pesar de ello, los datos demuestran que no existe rechazo por parte de los amigos, ni familiares, ni de los programas que imparte el gobierno federal, ya que más de la tercera parte cuenta con un apoyo. Sin embargo, el rechazo se da en el ámbito social por los vecinos y en el ámbito laboral.

Por otra parte, se señala que existe la integración de grupos de pares por parte de los hijos de las familias monoparentales de la colonia Santa Cecilia debido a que principalmente son infantes. Sin embargo, cabe

señalar que esta integración de grupo de amigos es una minoría, la cual está conformada por niños mayores de 6 años, quienes al convivir realizan diferentes tipos de actividades. Con base en lo mencionado se pudo concretar que la hipótesis se comprueba en este aspecto, ya que la integración de grupo de pares es una repercusión social; asimismo, y a consecuencia de la sociedad contemporánea en la que se ve inmersa la colonia, las madres de familias monoparentales se apoyan cada vez más en instituciones sociales como la escuela o instancias de cuidado infantil. Aquí, las prácticas de cuidado infantil y educativas institucionales a las que se ven expuestos los niños les proporciona una estructura de vida con mayores delimitaciones o restricciones en comparación con lo que ocurre en los escenarios de convivencia familiar, ya que se les orienta en sus formas de interacción y restringen sus oportunidades de interactuar con otras personas con diversos roles, con niños de diversas edades, y en una mayor diversidad de actividades y en diversos contextos.

Sin embargo, la teoría no contempló que los hijos de dichas familias fueran infantes, cuestión que no fue considerada de manera metodológica; por ende, esto fue un hallazgo generado en los resultados de la investigación.

Otra repercusión social fue el descuido de infantes por parte de las representantes de dichas familias ya que, en su mayoría, en cuestión de tiempo laboral, existe una ocupación de aproximadamente ocho horas diarias en la búsqueda de ingresos para una estabilidad económica. Por ende, no existe una dedicación total en el cuidado de los hijos, validando de esta manera el referente teórico del descuido de los hijos de dichas familias debido a las actividades laborales de las madres/padres de familia; así, de manera metodológica, fue visualizado en la operacionalización de la hipótesis y en esta última se logró afirmar la relación de dicha repercusión social.

Como resultado final, la hipótesis se comprueba al constatar que las estructuras familiares configuradas por un solo conyugue tienen repercusiones sociales como estigmatización, exclusión social, integración de grupo de pares y descuido de menores.

Referencias

- Almeida, S., C. Barrionuevo, L. Barroso, A. García y S. Martín (s.f.), "Grupos sociales y consumo", en U. R. Carlos (ed.). Disponible en <<http://www.albertodeduran.es/wp-content/uploads/2014/08/2x03-Grupos-sociales-y-consumo.pdf>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Arnold, M. y F. Osorio (1998), "Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas", *Cinta de Moebio*.
- Barrón, S. (1998), *Familias monoparentales: un ejercicio de clarificación conceptual y sociológica*. Disponible en <http://federacionmadresolteras.org/attachments/article/63/Familias_monoparentales_clarificacion_conceptual_y_sociologica.pdf>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Bertalanffy, L. (1976), *Teoría general de los sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Caffarelli, C. (2011), *Los grupos de pares como espacio de construcción de identidad(es) juvenil(es)*, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en <<https://www.unicen.edu.ar/content/los-grupos-de-pares-como-espacio-de-construccion-de-identidades-juveniles>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Callejas, L. y C. Piña (2005), "La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil", *El Cotidiano*, núm. 134, México, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. Disponible en <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513409>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Castaño, L. (2002), *Funciones y estructura de 15 familias monoparentales con jefatura masculina*, tesis de licenciatura, Facultad de Trabajo Social, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
- Chandler, M. (1973), "Egocentrism and antisocial behavior: The assessment and training of social perspective-taking skills", *Developmental Psychology*, vol. 9, núm. 3, pp. 326-332.
- Cibanal, L. (2001), *Nicanor Aniorite*. Disponible en <http://www.aniorite-nic.net/apunt_terap_famil_4.htm>. Consultado el 31 de mayo de 2018.

- Gago, J. (2009), "Familias monoparentales", *Mara Mara Drogamenpeta-sunen Prebentzioa*, vol. 63, pp. 4-5.
- Gómez, M. (2001), *Cumplimiento de las tareas y dificultades del ciclo vital en las familias simultaneas del área metropolitana*, tesis de licenciatura, Facultad de Trabajo Social, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
- González, J. (2001), *Educación y valores en las Familias Monoparentales*, Instituto de Ciencias de la Familia de Murcia. Disponible en <www.unav.edu/matrimonioyfamilia/.../28768_Gonzalez_F201>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Gutiérrez, V. (2000), *Familia y cultura en Colombia. Tipologías, funciones y dinámica de la familia, manifestaciones múltiples a tracs del mosaico cultural y sus estructuras sociales*, Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- Hartup, W. (1977), *La interacción entre iguales y el desarrollo de la conducta del niño en particular*, Nueva York, McGraw Hill.
- Hernández Sampieri, R., C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio (2010), *Metodología de la Investigación*, 5.ª ed., México, McGraw-Hill.
- Jiménez, M. (2008), "Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo", *Estudios pedagógicos*. Disponible en <<http://www.redalyc.org/pdf/1735/173514135010.pdf>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Juárez, M. y V. Renes (1995), "Población, estructura y desigualdad social", *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Madrid, Caritas Española. Disponible en <<https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/1995/11/DS100101-V-INFORME-SOCIOLOGICO-SOBRE-LA-SITUACION-SOCIAL-EN-ESPA%C3%91A-ocr.pdf>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Kraus, A. (2007), "Estigmatización", *La Jornada*. Disponible en <<http://www.jornada.unam.mx/2007/10/03/index.php?section=opinion&article=024a2pol>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.

