

Diversidad Cultural y Salud



Coordinadoras: Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas

Mtra. María de Guadalupe Navarro Elías

Mtra. Alejandra Dolores Alvarado Jiménez

Introducción

El libro, integra la riqueza compartida en la mesa de Diversidad cultural y salud dentro del foro internacional de multiculturalidad, realizado del 19 al 21 de mayo en el campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato en la División de Ciencias Sociales y Administrativas.

La gran aventura de aprendizaje en la diversidad inicio en la planeación del Foro, pues siguiendo las tendencias educativas nacionales e internacionales de colaboración interdisciplinaria e interinstitucional, se tuvo la acertada decisión de planear una mesa que incluyera los aspectos de cultura y salud, aspectos que forman parte del cotidiano vivir de los seres humanos, cuidarse, sanarse, rehabilitarse es parte de la cultura del individuo con lo que tiene y posee a su alrededor, con sus creencias, con sus recursos económicos, políticos, sociales y espirituales.

El compartir en la mesa fue enriquecedor pues en ella participaron diversas disciplinas, entre ellas arquitectura abordando la higiene de los espacios públicos abiertos de la colonia a la revolución en Aguascalientes.

Un punto de vista médico suscitado entre los choles del ejido de Noypac, que implica, conocer cómo se han legitimado las diversas alternativas de atención haciendo énfasis principalmente en los disímiles discursos terapéuticos, y analizar el cómo se han construido o reconstruido las heterogéneas significaciones en torno de un padecimiento específico que los pobladores denominan como *nervios*. Una visión compartida para los choles, pero para los mexicanos muchas veces desconocida o dispar.

Se abordó el uso de internet como medio para compartir de manera masiva los saberes sobre salud y las ventajas que el uso de esta tecnología representa para la prevención y atención a la salud de la población global.

Se presentaron protocolos, investigaciones en proceso y productos de investigación terminados por la disciplina de enfermería encaminados todos ellos al Cuidado esencia de la disciplina que abordaron aspectos tan variados como: la enseñanza de enfermería en la disminución del uso de drogas en adolescentes, modo de autoconcepto e interdependencia en el cuidador del adulto mayor, apoyo educativo y capacidades de autocuidado en la diálisis peritoneal continua, factores de riesgo relacionados a la obesidad en adolescentes, vivencia de la espiritualidad en adultos

mayores, mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social en pacientes en una unidad de hemodiálisis, educación continua para enfermeras que brindan cuidado al adulto mayor moribundo, estímulos que influyen en el nivel de adaptación del modo de interdependencia del adulto mayor hospitalizado. El cuidado lenguaje común en enfermería refleja la diversidad de los aspectos que son necesarios abordar en la prevención de adicciones y obesidad en el adolescente, cuidado hospitalario del paciente en estado agudo, grave, o aquel que se encuentra con la muerte, el cuidado aplicado a los cuidadores de los pacientes y la capacitación necesaria para enfermería como continuo para que su cuidado sea de calidad.

Psicología participo compartiendo los temas, conducta dominante/sumisa en la mujer y su relación con estados afectivos dimensionándola tanto biológica como socialmente, considerando que la actitud de la subordinación se asocia con ansiedad social y depresión. Asimismo se presento la influencia de los factores culturales en la salud mental evidenciando como la cultura es un factor determinante para la salud mental del individuo.

Aportando al foro aspectos culturales que son necesarios considere el área de la salud para el cuidado de los individuos y quedando claro que el cuidado unidisciplinar a quedado rebasado y que este implica aspectos culturales, sociales, de infraestructura, espirituales, biológicos, aspectos complejos cual compleja es la esencia del ser humano que es en si cultura.

Gracias por Compartir su riqueza de experiencia y sabiduría en salud que se vive en una cultura concreta

Ma. Guadalupe Ojeda Vargas

Tabla de contenido

Diversidad Cultural y Salud	1
Introducción	2
Tabla de contenido	4
El campo de lo médico. El lenguaje de la enfermedad en disputa	15
Resumen	15
Conceptos claves:	15
El campo de alternativas terapéuticas.....	19
El posicionamiento de la medicina “tradicional”	21
La postura de la medicina alópata	24
¿Una nueva alternativa? La medicina naturista.....	27
Las oraciones de sanación	29
Los principios divinos de la salud. Los adventistas y el cuerpo como templo del espíritu	31
El Movimiento de Renovación Carismática en el Espíritu Santo	33
Los pentecostales y su don de sanación	35
Consideraciones generales	36
Bibliografía.....	39
La higiene en los espacios públicos abiertos de Aguascalientes, de la Colonia a la Revolución.....	43
Introducción.	43
Período colonial.....	43
La higiene.....	48
Ciudad Revelada. Imágenes de Aguascalientes en los años veinte.	50
La higiene a finales del siglo XIX.....	50
Cambios a la modernidad, la higiene en l siglo XX.	53
Transformaciones debido a la higiene, en el espacio público abierto de Aguascalientes, (1800...1945).	61
Conclusión.....	74

Bibliografía.....	77
Efecto de la enseñanza de enfermería en la disminución del uso de drogas en adolescentes	81
Introducción	81
Justificación.....	81
Planteamiento del problema	84
¿Cómo es el efecto de la enseñanza de enfermería en el uso de drogas de los adolescentes de la Colonia Cerrito Colorado de Cortázar, Gto?.....	84
Marco teórico	84
Hipótesis.....	84
Objetivos	85
General:	85
Específicos.....	85
Metodología	85
Tipo de estudio: Cuantitativo y Correlacional.....	85
Diseño metodológico: Cuasi experimental y Longitudinal	85
Limites del estudio	85
Lugar:	85
Tiempo:	85
Universo: La población del estudio está constituida por aquella que se encuentre bajo el contexto de adolescente de educación secundaria de 10 a 19 años de edad.....	85
Muestra.....	85
Tamaño de la muestra.....	85
Criterios.....	86
Criterios de inclusión.....	86
Criterios de exclusión	86
Criterios de eliminación	86
Variables.....	86

Instrumentos	86
Recursos Humanos	87
Materiales y financieros.	87
Difusión	87
Consideraciones éticas y legales	87
Resultados	88
Primera etapa	88
Datos demográficos de los adolescentes consumidores de drogas, en la Colonia Cerrito Colorado de Cortazar., Gto. 2009.	89
Fuente:	90
Drogas utilizadas por los adolescentes de educación secundaria de la Colonia Cerrito Colorado de, Cortazar., Gto. 2009.	90
Drogas utilizadas por los adolescentes de educación secundaria de la Colonia Cerrito Colorado de, Cortazar., Gto. 2009.	91
Drogas utilizadas por los adolescentes de educación secundaria de la Colonia Cerrito Colorado de, Cortazar., Gto. 2009	92
Discusión	93
Conclusiones y sugerencias	93
Referencias bibliográficas	94
Bibliografía	97
La conducta dominante/sumisa en la mujer y su relación con estados afectivos y biológicos.....	98
Resumen	98
La conducta dominante y sumisa	99
La sumisión en la mujer	102
Diferencias de género y la respuesta al estrés	103
Hallazgos sobre la conducta dominante y los factores genéticos en mujeres menopáusicas	104
Resultados:	105
Características generales.-	105