- Luengo, R. y S. Román (2006), "Estructura familiar y satisfacción parental", *Dialnet*. Disponible en <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002459>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Martínez, A. y H. Soto (2012), *Programas para el cuidado y el desarrollo infantil temprano en los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)*, México.
- Minuchin, S. y Ch. Fishman (2004), *Técnicas de terapia familiar*, Buenos Aires, Paidós.
- Moreira, V., A. Sánchez y L. Mirón (2010), "El grupo de amigos en la adolescencia. Relación entre afecto, conflicto y conducta desviada", *Boletín de Psicología*. Disponible en <<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N100-1.pdf>>. Consultado el 31 de mayo de 2019.
- OMS (2002), "Maltrato y descuido en los menores por los padres y otras personas a cargo", *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*.
- Ordóñez, A., P. Madrid y A. Galdames (2013), "Consecuencias psicosociales y culturales en adolescentes con ausencia de figura paterna", *Contexto de vulnerabilidad social*, tesis de licenciatura. Disponible en <<https://studylib.es/doc/5612441/%E2%80%9Cconsecuencias-psicosociales-y-culturales-en-adolescentes...>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Páez, G. (1984), *Sociología de la familia*, Bogotá, Universidad Santo Tomás.
- Pasquino, G. y S. Bartolini (1996), *Manual de ciencia política*, España, Alianza-Universidad.
- Subrino, L. (2008), *Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos*, UNFE. Disponible en <<http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2008/sastisfaccionfamiliar.pdf>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.
- Torres, L., P. Ortega, A. Garrido y A. Reyes (2008), "Dinámica familiar en familias con hijos e hijas", *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Disponible en <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>>. Consultado el 31 de mayo de 2018.

INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS MADRES SOLTERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO “EL SOL” DEL MUNICIPIO DE NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO

*Miguel Bautista Miranda**

Resumen

El objetivo de este trabajo consiste en caracterizar los elementos que forman parte de la inclusión social de las madres solteras que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario “El Sol”, del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. El objeto de estudio se analiza desde la óptica de la teoría del estructural-funcionalismo y la inclusión social. Las variables a estudiar son madre soltera, integración social, aprendizaje de un oficio y relaciones interpersonales. Se trata de una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y sincrónico. La técnica de recopilación de datos e información que se empleó fue la encuesta y el censo, cuyo instrumento (cuestionario) fue aplicado a 46 unidades de análisis.

* Licenciado, maestro y doctor en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, este último en convenio con la Universidad Nacional de la Plata Argentina. Perfil Deseable PRODEP SEP (2017-2020). Profesor de Tiempo Completo Definitivo en la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Chimalhuacán (UAEM-UAPCH). Ha publicado más de 45 artículos en libros y revistas nacionales y extranjeras. Coordinador de cuatro libros relacionados con Trabajo Social. Correo electrónico: <miguelbautista76@yahoo.com.mx>.

Los hallazgos demuestran que 47.8% de las madres solteras manifestó contar con la suficiente capacidad para hacerse cargo de la tutela y la manutención de sus hijos; además, 56.5% dijo que en el proceso de crianza de sus hijos podía prescindir de la figura paterna. Otro aspecto que consideró la investigación fue el derecho que tienen las madres solteras a ser tratadas en igualdad de condición que una madre con pareja; al respecto se obtuvo que 47.8% de esas mamás consideró que merecen un trato igualitario y que por lo tanto debían tener acceso normal a los servicios públicos; 47.8% reveló que al integrarse a las actividades del Centro de Desarrollo Comunitario (CDC) se obtienen beneficios como aprender nuevas cosas; asimismo, 54.3% consideró que esta institución también ayuda a la superación de las madres solteras; 50% mencionó que las madres solteras, al aprender un oficio, tienen la oportunidad de incluirse al área laboral; 97.8% mencionó que además reciben remuneración económica; y 93.5% aseveró que es útil convivir con otras madres solteras. Por tal motivo, se concluye que las principales variables que influyen en la inclusión social de las madres solteras son la integración al mercado laboral y las relaciones interpersonales.

Palabras clave: madre soltera, inclusión social, integración social, aprendizaje de un oficio, relaciones interpersonales.

Introducción

En la actualidad se presentan diversas necesidades o problemas sociales en los ámbitos económico, social, político y cultural. Para la resolución de esas problemáticas es preciso estudiar cada una de ellas con el fin de generar las estrategias adecuadas de intervención. En el ámbito social, una de las problemáticas es la que se relaciona con las madres solteras, quienes deben hacerse cargo de la manutención, crianza y educación de sus hijos sin el apoyo de una pareja. Las dificultades a las que tienen que enfrentarse las madres solteras

son aspectos que pueden ser estudiadas por la disciplina de Trabajo Social, ya sea para tener conocimiento de esa realidad social o para intervenirla.

El propósito de esta investigación radica en describir los elementos que les permiten a las madres solteras lograr su inclusión social gracias al trabajo que realiza el Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol", ubicado en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

Se pretende identificar los elementos que le permiten a una madre soltera, que acude al Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol", alcanzar la inclusión social a partir del aprendizaje de talleres u oficios que imparte esa institución, así como determinar la importancia que tienen las relaciones interpersonales que se establecen entre las madres solteras que acuden al CDC "El Sol" durante el proceso.

Para alcanzar el objetivo, la investigación se dividió en cinco secciones. En la primera se presentan los postulados de la teoría del estructural-funcionalismo que permiten explicar nuestro objeto de estudio. La segunda está dedicada a presentar sucintamente el contexto geográfico y social de la institución donde se llevó a cabo el estudio. En la tercera sección se presenta el diseño metodológico de la investigación. La cuarta parte del escrito está dedicado a la presentación de los resultados, y en la quinta se presentan las conclusiones.

Aproximaciones teóricas de la inclusión social de las madres solteras

La teoría social puede ser entendida como aquella que explica el funcionamiento y cambio de la sociedad. Una de esas teorías es el estructural-funcionalismo de Talcott Parsons, la cual puede auxiliarnos en la caracterización de los elementos que permiten la inclusión social de las madres solteras, gracias al trabajo que realiza el Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol", del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, auxiliándose de la impartición de diversos talleres y el fomento de las relaciones interpersonales.

Las madres solteras como un sistema social

Según Talcott Parsons (citado en Ritzer, 2001), un sistema social supone la presencia de diversos actores individuales que disponen de un espacio físico o de medio ambiente para interactuar entre sí, con el fin de obtener "un óptimo de gratificación" y cuyas relaciones están mediadas y definidas por una serie de símbolos estructurados y compartidos culturalmente.

En el caso de las madres solteras, ellas componen un sistema social en tanto interactúan dentro de un espacio físico determinado (Centro de Desarrollo Comunitario) con el objetivo de aprender algún oficio para poder obtener un empleo y, de esta manera, generar un ingreso económico que le permita satisfacer las necesidades básicas de la familia, de la cual ella es la jefa.

Las madres solteras como actores

Según la teoría parsoniana, los actores suelen ser receptores pasivos en el proceso de socialización. Esto se debe a que los actores internalizan las normas y los valores que la sociedad les impone a través de una serie de instituciones como la familia, la Iglesia, la escuela, etc. Es a través de este proceso de transmisión como los actores hacen de las normas y los valores parte de sus conciencias (Ritzer, 2001).

Por socialización entendemos un proceso "conservador" en el que las necesidades de los actores los inducen a ligarse al sistema social, pues únicamente éste dispone de los medios para poder satisfacer las necesidades de esos actores. No obstante, cuando persiguen la satisfacción de sus necesidades u otro interés particular, en realidad están sirviendo a los intereses generales del sistema como un todo (Ritzer, 2001).

En el estudio que nos ocupa, los actores son las madres solteras quienes, al acudir al Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol", tienden redes, lazos de amistad o compañerismo con otras madres solteras u

otras personas; a través de éstas comparten y transmiten sus valores y normas. En este sentido, las relaciones interpersonales que tejen las madres solteras con otras personas en el Centro de Desarrollo Comunitario son parte de su integración social; al compartir un objetivo con otros actores que resultará benéfico al sistema social.

Las madres solteras dentro de la estructura

Según la teoría del estructural-funcionalismo, la estructura es el espacio físico "estático" del modo descriptivo del tratamiento de un sistema (Moya, 1998). Para el estudio que nos ocupa, la estructura es la institución (Centro de Desarrollo Comunitario), y es precisamente dentro de esta estructura donde se desarrolla el sistema social. Ahora bien, la funcionalidad de la estructura estará determinada por el equilibrio que mantenga el sistema, tomando en cuenta su duración. En este sentido, la temporalidad es uno de los elementos que influye en el equilibrio social.

En el caso de las madres solteras que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario, el equilibrio social estará presente siempre y cuando esas madres cumplan y mantengan su papel dentro del sistema social.

La madre soltera y el estatus

El estatus hace referencia a una posición estructural en el seno de un sistema social, es decir, es la posición social que la madre soltera ocupa en el sistema social y, de acuerdo con lo que se ha investigado, las madres solteras se ubican en la misma posición social, además de que aspiran al mismo objetivo: adquirir un conocimiento que les permita satisfacer sus necesidades y las de sus hijos, con lo cual se están incluyendo al sistema social (Ritzer, 2001). Es importante mencionar que a pesar de que las madres solteras que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol" pertenecen a la misma posición social y que comparten el mismo objetivo, existen ciertas circunstancias o

características que las pueden diferenciar. Algunos de estos aspectos son el tiempo que tienen como madres solteras, las circunstancias que definieron su situación de madre soltera, así como el apoyo que puede recibir cada una de ellas por parte de sus familiares. Pese a estas diferencias, dentro de la institución (Centro de Desarrollo Comunitario), todas ellas realizan las mismas actividades.

La madre soltera y su rol social

El rol social se refiere al conjunto de actividades, funciones, normas y comportamientos que lleva a cabo un actor de acuerdo con su estatus (posición social). En el caso que nos ocupa, la madre soltera es el actor. Cuando ésta no ejecuta ese conjunto de actividades, entonces puede decirse que no está desempeñando su rol esperado y, por lo tanto, el sistema podría no mantener el equilibrio necesario o esperado y, por consiguiente, se presenta una situación disfuncional (Ritzer, 2001).

La inclusión social

La inclusión social se refiere al proceso de reversión de la situación de exclusión social, esto quiere decir que la inclusión social es un proceso de cambio que permite a la persona diseñarse a sí misma, pensarse de otra manera, imaginarse gestionando su vida de otro modo (Federación Sartú, 2011). Es por eso que las madres solteras luchan por ser reconocidas socialmente, y su principal motivación es el hecho de tener una buena calidad de vida para ella y sus hijos, de tal manera que su vida no gire en torno a estigmas o discriminaciones.

Según la Federación Sartú, la inclusión social supone un proceso de cambio en el cual la persona debe trazarse un objetivo por alcanzar y planificar ciertas estrategias (acciones) que le permitan alcanzar dicho objetivo. Asimismo, en ese proceso es de crucial importancia la participación de ciertas instituciones o equipo de profesionales porque son ellos quienes pueden estimular o facilitar los recursos y apoyos que se requieren para la inclusión. La inclusión social, en tanto proceso aca-

bado, implica que la persona (actor) pueda crearse a sí misma y pensarse de otra manera para gestionar su vida de otro modo.