Dominancia y los síntomas de la menopausia:.....	108
FIG. 4 ASOCIACIÓN ENTRE PERDIDA DE INTERÉS SEXUAL Y DOMINANCIA	110
FIG. 5 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y DOMINANCIA.....	111
FIG. 6 ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DOMINANCIA	112
Conclusión:.....	112
Referencias Bibliográficas	113
Intervención de enfermería en el modo autoconcepto e interdependencia en el cuidador del adulto mayor.....	119
Resumen	119
Palabras Clave,	119
Introducción	120
Justificación.....	120
Marco conceptual	122
Hipótesis.....	122
Objetivos	123
Metodología	123
Resultados	123
Datos Demográficos.....	123
Variables de estudio	124
Comparación inicial de los grupos de estudio modo autoconcepto e interdependencia del cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya.....	125
Comprobación de hipótesis de estudio.	125
Comparación de grupos modo de autoconcepto e interdependencia del cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya	125
Control inicial y experimental final del modo interdependencia del cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya	126
Comparativo entre grupos del modo autoconcepto e interdependencia cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya	126

Discusión.....	127
Conclusiones	128
Referencia Bibliográfica.....	129
Apoyo educativo y capacidades de Autocuidado en la diálisis peritoneal continua ambulatoria	132
Resumen	132
Palabras clave:.....	132
Desarrollo	132
Material y métodos:.....	134
Resultados y discusión	135
Tabla No. 1	135
Clasificación por Sexo.....	135
Pacientes con D. P. C. A.	135
Clasificación por grupo de Edad	136
Pacientes con D. P. C. A.	136
Fuente:.....	136
Clasificación por la Ocupación	137
Pacientes con D. P. C. A.	137
Fuente:.....	137
Clasificación por situación de vida.....	137
Pacientes con D. P. C. A.	137
Distribución normal de la zona de rechazo	138
Área de rechazo para la hipótesis nula	138
Fuente:.....	138
Conclusiones y sugerencias.....	138
Bibliografía.....	139
Factores de riesgo relacionados a la obesidad en adolescentes	141

Resumen	141
Palabras clave:	141
Introducción.....	142
Justificación.....	142
Planteamiento del problema	143
Marco conceptual	143
Hipótesis	145
El sedentarismo predispone al adolescente a padecer obesidad	145
Objetivos	145
General	145
Específicos.....	146
Metodología	146
Tipo de estudio:	146
Diseño metodológico:.....	146
Universo:	146
Inscripciones.....	146
Muestra:.....	146
Criterios: Se seleccionaron a los adolescentes que reunieron los siguientes criterios de elegibilidad:	146
Inclusión:	146
No inclusión:	146
Eliminación:	146
Cuestionarios incompletos.	146
Variables de estudio	147
Operacionalización y descripción de variables	147
Instrumentos	150

Procedimiento.....	150
Análisis estadístico.	150
Consideraciones éticas y legales	151
AUTONOMÍA:	151
BENEFICENCIA:	151
CONFIDENCIALIDAD:	151
JUSTICIA:	151
NO MALEFICENCIA:	151
Resultados y discusión	151
Variables descriptivas.....	151
Fuente:.....	152
Variables socio-demográficas	152
Dispersión lineal entre variables dependiente e independiente.	153
Conclusiones	154
Referencias bibliográficas	154
Vivencia de la espiritualidad en adultos mayores. Una perspectiva fenomenológica.....	157
Génesis de la inquietud en el investigador	157
Aproximación al conocimiento de la temática.	158
Envejecimiento.....	158
Envejecimiento poblacional	158
Proceso de envejecimiento.	159
Espiritualidad en el adulto mayor.....	159
Cuidado de Enfermería espiritual al adulto mayor.....	160
Construcción del referencial metodológico.....	160
Fenomenología.	161
Entrevista en la investigación cualitativa.	161

Trayectoria metodológica.....	161
¿Qué significado tiene para el adulto mayor la espiritualidad?.....	162
Objeto del estudio. La Vivencia de la espiritualidad del adulto mayor.....	162
Propósito de la investigación.	162
Escenario del estudio.	162
Tiempo de la investigación.	162
Recursos humanos.	163
Recursos financieros y materiales.	163
Observación de la dimensión bioética.	163
Acceso a los sujetos participantes.	163
Preguntas norteadoras:	163
Análisis de los resultados.	163
Datos cualitativos.	164
Proceso general del análisis.	164
Síntesis de las Unidades de Significado.	164
Estructura del fenómeno a partir de las unidades temáticas.	165
Consideraciones finales.	167
Referencias Bibliográficas.....	167
Supercurso latinoamericano sobre Epidemiología, Internet y Salud Global.	170
Bibliografía.....	172
Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social en pacientes de una unidad de hemodiálisis.....	173
Introducción	173
Justificación.....	174
Planteamiento del problema	176
Marco teórico conceptual	177

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem	177
Teoría del autocuidado	178
Teoría del Déficit del Autocuidado	179
Teoría de los Sistemas de Enfermería	179
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	180
Insuficiencia Renal Crónica	182
Soledad del paciente en una unidad de hemodiálisis.....	183
Interacción social del paciente en una unidad de hemodiálisis	183
<i>Requisito universal de autocuidado: “Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social”</i> de los pacientes con hemodiálisis	183
Interacción social.....	184
Soledad	184
Objetivos	185
General:	185
Específicos:	185
Metodología.....	186
Tipo de Estudio	186
Diseño metodológico.....	186
Límites de Tiempo y Espacio	186
Universo y muestra.....	186
Criterios de inclusión.....	186
Criterios de exclusión	186
Variables.....	186
Instrumentos	187
Sección I:	187
Sección II:	187

Sección III:	187
Procedimientos	188
Aprobación del protocolo:	188
Autorización del protocolo:	188
Selección de la muestra y consentimiento informado:	188
Recolección de los datos:	188
Análisis estadístico:	188
Recursos	188
Humanos.....	188
Materiales y Financieros	189
Difusión.....	189
Consideraciones Ético Legales.....	189
Resultados	190
Referencias Teóricas y Bibliografía	190
Educación continua para enfermeras que brindan cuidado al adulto mayor moribundo - una perspectiva fenomenológica	192
Génesis del Estudio	192
Acercamiento al conocimiento del conocimiento del tema.....	193
Sobre el cuidado de enfermería al adulto mayor moribundo.....	193
Sobre la educación continuada en enfermería	197
La educación problematizadora de Paulo Freire.	200
Sobre la fenomenología.....	202
Camino metodológico	204
Tipo de estudio.	204
Epojé.....	205
Propósito del estudio	205

Escenario del estudio	205
Sujetos del estudio	205
Acceso a los sujetos de estudio	205
Observación de la dimensión bioética	209
Construcción de los Resultados.....	213
El investigador en búsqueda de las descripciones	213
Reflexiones sobre el desvelamiento de un nuevo pensamiento de cuidado al adulto mayor moribundo posterior a la participación en un curso de educación continuada	214
Citas Bibliográficas	214
Influencia de los factores culturales en la salud mental	217
Introducción:	217
Palabras Clave: Cultura, salud mental, factor condicionante, percepción, bienestar.	217
Objetivo	219
Desarrollo	219
Conclusión.....	227
Bibliografía.....	228
Estímulos que influyen en el nivel de adaptación del modo de interdependencia del adulto mayor hospitalizado. Resultados preliminares	229
Resumen	229
Palabras clave	229
Introducción	230
Materiales y Métodos	232
Resultados y Discusión	233
Discusión	234
Conclusiones	235
Referencias	236

El campo de lo médico. El lenguaje de la enfermedad en disputa

Victoria Raquel Rojas Lozano

Mtra. En A.S. Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

El trabajo presentado representa una fracción de la investigación que realice entre los choles que habitan en el estado de Tabasco, en el municipio de Tacotalpa. El objetivo es mostrar los cambios que en el ámbito de la salud se han suscitado entre los choles del ejido de Noypac. Lo que implica, conocer cómo se han legitimado las diversas alternativas de atención –haciendo énfasis principalmente en los disímiles discursos terapéuticos–, y analizar el cómo se han construido o reconstruido las heterogéneas significaciones en torno de un padecimiento específico que los pobladores denominan como *nervios*.