Por su parte, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social de Perú define a la inclusión social como "la situación que asegura que todos los ciudadanos, sin excepción, puedan ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio". Por su parte, para José Ricardo Stok, "la inclusión social significa integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, condición social o actividad. En definitiva, acercarlo a una vida más digna, donde pueda tener los servicios básicos para un desarrollo personal y familiar adecuado y sostenible". Ésta es la definición de inclusión social en la que se apoya esta investigación, ya que es importante conocer la manera en que las madres solteras son incluidas a la sociedad, pues debido a su condición (estar solas), ellas deben de tener un acercamiento a los servicios básicos para ella y sus hijos, así como tener participación en lo político y pertenecer a un grupo social (relaciones interpersonales).

En esta investigación se manejan hipotéticamente tres elementos que permitirán a las madres solteras ser incluidas socialmente: integración, cohesión social y justicia social.

La integración social

La integración se logra en la medida en la que el entorno social deja de ser desconocido, es decir, cuando se accede con normalidad a los bienes y servicios de la sociedad, y se pueda competir en igualdad de condiciones ya sea en el ámbito laboral o en la adquisición de otros bienes (Pajares, 2005). La integración es el principal elemento para una inclusión social de las madres solteras debido a que lo primero que se debe realizar es integrarse socialmente, ya sea a un empleo, un grupo social, algún deporte, una institución educativa, talleres para aprender oficios como repostería, manualidades, etc. En este sentido, la integración puede permitirle a la madre soltera conocer lo que antes le era desconocido e integrarse a dicho contexto.

En suma, la integración le permitirá a una madre soltera poder interactuar con otras personas y percibir ingresos económicos para solventar sus gastos y los de sus hijos.

Las relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales son asociaciones entre dos o más personas. Estas asociaciones pueden tener un sustento emotivo, sentimental, artístico, de negocios, etcétera (Heider, 1958).

Asimismo, las relaciones personales son un elemento importante para las madres solteras, ya que a lo largo de su empeño por incluirse socialmente van conociendo más mujeres que se encuentran en la misma situación, llevando a cabo un estado de convivencia al grado de formar amistades, aspecto que representa un aliciente para seguir progresando.

La convivencia social

Es la condición de relacionarse con las demás personas a través de una comunicación permanente fundamentada en el afecto, respeto y tolerancia que permita convivir y compartir en armonía con los demás en las diferentes situaciones de la vida (Heider, 1958).

Contexto del Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol"

Los Centros de Desarrollo Comunitario constituyen una franquicia social donde se impulsa el desarrollo comunitario, se fomenta la convivencia, se proveen servicios sociales y se fortalece la identidad colectiva. En este sentido, los CDC representan una institución que permite el encuentro de la comunidad, al mismo tiempo que estimula el desarrollo de la población a través de una organización democrática.

Debido a la importancia que adquieren los CDC como institución que permiten la inclusión social de las madres solteras, esta sección está dedicada a la presentación de los aspectos más relevantes del Centro

de Desarrollo Comunitario "El Sol" que fue la institución donde se llevó a cabo la presente investigación (CDC, 2017).

Aspectos históricos

El Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol" se fundó hace 36 años durante la administración del presidente municipal Lic. José Luis García García. Su creación se debió al alto número de población, así como al índice de pobreza de la colonia que lleva su nombre. En sus inicios, este espacio ofrecía servicios como actividades deportivas, regularización escolar para niños, apoyo de despensas y actividades para adultos mayores (CDC, 2017).

Éste se remodeló en 2014 con el apoyo del programa de infraestructura de la Secretaría de Desarrollo Agrario que tiene como finalidad la mejora de la disponibilidad y calidad de la infraestructura básica y complementaria, así como del equipamiento, imagen y entorno de las áreas urbanas, suburbanas y en proceso de urbanización, que permita aumentar el grado de cohesión social, así como reducir la incidencia de marginación y atender las necesidades de vivienda de la población en situación de pobreza (CDC, 2017).

Su reinauguración se celebró el 21 de marzo de 2014, fecha en que se le llamó oficialmente Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol". Actualmente, esta institución está habilitada para brindar capacitación laboral, pero también es un espacio educativo y cultural. En dicho centro se prepara el club de la tercera edad "Luz de una Esperanza". El personal que lo atiende es un equipo multidisciplinario conformado por médicos, psicólogos e instructores de deportes, etcétera (fotografía 1).

Fotografía 1. Centro de desarrollo comunitario “El Sol”.



Fuente: Google maps.

Ubicación geográfica

El Centro de Desarrollo Comunitario “El Sol” está ubicado en Avenida Higinio Guerra, esquina con Avenida Aureliano Ramos núm. 70, colonia El Sol, Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, Código postal 57200 (mapa 1).

Mapa 1. Ubicación del Centro de Desarrollo Comunitario “El Sol”.



Fuente: Google maps.

Aspectos económicos

El Centro de Desarrollo Comunitario “El Sol” forma parte del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Nezahualcóyotl. Por esa razón, los recursos económicos con los que opera esa institución subnacional provienen del gobierno de Nezahualcóyotl, en específico de los impuestos, cuotas y aportaciones de seguridad social; contribuciones de mejoras, derechos, productos, ingresos por ventas de bienes y servicios; participaciones y aportaciones de otros medios, transferencias, donaciones, subsidios y otras ayudas. Con estos recursos el gobierno municipal pretende mejorar los índices de asistencia social y de nutrición de grupos vulnerables, como en el caso de las madres solteras. Para ello, el gobierno municipal recurre a la estructura programática que contempla el Plan de Desarrollo, que es el documento rector para el gobierno de Nezahualcóyotl (Documento de Ingresos y Egresos del H. Ayuntamiento de Nezahualcóyotl, 2017).

Aspectos político-administrativos

El Centro de Desarrollo Comunitario “El Sol” es parte del gobierno del municipio de Nezahualcóyotl. El CDC cuenta con un organigrama integrado por un equipo multidisciplinario. En la cúspide de ese organigrama está la coordinadora del Centro de Desarrollo Comunitario “El Sol”, Leticia Díaz de la Cruz; en el nivel inmediato inferior se encuentra el equipo operativo, conformado por un psicólogo y profesores que tienen a su cargo la regularización de niños de primaria, repostería, alimentos y bebidas, cultura de belleza, artesanías y enfermería, así como instructores de gimnasia reductiva, zumba, karate, etc.; por último, en el peldaño base se encuentra el equipo de mantenimiento y vigilancia (CDC, 2017).

Aspectos sociales

El objetivo del Centro de Desarrollo Comunitario es favorecer el desarrollo integral de la población asentada en las zonas de atención prioritaria.

Por lo tanto, el CDC está comprometido a fortalecer el tejido social mediante la promoción de la organización y participación de los habitantes de esa zona en las actividades culturales y recreativas implementadas por el CDC. Otra tarea de esta institución es impulsar la construcción de la ciudadanía con énfasis en el conocimiento y ejercicio de los derechos ciudadanos, que son la base para una vida social justa y armónica, así como impulsar la equidad de género y promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones en las diferentes acciones comunitarias.

Para impulsar la equidad de género, el Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol" imparte una serie de oficios para que las mujeres, en este caso las madres solteras, puedan aprender cultura de belleza, repostería, corte y confección con el fin de incorporarse al campo laboral. Además, el centro también imparte diversas actividades que le permiten a la mujer mejorar su salud integral. Algunas de esas actividades son clases de enfermería, deportes, consultas médicas y odontológicas y terapias psicológicas. También se les brinda asesoría jurídica.

Cuando una mujer necesita otro tipo de apoyo que el centro no puede brindarle, entonces la institución la canaliza a otra. Y esto es posible porque el CDC mantiene contacto con el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Nezahualcóyotl.

Diseño metodológico de la investigación

En este apartado se presentan los aspectos metodológicos que dan sustento al presente estudio. Para la elaboración de este apartado se tomaron en cuenta los siguientes elementos: el corte, tipo y diseño de la investigación, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los métodos de tratamiento de los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

Características de la investigación

La investigación que se presenta es de corte cuantitativo, ya que se caracterizan los elementos que permiten la inclusión social de las ma-

dres solteras que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol". El tipo de estudio es descriptivo porque se presentan las características de los elementos que les permiten a las madres solteras ser incluidas socialmente gracias a los oficios que imparte el centro y a las relaciones interpersonales que entablan las madres solteras con otras madres que también acuden al CDC. Las variables que fueron medidas o descritas son la inclusión social, las relaciones interpersonales, la edad, la escolaridad, el motivo por el cual es madre soltera y el tiempo que llevan en esta situación (Pasquino y Bartolini, 1996).

El diseño de la investigación es de tipo sincrónico, ya que la recopilación de los datos se realiza en un solo momento, en un espacio determinado y con una medición única, que es de febrero a diciembre de 2018 (Pasquino y Bartolini, 1996).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recopilación de datos e información se utilizó la técnica del censo (46 madres solteras) y la encuesta, la cual se refiere a la búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los encuestados sobre los datos que desea obtener (Díaz de Rada, 2001). Esta técnica consistió en la elaboración de un cuestionario. El instrumento que se diseñó consta de 27 preguntas cerradas, las cuales están orientadas a medir las variables en torno a la inclusión social de las madres solteras, lo cual fue útil para la obtención de datos descriptivos a partir de la experiencia de las madres solteras dentro del Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol".

Análisis e interpretación de los resultados

La codificación y gratificación de los datos emanados del cuestionario se realizó a través del programa SPSS, versión 18.0. Asimismo, para el análisis se acudió a la estadística descriptiva para cada una de las variables contempladas en el estudio y posteriormente se procedió a

la descripción de las relaciones entre variables (Pasquino y Bartolini, 1996).

En el análisis e interpretación de los resultados se utilizaron los porcentajes más significativos como parámetros de representatividad de las frecuencias en torno a los elementos que permiten la inclusión social de las madres solteras (Pasquino y Bartolini, 1996).

Resultados de la investigación

En este apartado se exponen los resultados de la investigación. Los elementos que lo estructuran son: madre soltera, integración social, aprender un oficio y relaciones interpersonales.

Como se mencionó anteriormente, la inclusión social hace alusión al proceso de cambio en el que una madre soltera se piensa de otra manera y su vida la lleva a cabo al margen de estigmas y discriminaciones. Asimismo, la inclusión social asegura que todas las madres solteras puedan ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades con las que cuentan, así como tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio, de tal manera que puedan tener acceso a los servicios básicos que les garanticen un desarrollo personal y familiar de un modo sostenible, sin importar su origen o condición social. Es por eso que las madres solteras luchan por alcanzar una inclusión social donde su principal objetivo es poseer una vida digna.

Tutela y manutención de los hijos por la madre soltera

Son diversos los factores que permiten que las madres solteras se hagan cargo de los hijos. Entre aquéllos destacan el trabajo, el tiempo, el dinero y el apoyo que le brinda la familia. Al respecto, 47.8% manifestó que cuenta con la capacidad necesaria para llevar a cabo la tutela y manutención de los hijos por sí solas, ya que pueden trabajar y dedicar tiempo a sus hijos; asimismo, 45.7% comentó que cuenta con los medios suficientes para conservar la tutela y manutención de los hijos, como un trabajo, un oficio o una red de apoyo como la familia.