Estos propósitos intentan responder el por qué del transitar de una alternativa terapéutica a otra. Todo esto, a través de construir el *campo* de alternativas de curación por el que han transitado los pacientes y su familia en el ir y venir en la búsqueda de la resolución de su problema de salud y que está integrado por: la medicina alópata, medicina tradicional, medicina naturista y oraciones de sanación de tres religiones diferentes (adventista, pentecostal y católica carismática).

La edificación de dicho *campo* permite, observar cómo los nuevos discursos terapéuticos en zonas indígenas mantienen relaciones de fuerza por el poder de imponer y legitimar el *capital simbólico* que poseen, y que a su vez nutre las percepciones que existen sobre el cuerpo, la enfermedad y la salud.

Conceptos claves: Campo de lo médico, lenguaje de enfermedad, diversidad terapéutica, *nervios*

El presente trabajo representa una fracción de la investigación realizada entre los choles que habitan en el estado de Tabasco, en el municipio de Tacotalpa. El objetivo es mostrar los cambios que en el ámbito de la salud se han suscitado entre los choles del ejido Noypac a partir de la diversidad terapéutica a la que asisten para solucionar sus problemas de salud; lo que implica, conocer cómo se han legitimado las diversas alternativas de atención –haciendo énfasis principalmente en los disímiles discursos terapéuticos–, y analizar el cómo se han construido o reconstruido las heterogéneas significaciones en torno de sus concepciones de enfermedad, específicamente a través de un padecimiento que los pobladores denominan como *nervios*.

Estos propósitos intentan responder el por qué del transitar de una alternativa terapéutica ¹ a otra. Todo esto, a través de construir el *campo* ² de alternativas de curación por el que ha transitado el paciente y su familia en el ir y venir en la búsqueda de la resolución de su problema de salud. Hablar del campo de lo médico entonces, requiere conocer y desplegar la diversidad de tratamientos a los cuales recurren las personas para tratar sus enfermedades. Significa en suma, saber quiénes son los encargados del cuidado de la salud en el lugar.

La edificación de dicho *campo* permite observar cómo los nuevos discursos terapéuticos en zonas indígenas mantienen relaciones de fuerza por el poder de imponer y legitimar el *capital simbólico* que poseen, y que a su vez nutre las percepciones que existen sobre el cuerpo, la enfermedad y la salud. Además, muestra que esta diversidad de alternativas terapéuticas (en población indígena) va más allá de la confrontación medicina alópata-medicina “tradicional”, que en muchos de los casos ha abordado a la primera como la alternativa hegemónica (Freyermuth, 1993, Harman, 1974, Holland, 1978, Köhler, 1974, Menéndez, 1984, 1990, Page, 1996).

¹ Entiendo por alternativas terapéuticas los conocimientos, tratamientos y prácticas terapéuticas que nombro de esta forma para no referirme al término de prácticas médicas, ya que así enunciadas, pueden hacer referencia sólo a la medicina alópata y no a la diversidad de tratamientos que intento describir y analizar, además de seguir reproduciendo el análisis dicotómico de medicina hegemónica/medicina “tradicional”.

² En esta parte hago referencia al concepto de *campo* de Bourdieu, como ese espacio en el interior del cual hay una lucha por el monopolio del ejercicio de la competencia legítima (Bourdieu, 1996). En este caso, se trata de una negociación en la que los discursos terapéuticos muchas veces se complementan o se disputan la imposición de la definición legítima del cuidado de los cuerpos y de las diferentes maneras de tratarlos.

El concepto de *campo* me sirve para describir las relaciones de fuerza que se establecen entre las diferentes posiciones que ocupan las prácticas terapéuticas que hay en Noypac. Si bien la categoría dicotómica que expresa el Modelo Médico Hegemónico (MMH) explica también dichas relaciones objetivas y se caracteriza por el desarrollo de un proceso de atención monopólica de atención a la salud; sólo observa a las otras alternativas al margen, en términos de subordinación y complementariedad, y no a manera de oposición, ni de lucha; y aunque reconoce su existencia y justifica su presencia en términos prácticos, sólo cree que se mantienen y reproducen por su relativa eficacia, por su reconocimiento social, y por ser frecuentemente lo único con que cuenta la población (Menéndez, 1984).

Así que, este espacio me resulta propicio para cuestionar los trabajos que han tratado este tema sólo en términos de medicina “tradicional” vs medicina hegemónica; razón por la cual mi análisis no está centrado en estas categorizaciones, ni presenta clasificación alguna; antes bien, ofrece el desarrollo de todas las opciones terapéuticas para testificar precisamente la heterogeneidad vivida en términos del cuidado de la salud, de la definición de la enfermedad y su tratamiento en zona indígena.

En la década de los setentas se inician los estudios sobre el Modelo Médico Hegemónico,³ que analizan la relación con las medicinas subalternas en términos de dominantes/dominados; reconociendo la colonización del conocimiento ejercida por la medicina “moderna”, “alopática”, o “científica” (Ayora; 2002). La concentración monopólica, el desarrollo de un proceso de eficacia (práctica) centrado en los medicamentos, la racionalidad científica y la profesionalización son algunas de las cosas que le caracterizaron; dejando de lado el análisis del uso real de este servicio médico, y desvaneciendo las formas en que la población construye sus prácticas curativas, que poco tienen que ver con la subordinación.

Las demandas y las ofertas se han diversificado y no homogeneizado como se pretende hacer ver a partir de este modelo, ya que la medicina “alopática” se encuentra desbordada no sólo por otras

³ El (MMH) intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del MMH. (Menéndez; 1984: 1).

alternativas sino por la exigencias de médicos que se reconocen con dificultad dentro de su marco clásico y optan por nuevas medicinas (homeopatía, acupuntura, osteopatía, quiropraxia) y se levantan en contra del monopolio al derecho a la cura (Le Bretón: 147). Por tanto, no creo que sea o haya sido en algún momento la vara a través de la cual se puedan medir todas las otras posibilidades de acercamiento a la enfermedad.

Seguir haciendo referencia a este proceso sería desconocer las nuevas formas en que las personas se están tratando y permanecer indiferentes a los cambios que se registran en comunidades rurales e indígenas. Las alternativas terapéuticas por las que transitan los enfermos y sus familias no se encuentran en posiciones de igualdad dada sus diferentes formas de legitimación y de su eficacia. Cada opción está en desventaja frente a otra, no existiendo primacía absoluta de alguna. Ni de la medicina alópata⁴ que considero nunca la tuvo, porque en términos prácticos, y simbólicos sobre todo, la medicina “tradicional” ha seguido cumpliendo su funcionalidad dentro de varias comunidades.