Sostenimiento, crianza y educación de los hijos

La madre soltera también tiene el compromiso de llevar a cabo el sostenimiento de los hijos, es decir, mantener o conseguir los recursos que son necesarios para la vida de los menores, por ejemplo, alimentos, vestimenta, educación, seguridad, asistencia médica, etc. Asimismo, a la madre soltera se le suma una segunda tarea: la crianza de los hijos, que va enfocada al cuidado y afectividad que los menores reciben por parte de la madre con el fin de desarrollar plenamente sus capacidades, lo cual forma parte de su educación donde las madres solteras se ocupan de los gastos escolares, así como la supervisión de las tareas extraescolares de sus hijos, a pesar de las actividades laborales que realizan.

Por la carga de trabajo que deben realizar las madres solteras, en algunos casos ellas reciben apoyo por parte de terceras personas para cumplir con la encomienda que les compete. Al respecto, 56.5% de las madres solteras manifestaron que llevan a cabo el sostenimiento, crianza y educación de los hijos sin ayuda de alguna otra persona; es decir, ellas se *las ingenian con tal de sacar a sus hijos adelante*; en contraparte, 43.5% aseveró recibir ayuda de los padres o de los abuelos por medio de una pensión o despesa.

La integración social

La integración social por parte de las madres solteras se logra en la medida en la que el entorno social deja de ser desconocido. Esta situación es posible cuando estas mujeres pueden acceder con normalidad a los bienes y servicios del entorno social pero en igualdad de condiciones, ya sea en el ámbito laboral, educativo o de cualquier otro tipo. Asimismo, la integración social es el principal elemento para una inclusión social en las madres solteras debido a que la primera acción que deben realizar es integrarse socialmente; es decir, optan por integrarse a una institución que les brinde actividades que puedan redituales algún tipo de beneficio en su vida.

De acuerdo con lo mencionado, es importante que las madres solteras se integren a diversas actividades, por ejemplo a las que ofrece la misma comunidad, el Estado, la localidad, etc., para que puedan llevar a cabo diferentes tareas o funciones de la vida cotidiana, principalmente las que se relacionan con su capacitación en el ámbito laboral. Es por eso que la población total de madres solteras considera que deben tener acceso normal a los servicios de su localidad. En este caso, el Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol" es una institución interesada en que las madres solteras reciban capacitación para aprender algún oficio de tal manera que estén preparadas para el área laboral. Al respecto, 47.8% informó que las mujeres merecen tener un trato igualitario en el acceso a los servicios que ofrece la localidad. Por su parte, 30.4% aseveró que las madres solteras tienen los mismos derechos, como cualquier otra mujer o madre, no importa la condición en la que se encuentre.

Importancia de la integración a las actividades del Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol"

Para las madres solteras es de gran importancia el hecho de asistir a dicha institución donde se les capacita para que adquieran un oficio. Además de que esta situación puede generar satisfacción de sí mismas, también puede resultar funcional para el sistema social, en el sentido de que al ser productivas las mujeres ejecutan una función que le permite al sistema social su reproducción. En cuanto a la importancia que tiene el integrarse a un centro de desarrollo comunitario para la adquisición de un conocimiento u oficio, 97.8% informó que sí han resultado de suma importancia integrarse a las actividades que ofrece esa institución.

Beneficios de integrarse a las actividades del CDC

Cuando las madres solteras se incorporan a actividades como cultura de belleza, corte y confección, repostería, enfermería general, así

como a actividades deportivas, consultas médicas, etc., es con la finalidad de obtener algún beneficio para ella y para sus hijos. Con base en los datos obtenidos en la investigación, 47.8% reveló que uno de los beneficios es que aprenden nuevas cosas, las cuales le permiten tener conocimiento y hacerse especialista en algún oficio; del mismo modo, 37% declaró que otro de los beneficios es que conocen a gente que también son madres solteras y esto presenta equilibrio, acción que se va a involucrar en su desempeño y durante su estancia en la institución.

Importancia de aprender un oficio

Cuando la madre soltera aprende un oficio significa que obtiene habilidades específicas, las cuales van relacionadas con la manufactura. Primeramente, se requiere de un entrenamiento, posteriormente se llegará a la práctica donde las madres solteras realizan lo que han aprendido. Esta labor de aprender un oficio trae consigo una gran importancia que se verá reflejada en el desarrollo de la madre soltera. Ante ese escenario, 54.3% manifestó que cuando se aprende un oficio se ayuda a la superación como persona, mujer y madre, puesto que ellas tendrán un conocimiento que les permitirá movilizarse en el área laboral. Por su parte, 26.1% consideró que el aprender un oficio también ayuda en el sentido de saber algo nuevo para salir adelante; 19.6% consideró que aprender un oficio les ayuda a sentirse útiles debido a que las madres, al sufrir una separación o viudez, en ocasiones provoca depresión, y por lo tanto el saber hacer algo puede revertir el problema de la depresión puesto que reconocen que son útiles para la vida.

Beneficios que se obtienen al aprender un oficio

Cuando la madre soltera decide aprender un oficio significa que se van a generar algunos beneficios para su desarrollo personal y en el de su familia. En este sentido, 50% manifestó que aprender un oficio les permitirá incorporarse al mercado laboral, ya sea en algún salón

de belleza, en un taller de costura, panaderías, pastelerías, etc., al mismo tiempo que ellas podrían producir esos productos para el consumo personal. Asimismo, 50% consideró que aprender un oficio también significa adquirir conocimientos sobre determinada materia. En este sentido, las madres solteras se vuelven receptoras, al mismo tiempo que se incorporan en un proceso de socialización.

Remuneración económica

Un aspecto importante dentro de la inclusión social de la madre soltera es el ingreso económico, pues de éste dependerá la adquisición de bienes y servicios que la madre necesita para ella y sus hijos. El hecho de aprender a elaborar o a realizar algo en específico, significa que se va a introducir en el área laboral y por supuesto que se va a recibir una remuneración económica. Uno de los hallazgos de la investigación fue que para 97.8%, el adquirir ciertas habilidades le permitirá percibir cierta remuneración económica para cubrir las necesidades de su familia. Este aspecto de la economía forma parte de la funcionalidad de la madre soltera dentro del medio en que se desenvuelve.