Por ello prefiero antes que seguir hablando de hegemonía, plasmar la diversidad de alternativas terapéuticas y hablar de las múltiples transformaciones que los indígenas viven a través del cuidado de la salud: Las re-significaciones de sus nociones de enfermedad a partir de los heterogéneos tratamientos a los que recurren, los disimiles consumos alimenticios y medicinales que representa acudir a otra opción y las nuevas precauciones y preocupaciones que ya no corren en torno de los seres sobrenaturales, del poder del *Xiba* y de la envidia; y que están llevando al chol a entender de una manera diferente su cuerpo, desligada cada vez más del cosmos y más individualizada.

⁴En varias ocasiones se justificó la irrupción de la medicina científica sobre la “tradicional” haciendo hincapié en el uso que del medicamento de patente hacen los curanderos o parteras (Page; 1996, Freyermuth; 1993). Esta invasión ideológica ocurre también de una forma inversa, pues los médicos utilizan o creen en la medicina “tradicional”. Es decir, lo que pretendo hacer ver, es que las interpretaciones tanto de consumidores y de oferentes acerca del cuidado del cuerpo y de la enfermedad configuran una mezcla de experiencias que siguen lógicas y necesidades propias

El campo de alternativas terapéuticas

Al *campo*⁵ de alternativas terapéuticas lo observo como un conjunto de saberes en constantes acuerdos, que se relacionan y se encuentran en competencia por el cuidado del cuerpo, la definición de enfermedad y la imposición de un tratamiento; en un contexto de desigualdad, establecido y legitimado de diferente forma y tiempo⁶ en la localidad. Las narrativas de los enfermos y sus familias son precisamente las que muestran este *campo* y describen las prácticas terapéuticas que establecen el tratamiento y definen la enfermedad.⁷ Y son además, las mismas alternativas que al implicarse unas con otras en un proceso de aceptación, legitimación o descalificación, reafirman dicho espacio de relaciones objetivas.

Para hacer comprensible este *campo* de acuerdos y desacuerdos, lo construyo, primero, describiendo la forma en que cada alternativa terapéutica arribó y se instauró en el ejido y después haciendo énfasis en sus diferentes prácticas y discursos que refieren particularmente el cómo y en qué casos han dado sentido a la enfermedad de los *nervios* (contribuyendo o no a la resolución de ella), como una lucha simbólica entre posiciones desiguales⁸ ⁸ (generado por conocimientos y experiencias distintas).

El concepto de *campo* es una herramienta analítica que permite pensar en términos relacionales, es decir que:

⁵Sobre la construcción de campo médico, véase el trabajo de Jorge Magaña (2002) titulado *Enfermedad y tratamiento en la población inmigrada en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Lo médico como campo social*, en el que, el autor utiliza este término como categoría de análisis que posibilita el acercamiento al entendimiento de cómo puede ser objetivado el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) (términos aplicados por Eduardo Menéndez), en contextos locales complejos a partir de “las formas de interacción que emergen de los contactos y negociaciones entre individuos (resultantes) de los recursos de poder y de las interpretaciones que tienen los grupos de sus respectivas posiciones en el orden social” (pág.: 196).

⁶ “...en un campo hay luchas; por tanto, hay historia” (Bourdieu, 1995: 68).y hay cambio.

⁷ “...los límites del campo siempre se plantean dentro del campo mismo, y, por consiguiente, no acepta ninguna respuesta a priori. (...)Así, las fronteras del campo no pueden determinarse sino mediante una investigación empírica” (Ibidem: 66).

⁸ “... como estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza, el campo subyace y orienta las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones intentan, individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer el principio de jerarquización más favorable a sus propios productos. Dicho de manera, las estrategias de los agentes dependen de su posición en el campo, es decir, en la distribución del capital específico, así como de la percepción que tienen del campo, esto es, de su punto de vista *sobre* el campo como vista tomada a partir de un punto *dentro* del campo.” (Ibidem: 68).

... un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (sitios) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) –cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo– y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) (Bourdieu y Loïc J.D. Wacquant, 1995: 64).

Este escenario de relaciones de fuerza y de competencia por un interés producido y reproducido en su interior, es “...una lucha por la imposición de una definición del juego y de los triunfos necesarios para dominar en ese juego” (Bourdieu, 1996: 102).

En este sentido, el *campo* de las alternativas terapéuticas lo conforman las distintas instituciones y agentes que están en disputa por los bienes de salud, curación y cuidado del cuerpo, que luchan por el monopolio de la definición innegable de enfermedad, y que se encuentran representados en Noypac por la medicina alópata, la “tradicional”, la naturista y la sanación por la fe ofrecida por algunas religiones. Su posicionamiento se establece de manera diferencial dado el capital simbólico específico que tiene cada uno y que “proporciona formas de dominación que implican la dependencia respecto a aquellos que permite dominar (...) [y] sólo existe en y por medio de la estima, el reconocimiento, la fe, el crédito y la confianza de los demás y sólo puede perpetuarse mientras logra obtener la fe en su existencia” (1999: 220). Lo que personifica la legitimidad en las relaciones de fuerza dentro del *campo*.

Considero que podemos mirar dos cosas al utilizar esta herramienta analítica de *campo social* de Bourdieu: primero, que se asiste a la redefinición de los límites de la competencia del *campo* de las alternativas terapéuticas (como lo veremos en la descripción de éstas en los siguientes apartados) y que “los habitus cambian sin cesar en función de las experiencias nuevas” (*Ibíd.*: 211). Es decir, que mediante la redefinición del *campo* se transforma y se nutren las experiencias de los agentes, lo que implica reflexionar acerca de nuestras principales clasificaciones y de las

experiencias que no se ajustan con exactitud a ellas (Douglas: 38). Y que a través del ámbito de la salud (en este caso) expresa no sólo nuevos consumos y por ende nuevos esquemas de pensamiento a través “de nuevos estilos de terapia” (Douglas; 1998: 39), sino y de forma más general, formula un contexto de cambio en las relaciones sociales de Noypac que al tomar forma de una enfermedad, los *nervios*, destaca la transgresión de las fronteras del dolor, la miseria y la incertidumbre sobre el sentido de la existencia y el mundo.

Para responder a algunos de los planteamientos del presente trabajo recupero además de los instrumentos teóricos de Pierre Bourdieu, como ya se ha dicho, el lenguaje alegórico de Mary Douglas (1973) a través de su texto *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, que reflexiona sobre el orden y el desorden como categorías de las que la sociedad se sirve para poder aprehenderse. Para saber cómo lo que está fuera de lugar, lo ambiguo, lo indeterminado, nos lleva a reflexionar sobre las fronteras de nuestras clasificaciones sociales.

El posicionamiento de la medicina “tradicional”

Dentro de esta opción los habitantes de Noypac recurren a yerbateros, curanderos tradicionales, parteras y en algunas ocasiones a “espiritistas”. En el ejido sólo había un curandero y hay una partera que es actualmente la Auxiliar de Salud de la Unidad Móvil de Salud (UMS) y que además de ser la responsable de hacer algunas curaciones menores, inyectar o tomar muestras para detectar el dengue, atiende los partos y cura algunas enfermedades que sufren los recién nacidos y las mujeres.

Al interior de la medicina “tradicional” existen varios cargos, dentro de ellos está el yerbatero⁹, terapeuta que alivia algunas enfermedades porque conoce la herbolaria local pero no sabe diagnosticar; se ocupa esencialmente de ayudar a la comunidad con consejos de medicina casera. Para algunas personas de la localidad una de sus principales características es que no tiene *xiba*, es decir que no tiene este poder ambivalente –que sí tienen los curanderos–, ni cura ni hace daño.

⁹ Este incremento de yerbateros o la aceptación de ellos puede estar relacionado con la actual postura de las Instituciones de Salud en la que se ha rechazado a la curandería pero se ha retomado el conocimiento de la herbolaria.

El consumo es general, a los yerbateros recurren todo tipo de personas y con esto me refiero a personas de cualquier religión, precisamente porque no tiene el poder de *dañar*.

Los “espiritistas”¹⁰ que han sido consultados por los pobladores se encuentran, uno, en Villa Tapijulapa y el otro, —al que acudió uno de los enfermos de *nervios*— en Soyaló¹¹, municipio del estado de Chiapas. Estos “espiritistas” diagnostican la enfermedad, no la curan, y lo hacen por una caja mediante la cual habla un santo (“Miguelito”) que ofrece explicaciones causales similares a las del curandero. Se acude a él lo mismo para buscar el por qué de la falta de producción de la tierra, como por enfermedad y *daño*. Se ha acudido también a los “espiritistas” que se anuncian por la radio y que están en Villahermosa.

El curandero es llamado por lo general así, como curandero, pero en lengua chol se le denomina a éste como *x’ilo o* brujo, *xwujt o* curandero y *wuj tyaya* o el que sopla la esencia que tiene en la boca. En toda la región chol del municipio de Tacotalpa existen por lo menos en cada ejido un promedio de cinco curanderos por lugar, y aunque en Noypac sólo existió uno, las personas acuden a otros curanderos de su confianza que por lo regular viven en ejidos cercanos como: Puxcatán, Tapijulapa o Libertad, además de visitar algunos más del municipio de Amatlán, en Chiapas.

Las expresiones que se crearon en torno de la imagen del curandero fueron variadas y hablan precisamente del respeto y del temor que se le tenía, de la legitimidad de su trabajo o de la falsedad o charlatanería del mismo, incluso llegaron a expresar críticas negativas hacia su consumo de alcohol. Estas heterogéneas voces pueden identificarse por un lado con las personas, familiares sobre todo, que lo han consultado y que han sanado, con gentes que han creído que él fue el causante de su enfermedad y con individuos que no profesan la religión católica.

Entre las enfermedades que curaba están: el *daño*, *espanto*, *deseo*, *pensal*, *mal aire*, *pochitoque*, *disipela*, *picadura de nauyaca*, *mujer fría*, *colitis*, *gastritis*, entre otras. Además algunas veces también atendió partos. La forma de curación era variada y dependía de la enfermedad que se

¹⁰El espiritista, según Guillermo, tiene mayor poder que un curandero, él mismo me comentó que cuando le cayó un rayo perdió la mitad de sus poderes y por eso sólo llegó a ser curandero.

¹¹“A Soyaló 4 días llega uno a pie te vas de aquí a Oxolotán subes el cerro y sales a Simojovel y después hay camión que se va a Tila y después a Amatlán, queda cerca Tuxtla” (Entrevista al esposo de Leticia, 2007).

atendiera. Pero siempre lo primero era diagnosticar por medio del pulso,¹² limpiar y ensalmar¹³ con trago y algunas hierbas. El diagnóstico se ofrece a través de pulsar al enfermo al escuchar al *ch'ujlel*¹⁴ en el pulso de las muñecas o un poco más arriba, hasta la articulación que une el brazo con el antebrazo. Y es por este medio que el curandero además de conocer la enfermedad y sus posibles causas, sabe que no le pueden engañar, ya que a través de éste puede conocer los sentimientos y emociones del paciente. Otra forma de diagnosticar y que ha sido registrada por algunas etnografías, habla del proceso de búsqueda de las causales de la enfermedad en las acciones del pasado, en la rememoración de algunos acontecimientos como detonantes del malestar.

La relación que guardaba con otras alternativas de curación y particularmente con los encargados de la UMS, era mala o nula; lo que no significa que no creyera en su eficacia o que él mismo no diagnosticara medicamento alópata, o recomendara a sus pacientes con el médico cuando él ya no podía ayudarlos. Por otro lado, su relación con otros curanderos fue ríspida y competitiva, debido a la demanda de la clientela ya que existe una descalificación constante entre ellos que se basa en la eficacia de la curación, en las formas de ésta y en la legitimación que el curandero tiene antes sus consumidores. Y fue precisamente esta competencia, la que según algunas personas, causó la muerte¹⁵ del yerbatero.

¹²“Mi abuelo limpia, pulsa, ensalma, ora (...) él ve lo que le pasa a la gente (...) también lo pulsa y allí escucha y si brinca es que tiene susto” (Entrevista a uno de los nietos de Guillermo; 2006).

¹³El salmo que rezaba a lo largo de la curación también era variado y dependía de la enfermedad que atendiera en el momento, y ahora que murió, los hijos no lo aprendieron así que el salmo ya no se conoce “...es que mi papá ensalmaba, pero no (de) esos salmos de la biblia, (de) otros, unos que a él le dijeron, que él aprendió, que ya traía de por sí, pero esos no lo sabemos, no lo pudimos grabar”. Una de las cosas que me gustaría resaltar aquí, es el hecho de que con la muerte del curandero no hay ningún heredero del poder, pues según el propio Guillermo, su hijo que tenía ese don fue asesinado hace ya varios años a causa de la envidia de otros curanderos. “muchas de las cosas que mi papá sabía ya se perdieron, por ejemplo, los nombres de muchos de los montes que utilizaba sólo los sabemos nombrar en chol. No sabemos las oraciones que mi papá decía y que eran diferentes para cada enfermedad y que así sin el salmo, por más monte, trago y demás, la curación no sirve”. Es decir, el poder de la curación según el hijo está en el conocimiento de los salmos y de la oración que sólo el curandero conocía.

¹⁴Durante el trabajo de campo que realice escuché poco el término *ch'ujlel* que es traducido al español como espíritu o alma, pero para el caso chiapaneco “...el campo de las creencias relativas a las almas no es desconocido. Principalmente desde los años cuarenta, datos sobre entidades anímicas que guardan relación con la persona aparecen en numerosos estudios como un fragmento de información etnográfica dentro de una información más general o en muchos casos constituyen el núcleo de artículos o monografías”. (Pitarch, 2006: 21).

¹⁵Don Guillermo, el curandero, es un ejemplo más que habla de la diversidad de las alternativas terapéuticas a las que acude un enfermo en busca de sanación. Primero tomó un tratamiento alópata porque se pensó que lo que el hombre tenía era cirrosis. Después de varios meses y de un diagnóstico poco favorecedor, Guillermo fue regresado a su casa para esperar la muerte. Y como el tiempo pasaba y el hombre no moría, los hijos lo llevaron con varios

La postura de la medicina alópata

Las múltiples opciones a las que recurren los habitantes de Noypac están básicamente conformadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que atiende en todos los ejidos, rancherías, pueblos y villas del municipio a través de Clínicas o UMS. En este primer Nivel de Salud, el doctor, la enfermera, el promotor de salud —los cuales no pertenecen a este grupo étnico— y la auxiliar —que es la partera del lugar— atienden básicamente problemas de desnutrición, dermatitis, enfermedades diarreicas y respiratorias. Los casos más graves se refieren al Segundo Nivel de Atención, ya sea al Hospital Regional de Teapa o al Hospital de Especialidades “Juan Graham” de Villahermosa. Además de este servicio público está el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) al que acuden sólo los maestros y sus familias afiliados al sistema. Aunque debido a una mayor posibilidad económica estas personas recurren poco a estos servicios, prefiriendo la medicina privada. Ésta última está conformada principalmente por tres médicos, uno que atiende en Villa Tapijulapa y dos que están en la cabecera municipal; lugar donde también se encuentra el servicio médico de las Farmacias Similares, que es otra opción de servicio privado a la que en términos económicos pueden acceder los choles de la región con mayor facilidad.