Relaciones interpersonales

Como se manifestó anteriormente, las relaciones interpersonales hacen alusión a una asociación que está basada en emociones y sentimientos, tales como la amistad, el compañerismo y el amor, entre otros. En el caso que nos ocupa, entre las madres solteras que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario existe un vínculo, pues además de estar en la misma situación de madre soltera, comparten el objetivo de aprender un oficio para ser incorporadas al ámbito laboral y con ello ser, al mismo tiempo, incluidas socialmente. Esto quiere decir que la madre soltera, al interactuar con otras madres en la misma condición, va a generar una convivencia basada en la comunicación pero también en el afecto, respeto y tolerancia, aspectos que en conjunto pueden hablar de una relación armoniosa entre todas las madres solteras.

Asimismo, las madres solteras conforman un sistema social debido a que éstas interactúan entre sí en una misma institución. Durante la sesión, las madres se unen no sólo para aprender más rápido, sino también para disminuir su sentimiento de soledad. Al respecto, 93.5% aseveró que sí es de utilidad el convivir con más madres solteras, puesto que de esta forma no se sienten solas en la situación.

Beneficios de convivir con más madres solteras

Cuando las madres solteras llevan a cabo la convivencia suelen atraer ciertos beneficios que les permitirán alcanzar un mayor desarrollo en el proceso de adquirir un conocimiento. Bajo este entendido, 47.8% opinó que uno de los beneficios al convivir es que conocen a más gente; es decir, conocen a más madres solteras con quienes comparten la situación y objetivos. Otro 23.3% manifestó que un beneficio más es que existe compañerismo, que se ve reflejado en que hacen trabajo en equipo, se ayudan a realizar las actividades, etcétera.

Desarrollo de la madre soltera por medio de la convivencia

La convivencia guarda una relación estrecha con el desarrollo puesto que cuando se trabaja en equipo se obtienen mejores resultados. En el caso de estudio, se encontró que en 95.7% de las mujeres la convivencia sí representa un medio que contribuye a su desarrollo, en tanto que para 43.5% el desarrollo incluye el compañerismo porque al trabajar a la par con otras madres solteras se tejen lazos de apoyo que redundan, finalmente, en una mayor producción. Por su parte, 41.3% consideró que sí existió trabajo en equipo durante el tiempo que participaron en el Centro de Desarrollo Comunitario.

La amistad y la madre soltera

La madre soltera suele tejer lazos de amistad dentro de la institución debido a la convivencia diaria dentro de la misma; es decir, la amistad

es una relación afectiva que se da entre una madre soltera y otra(s), donde van asociados diferentes valores como la lealtad, la solidaridad, el amor, la sinceridad y el compromiso, sentimientos que propician o generan algún tipo de lazo entre las madres solteras. Con base en los hallazgos de la investigación, la amistad se vuelve un elemento importante para la inclusión social de la madre soltera. Al respecto, 97.8% de las madres solteras opinó que sí es conveniente hacerse de amistades dentro de la institución y así concluir el proceso de adquirir conocimientos con éxito.

Beneficios de una amistad

Existen diferentes razones para argumentar por qué es conveniente para la madre soltera entablar una o varias amistades. Según los datos que se obtuvo de la investigación, 65.2% de las madres encuestadas manifestó que la principal razón de que así sea, es porque comparten objetivos y éstos van enfocados a adquirir un conocimiento, generar ingresos, satisfacer las necesidades básicas y, por lo tanto, lograr la inclusión social; así, el resto de las madres solteras aseveran que por medio de la amistad existe apoyo y por lo tanto ya no se sienten tan solas por su situación de madres solteras.

Conclusiones

En los presentes párrafos se desarrollan las conclusiones en torno al estudio de la inclusión social de las madres solteras en el Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol". Es necesario resaltar que se elaboran a través de la integración de lo establecido en el marco teórico, contexto diseño metodológico y los resultados de la investigación.

Respecto a la teoría estructural-funcional, permitió concebir a las madres solteras como actores, debido a que están inmersas en un proceso de socialización, puesto que asisten al Centro de Desarrollo comunitario "El Sol" a capacitarse en algún oficio que les permita incluirse al área laboral, además de generar alguna remuneración

económica. Esta inclusión se desarrolla a través de intercambios de ideas, compañerismo y amistades que se desencadenan durante el proceso. Por tanto, las madres solteras, en su conjunto, forman parte del sistema social donde interactúan entre sí dentro de la institución, asistiendo a los talleres y las actividades que les ofrece el centro comunitario.

Asimismo, la teoría permitió identificar que la madre soltera posee un estatus y un rol dentro de la institución, es decir, se pudo identificar que las mujeres mantienen características que les permite estar en dicha institución, como por ejemplo, el hecho de ser madre soltera y la motivación de querer salir adelante, lo que significa que estas mujeres desarrollan diversas funciones como asistir en calidad de alumnas a las clases o capacitaciones, mantener la armonía entre ellas, desarrollar el compañerismo y poner en práctica lo que aprenden.

Finalmente, el corpus teórico permitió constatar que la funcionalidad de la estructura se genera a partir de que las madres solteras aprenden un oficio por medio de los talleres que se ofertan, la ayuda mutua y obtención de una remuneración económica; de esta manera, las madres solteras satisfacen las necesidades básicas de sus hijos y se incluyen en el mercado laboral.