El servicio que da la SSA a través de la UMS atiende esta región desde hace aproximadamente 30 años, los servicios de medicina privada desde hace 20 y 25 años, y los de la farmacia Similares hace 5 años. Así que, si los choles llegaron a colonizar estas tierras a inicios del siglo pasado y a

curanderos y con un espiritista —que se anuncia por la radio— para tratar de ayudarlo. La duda del primer diagnóstico se dio porque los síntomas que presentaba el curandero no coincidían con lo que ellos creían eran los de la cirrosis, así que el segundo diagnóstico les convenció más, pues los cuatro curanderos y el espiritista que vieron les dijeron que lo que el hombre tenía era *daño*.

Ya condenados a la suerte de su papá, la familia aceptó que un grupo de pentecostales oraran para ayudarlo. El diagnóstico de éstos fue *endemoniamiento*, las oraciones, según los familiares, si bien no aliviaron a Guillermo, sí lo ayudaron a morir más tranquilo y, a ellos, los rescató del mal que les intentaban hacer los enemigos de su papá a través de sus sueños. El que la familia ya no se auxiliara de otro curandero para protegerse del *daño* que se puede heredar, y que acudieran a las oraciones pentecostales para buscar consuelo y tranquilidad, habla por un lado del miedo a los enemigos de Guillermo y por otro de la protección y cuidado que sienten de la iglesia pentecostés, pues como uno de sus progenitores señala: “para qué seguir en eso, ya no, no es que tenga miedo, sino que temo por la familia, porque la cosa es que el enemigo no te ataca a ti, porque así es fácil terminar contigo, matándote, el caso es que le pega a los hijos o a la esposa y eso duele más”. Después de este hecho algunos integrantes de la familia están iniciando su conversión.

Noypac particularmente desde la década de los treinta, hubo un periodo de cerca de setenta años en el que la medicina “tradicional” fue la única opción en auxiliar a la población del lugar.

En la actualidad existe un buen número de personas que acuden a consulta y a pláticas a la UMS, primero porque a través del Programa Oportunidades se les mantiene en vigilancia y control sanitario y planificación familiar. Y segundo, porque tanto la consulta como los medicamentos que les dan son gratuitos.

El tema de la lucha por el cuidado del cuerpo y por la definición de la enfermedad que comprende la descalificación de la competencia, se observa en el caso de la medicina alópata cuando los encargados de la UMS denominan *brujo* al curandero, además de que dicen no creer en su poder para curar.

En lo que refiere a los casos de *nervios*, las cinco personas entrevistadas fueron diagnosticadas por la medicina alópata. A tres de ellos se les ha canalizado con el sicólogo y a uno con el psiquiatra. Antes de continuar me gustaría hacer mención de un fenómeno importante que vive desde hace ya algunos años particularmente el estado de Tabasco y que de alguna manera ha influenciado en el tipo de atención que otorga la medicina alópata en comunidades rurales e indígenas de la región. El número de suicidios¹⁶ con respecto al total nacional es abrumador y particularmente el municipio de Tacotalpa mantiene el porcentaje más alto del estado, por ello hace algunos años la SSA colabora, a través de diferentes programas, con la prevención, ayuda y erradicación de esta problemática social. Su Primer Nivel de Atención generó un censo en el que se registran en tres categorías: violencia intrafamiliar, suicidio, adicciones y salud mental general, los principales problemas existentes de la población a los que se da seguimiento a través del área de psicología de la SSA. Lo que quiero expresar a partir de este punto, es que tanto enfermeras,

¹⁶Tabasco es según el Secretario de salud estatal, Luis Felipe Graham Zapata, el estado que registra el mayor índice de suicidios a nivel nacional.

En el 2005 según las “Estadísticas de intentos de suicidios y suicidios” registradas por el INEGI en Tabasco hubo un total anual de 196 suicidios y para el 2006 la cifra descendió a 175.

Por ello, destacó que se encuentran en Tabasco 40 psicólogos, adicionales a los 50 que ya estaban trabajando, así como cuatro psiquiatras, que son apoyados por estudiantes de las universidades, acciones que son apoyadas por el DIF estatal. (Estadísticas de intentos de suicidios y suicidios 2005, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)).

como médicos y promotores han sido capacitados para enfrentarse y atender este tipo de situaciones, precisamente porque el sicólogo que hay para la región no se da abasto.

De ahí que los diferentes discursos que se manejen por esta opción médica tengan este contenido psicológico. Esto lo observé en varios sentidos, no sólo cuando se canalizaba a los casos de depresión, *nervios* o suicidios al sicólogo, sino en la misma atención que se da a otros problemas de salud como la hipertensión. Situación por la cual se crea una confusión o interpretación que relaciona a estas dos enfermedades por parte de los pacientes.

Los principales padecimientos que preocupan a estos choles, y que salieron a relucir en la mayoría de las charlas que mantuve durante el trabajo de campo –incluso antes que las referidas al *ch'ujlel* o a las envidias y *brujerías*– y que de igual forma se mezclaron en las narrativas de los enfermos de *nervios* fueron el colesterol, los triglicéridos altos, la tifoidea y la hipertensión. Dentro de este interminable texto de curación, estas enfermedades fueron una fuente interesante para observar precisamente las mezclas de sentidos que existen en los esquemas de percepción, cuyo origen puede partir, por un lado, de los síntomas semejantes que cada una presenta y por el otro, con los discursos de los especialistas que las tratan.

Dentro de esta alternativa terapéutica existen algunas confrontaciones que aunque no representan lo que Le Bretón menciona como una ruptura al interior de dicha opción, sí existen desencuentros al interior de la misma práctica, en la forma de diagnosticar o en los medios técnicos que se utilizan para evaluar un problema morbo. Por dar un ejemplo, está la medicina que ofrece Farmacias Similares en la que se cuestionan los diagnósticos ofrecidos por otros médicos e incluso se llegan a discutir los mismos resultados de los análisis realizados por laboratorios. O en su caso los múltiples diagnósticos que se ofrecen por varios médicos alópatas en torno de un mismo mal.

¿Una nueva alternativa? La medicina naturista

Dentro de la medicina naturista también existen diversas alternativas o más bien diversas formas de naturismo. Los primeros son los yerbateros de las localidades que forman parte en realidad de la medicina “tradicional”, pero que cada vez más se vincula al naturismo, los segundos, los vendedores ambulantes de hierbas, y los terceros, las farmacéuticas y medicamentos más industrializados.

Considero a estos yerbateros en este rango de naturistas porque las mismas personas de la localidad los ven así. Cuando trataba de indagar sobre los diferentes tipos de especialistas dentro de la medicina “tradicional”, ellos me hicieron saber dicha vinculación: “Hay un yerbatero aquí en Zunu que dicen que es bueno, pero ese sólo conoce las hierbas, así como naturista, yo creo, sí, esos yerbateros son como naturistas, no son curanderos”.

Otra de las alternativas que pude observar que encaja dentro de la medicina naturista, son los vendedores ambulantes de hierbas que circulan en los tianguis de Tacotalpa, Tapuijulapa y Oxolotán. Estas personas venden hierbas (que no sólo son locales), imágenes, tónicos, infusiones y amuletos que auxilian en la cura de casi cualquier enfermedad –desde asma hasta problemas cardiacos. Este tipo de alternativa terapéutica es de igual forma conocida por lo pobladores como naturista, aunque a diferencia de los yerbateros, ésta es más comercial y menos ritual, pues se han vuelto un tipo de intermediario entre el conocimiento local y los consumidores externos, otorgando una mayor difusión de la práctica herbolaria, extrayéndose de la comunidad y llevándose al mercado regional.

Por último, dentro de la medicina naturista están las farmacéuticas que industrializan, masifican y patentizan estas propiedades medicinales de las hierbas, comercializando a nivel nacional e internacional y regresando su consumo a lo local. Dentro de este tipo de medicamento se encuentran empresas como: Omnilife, Naturama, Mega Health, Ultra Soya, Nutrisa, Onatura, Herbalife, Capslim, Centro Naturista Shayá Michán, entre otros. En Noypac observé tres formas de inserción de estos tipos de productos naturistas al ejido. La primera, fue a través de predicadores de la Iglesia Adventista –por lo que los consumidores sólo fueron adventistas. La

segunda, fue a través de vendedores que llegaban a los ejidos con productos como calcio y vitaminas cuyas farmacéuticas provenían de Villahermosa. La tercera, fue una empresa mexicana llamada *Mega Health* que nace en 1997 y que vende “productos de origen 100 % naturales que proporcionan salud, nutrición y belleza”. Sus líneas de consumo son salud infantil, cuidado personal, energéticos, anti-estrés, preventivos y antioxidantes.

En Noypac tiene aproximadamente año y medio que llegan unas supuestas doctoras –por lo menos eso dicen los consumidores– a dar charlas (que se ofrecen ahora cada mes) sobre el medicamento y a proporcionar un curso sobre los productos para formar vendedores en la misma localidad. Una de las principales razones para que algunas personas (tres) se hicieran vendedores es porque a ellos les hacen descuento en la compra de su medicamento.

Los productos que más se consumen por los choles –que sobre todo son adventistas– son para curar de: gastritis, colitis, colesterol y triglicéridos, de tos, cansancio e irritación de los ojos, de la próstata, riñones, hígado, várices y del corazón. En menor medida, pero su consumo empieza a ser importante, son las pastillas anti-estrés y para el cuidado del cuerpo (baja grasas). Para el primero uno de los consumidores ha sido Joel, y una de las recomendaciones que se le hizo para relajarse fue que al bañarse metiera primero su cabeza a la regadera y se sobara atrás de la nuca “...pero como aquí no hay regadera, se recomienda caminar descalzo en el pasto para que así relajen los pies, pues eso que tenemos, dicen que es puro estrés”.

Como se puede ver los nuevos consumos también hablan de diferentes enfermedades y diferentes formas de tratar el cuerpo. El problema del colesterol y de los triglicéridos altos son un ejemplo importante para identificar cómo a través de un discurso médico alópata se recomienda a las personas cierto consumo alimenticio, y a través del tratamiento naturista se les otorga la posibilidad no sólo de tratar su enfermedad sino de prevenirla a través de recetas para bajar de peso¹⁷.

¹⁷Ya hay personas en Noypac que toman los productos que queman grasa, por un lado, las jovencitas (por razones de estética) y por otro personas con colesterol y triglicéridos altos.

Hallé a lo largo del trabajo de campo varias personas que consumieron estas tres formas de naturismo para resolver sus problemas de *nervios*; por ejemplo, Rosalba primeramente tomó té que le recetó un yerbatero de un ejido vecino, ella misma y Raúl acudieron a los vendedores ambulantes y consumieron hierbas y té para curar su malestar, —los cuales si no les funcionaron en un cien por ciento, sí disminuyeron sus síntomas. Y Joel es una de las personas que ha consumido anti-estrés de *Mega Health* y sigue haciéndolo pues le ayuda a dormir y a estar más tranquilo. La compra de medicamento naturista ha sido diferente dependiendo del acceso económico que se tenga e incluso por la influencia religiosa. En el caso de los adventistas, los medicamentos más comerciales (de las farmacéuticas) son más utilizados que los de los yerbateros y de los vendedores ambulantes. También el consumo depende de la confianza que se le tenga a la eficacia del yerbatero, como es el caso de Rosalba, que acudió primero a su comadre que conoce la hierba y sólo después, al no poder ir al ejido donde vive ésta, compra a los vendedores ambulantes en Tapijulapa. El caso de Raúl fue circunstancial, porque la esposa es la que compró la hierba en el tianguis cuando fue por su despensa.

Como se puede ver el naturismo ha modificado su oferta haciéndose cada vez más comercial, saliendo de las manos de la medicina tradicional y desligándose de su eficacia ritual, con una cada vez mayor fuerza industrial. Esto no quiere decir que se haya perdido el conocimiento que los lugareños tienen de ciertas propiedades de las hierbas locales —donde son las mujeres las que más conocen de ellas—, sino que es precisamente por el saber que se tiene de éstas, que se acepta de una manera más rápida los medicamentos de estas farmacéuticas. Lo que se modifica en este caso, discurro yo, son los diversos males que se dice que remedian, las causas que los ocasionan y la forma de tratarlos. Y es bajo la influencia (también) de estas nuevas nociones que se empieza a conocer, significar y apropiarse el discurso del *estrés*, de los *nervios* y de la *depresión*.

Las oraciones de sanación

El hecho de hablar de la religión como una forma más de tratamiento, es porque considero a ésta como un factor importante en la toma de decisiones a la hora de elegir una opción médica o de curarse mediante la fe. ¿Por qué un factor de influencia? Porque creo que ha otorgado como lo

dice Fernández Liria, un nuevo espacio de resocialización. “Lo que se esconde en el fenómeno de la conversión es un intento de construir un nuevo espacio en el que la sociabilidad sea posible sin la enfermedad” (:15).

Esta alternativa representa otra forma de entendimiento de la enfermedad, del cuerpo y de la existencia misma, que desplaza argumentos que se han elaborado sobre las diferentes causas de los padecimientos (seres sobrenaturales, dicotomía frío-caliente, y tensiones sociales) hacia cuestiones más individuales como: la mente humana y su relación con lo espiritual; en el que la acción divina ya no actúa como una causa más, sino como un mediador, consolador y hasta como una forma de resolución de los problemas personales. “...la sanación carismática y la Ciencia Cristiana fundada por Mary Baker Eddy; (...) consideran que la sanación proviene de Dios y la persona es solamente un vehículo de su voluntad” (Hernández, 2005: 22). Se vuelve incluso un proyecto de búsqueda del sentido de la vida.

El concepto de sanación según Hernández (2005) concibe al cuerpo y al elemento espiritual del ser humano como un todo ya que:

Puede abarcar el alivio temporal o permanente de los síntomas o equilibrar un estado de bienestar. Cualquiera que sea el caso, lo importante es el cambio de actitud hacia la enfermedad que coloca al sujeto como responsable de su situación, tanto en el plano de las causas de sus malestares como en el aprendizaje que pueda realizar de ellas para mejorar. Esta perspectiva de la sanación cuestiona la efectividad de la medicina moderna para curar las enfermedades y ofrece una concepción alternativa de la salud/enfermedad que no disocia al cuerpo físico de la mente y el espíritu (Hernández; 2005: 22).