En lo que respecta al Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol", se concluye que es funcional, ya que permitió el estudiar a las madres solteras que viven en la colonia El Sol. Además, se verificó que el centro comunitario estructuralmente cumple el objetivo de reducir la pobreza que existe en la colonia, vía la capacitación para el empleo y demás servicios como talleres de cultura de belleza, repostería, panadería, corte y confección, clases de enfermería general, actividades de educación para la salud, consulta médica, odontológica, asesoría jurídica y terapia psicológica, funciones que contribuyen a la inclusión social de estas mujeres.

Con respecto a la integración social, se concluye que la inserción al mercado laboral es el principal elemento que influye, ya que las madres solteras que se integran al CDC participan en actividades productivas que les genera beneficios para su vida, como la remuneración eco-

nómica y la satisfacción de necesidades básicas como la educación, vivienda, alimentación y vestimenta.

Las principales actividades productivas que las madres solteras aprenden y practican son cortar, pintar y peinar el cabello, confeccionar ropa, enfermería general, elaborar postres y pan de diferentes formas; por tal motivo, aprender un oficio es el segundo elemento que influye en la inclusión social de las madres solteras.

Las relaciones interpersonales que se desarrollan durante el proceso es el tercer elemento que influye en la inclusión social de las madres solteras. Su influencia se ve reflejada en la convivencia y amistad que se generan durante el tiempo que ellas se capacitan para aprender un oficio. El hecho de convivir a diario y aplicar compañerismo o apoyo mutuo representa generar un vínculo entre las mujeres, lo que significa que la amistad es una motivación para seguir adelante puesto que, de esta manera, las madres solteras no se sienten solas. En este proceso se desarrolla el apoyo mutuo, donde la ventaja está en que se genera más producción y por lo tanto más ingresos.

Las variables sociodemográficas que influyen de manera determinante para que las madres solteras obtengan una inclusión social se distinguen de la siguiente forma: en relación con la variable edad, se puede afirmar que cuando las madres poseen entre 26 y 35 años de edad, influye determinantemente para que las madres solteras decidan integrarse al Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol" con el propósito de aprender un oficio que la institución ofrece, cuya finalidad radica en generar ingresos económicos y solventar los gastos de la familia.

Referente a la escolaridad, se concluye que, en general, las madres solteras que asisten al Centro de Desarrollo Comunitario "El Sol" poseen un grado de secundaria, es decir, educación básica, circunstancia que orienta a las madres solteras a conseguir un empleo formal, por lo que deciden asistir a la institución y así aprender un oficio.

En lo que respecta a la variable, estado civil, se observó que en general las mujeres que asisten a la institución se convirtieron en madres solteras debido a la separación. Esta cuestión se da cuando no había acta de matrimonio de por medio, es decir, sólo se vivía en unión libre.

Por ello, las madres solteras toman el papel de proveedor económico, madre y padre a la vez, de tal forma que estas mujeres mantienen la tutela y manutención de los hijos.

En lo que respecta al tiempo que estas mujeres llevan viviendo como madres solteras, se afirma que en general el promedio es de 1 a 5 años y que, por tal motivo, se integran a la institución para capacitarse para el empleo y de esta forma se incluyan al mercado laboral social.

Referencias

- Centro de Desarrollo Comunitario (2017), *Aspectos generales de la institución*, México, H. Ayuntamiento de Nezahualcóyotl.
- Díaz de Rada, V. (2001), *Diseño y elaboración de cuestionarios para la investigación comercial*, Madrid, ESIC Editorial.
- Dios, D. de (2004), *Sociología de género*, México, FCPYS-UNAM.
- Federación Sartú (2011), *Estrategias profesionales para una inclusión social*, México.
- Hernández, R., C. Fernández y P. Baptista (1997), *Metodología de la Investigación*, México, McGraw-Hill.
- Hider, F. (1958), *The psychology of interpersonal relations*, Nueva York, Wiley.
- Moya, C. (1998), *Sociología y sociólogos*, México, Siglo XXI.
- Pajares, M. (2005), *La integración ciudadana*, Barcelona, Icaria.
- Pasquino, G. y S. Bartolini (1996), *Manual de ciencia política*, España, Alianza-Universidad.
- Ritzer, G. (1993), *Teoría sociológica contemporánea*, México, Mc Graw Hill.
- _____ (2001), *Teoría sociológica clásica*, México, Mc Graw Hill.
- Spears, A., H. Heath, G. Martínez y M. Camarena (2014), *Mujeres en espacios cambiantes*, México, Universidad Autónoma de Baja California.

Universidad Nacional Autónoma de México

Desafíos del Trabajo Social para la intervención social con familias

Esta edición se terminó de imprimir en octubre de 2021
en los talleres de Litográfica Ingramex S. A. de C. V., ubicados
en Centeno 162-1, Col. Granjas Esmeralda,
C. P. 09810, Ciudad de México.

Su composición se realizó con la familia tipográfica
Museo Slab, Bold e Italic de 9, 10, 11 y 14 puntos.
Edición impresa, el tiraje consta de 350 ejemplares.

El cuidado de la edición estuvo a cargo
del Departamento de Publicaciones de la ENTS.

Históricamente, la familia ha sido objeto de estudio e intervención en la disciplina del Trabajo Social. Las y los trabajadores sociales en formación, constantemente están en la búsqueda de referentes teórico-metodológicos para la intervención social, encontrando en otras disciplinas algunas respuestas a sus inquietudes.

La obra *Desafíos del Trabajo Social para la intervención social con familias*, reúne diversos escritos en el que trabajadoras y trabajadores sociales plasmaron sus reflexiones, referentes teóricos-metodológicos y experiencias como resultado de la intervención social con familias.

El texto muestra los diversos enfoques con los que Trabajo Social interviene en diferentes escenarios, e invita a las y los lectores a la reflexión sobre la necesidad de replantear métodos y técnicas ante los escenarios complejos que presentan las familias en la actualidad.

PAPIME PE307218