Precisamente lo que me interesa resaltar de esta otra alternativa es el cambio de actitud que propicia hacia la percepción de la enfermedad, en el que la nueva experiencia y el conocimiento se vuelven un referente para redefinir las fronteras epistemológicas del saber común y corriente de las personas.

Empezaré describiendo brevemente la forma en que la religión adventista ha influenciado la noción de enfermedad de sus feligreses. Esta iglesia llega a la región chol de Tabasco entre las décadas treinta o cuarenta por expulsados migrantes chiapanecos de Amatlán que llegan a vivir al ejido Libertad (llamado legalmente Cerro Blanco). De allí se extendió primero al ejido de Madero I que cuenta con la primera Iglesia Adventista, después a Oxolotán y a Graciano Sánchez, para consolidarse paulatinamente después de los años cincuenta en casi el total de los ejidos, aunque no es hasta aproximadamente en la década de los ochenta que se establece en Noypac.

En lo que respecta a la sanación los adventistas pocas veces la practican (por lo menos en los términos que lo hacen los carismáticos o pentecostales), combinándola sobre todo con la intervención humana a través de las dos ideas de tratamiento que tienen: la preventiva¹⁸ y la curativa.¹⁹

La medicina preventiva recalca a través de libros, de talleres, cursos y en el mismo culto cómo es que las personas deben de cuidarse porque según esta Iglesia “el cuerpo es el templo del espíritu santo” y no le deben entrar ni bebidas embriagantes, ni comidas impuras como el cerdo, el pato y el camarón. “Estas prohibiciones²⁰ están escritas en la Biblia, así que la medicina preventiva dice cómo se debe de cuidar el cuerpo, la salud y la higiene personal”. La medicina curativa por otro lado, otorga sus servicios mediante una unidad móvil –que atiende en los principales pueblos, en la cabecera municipal en la Villa y en algunos ejidos–, y el Hospital del Sureste ubicado en Villahermosa. La atención es casi en su totalidad gratuita.

¹⁸“...la medicina preventiva va a través de seminarios, nutriólogos, médicos, incluso de miembros que han sido preparados para que se les predique a la gente sobre los principios divinos de la salud” (Entrevista al Pastor de la Iglesia Adventista de Tapijulapa, 2007).

¹⁹“...mientras la gente está consultando –las consultas son gratis, los medicamentos también– a la gente se le ponen videos y televisión mientras espera, de consejos de salud y sobre demostraciones de cómo la ciencia médica ha comprobado que adquirimos enfermedades mayormente por nuestra forma de alimentación, de nuestra manera de vivir, muchas veces es nuestra manera de vivir la que nos acorta los años y la que nos enferma” (*Ibidem*).

²⁰Sobre estas reglas dietéticas, Douglas interpreta “...signos que a cada instante inspiraban la meditación acerca de la unidad, la pureza y la perfección de Dios. Gracias a las reglas que hay que evitar se daba a la santidad una expresión física en cada encuentro con el reino animal y en cada comida” (Douglas; 1973: 81).

A diferencia de las otras iglesias, la adventista no practica las oraciones de sanación como tal, pues aunque cree en los milagros –como los que hizo Jesús– consideran que para curar una enfermedad debe de haber un procedimiento médico, ya sea homeópata o naturista²¹, que son las dos alternativas consideradas aceptables por ellos, ya que cualquier otra, y en especial la medicina “tradicional”, es considerada charlatanería.

Y precisamente sobre enfermedades como el *susto*, *daño* y *deseo*, la iglesia adventista considera que son supersticiones, cosas satánicas, que aunque no ha logrado erradicar en su totalidad, sí ha logrado modificaciones en el pensamiento de algunos de sus feligreses. Realidad que observé directamente en los adventistas de Noypac, no sólo en sus nociones de enfermedad sino en su consumo terapéutico, ya que no acuden a los curanderos, y aunque el costo sea elevado, son los que más compran medicamento naturista de *Mega Health* (clara influencia de la Iglesia a la que asisten).

Con respecto a los *nervios* los adventistas dicen que son el producto de “un historial de problemas: violencia intrafamiliar, violencia en la niñez, situación con el esposo, la esposa (...) que no [se] han podido superar, número uno, porque no se atiende, número dos, porque la gente no cree que necesite ayuda”, es decir, la causa se relaciona, una vez más, con la historia personal y familiar “que van destruyendo [el] centro nervioso del cuerpo que es donde nosotros tenemos nuestra voluntad, nuestra seguridad como personas”. Y que se convierte, según esta Iglesia, en una problemática cultural: “...su misma manera de vivir los afecta, algunos son muy sumisos y aceptan todo lo que venga y que les hagan. Especialmente la mujer es la que tiene enfermedad de *nervios*, todo le pueden hacer y no puede decir nada, la valía de la mujer especialmente en esas culturas es muy baja”.

La forma de tratamiento que se sugiere por los adventistas para curar este padecimiento es a través de sicólogos y siquiatras, a través de consejeros profesionales “porque la Biblia nos dice

²¹“...nosotros generalmente creemos en la medicina homeopática y en la medicina natural porque de allí se extrae mucha medicina que se lleva a los laboratorios, aunque la medicina tiene su lugar ya sea natural o homeópata, nosotros creemos en esos ámbitos, de hecho hay hospitales naturistas que la iglesia tiene como medicina preventiva, pero vaya tiene el otro hospital que es medicina curativa cuando ya tienes que meter químicos, fármacos” (Entrevista al Pastor de la Iglesia Adventista de Tapijulapa, 2007).

que nosotros debemos pensar en todo lo bueno, en todo lo puro, olvidar las cosas pasadas y extendernos hacia el futuro, se le anima a la persona a pensar diferente, a ser arrojada hacia lo que viene adelante porque Dios siempre le da una nueva oportunidad cada día para vivir, para aspirar a una vida mejor y no quedarse sumido en esas depresiones” (Entrevista al Pastor de la Iglesia Adventista de Tapijulapa, 2007).

El Movimiento de Renovación Carismática en el Espíritu Santo

El Movimiento de Renovación Carismática en el Espíritu Santo (MRCES) tiene su origen, al interior de la Iglesia Católica, en los Estados Unidos. Se originó en 1967 después del Concilio Vaticano II, arribando al país en 1970. Llega a Villahermosa en el 2003, donde está coordinado desde la diócesis por el presbítero Denis Ochoa Vidal y en el municipio de Tacotalpa, por Lauro y Hugo²², coordinador general de pastores y subcoordinador del municipio, respectivamente (los dos viven en Noypac). En la estructura del movimiento, poco tiene que ver el sacerdote de la Iglesia Católica, en su mayoría todo está coordinado desde Villahermosa y en Tacotalpa mediante Lauro.

¿Cómo ingresa esta nueva vertiente del catolicismo a la región chol? Parece ser que mediante una mujer de Cuitlahuac que migra a la ciudad en busca de trabajo y que toma los cursos bíblicos que ofrece el movimiento, posteriormente pide al grupo de organizadores que vayan a evangelizar a su ejido, que dicho sea de paso, es la localidad con el mayor índice de suicidios que ha reportado el municipio y el estado de Tabasco.

Y es precisamente por la asistencia²³ a los diferentes cultos católicos que existen en Noypac que pude percatarme que hay una diferenciación clara de feligreses dentro de esta Iglesia. Por un lado, están los católicos “tradicionalistas” y por el otro los católicos renovados; los primeros sólo

²²Para llegar a ser pastores estos dos hombres primero se evangelizaron, después tomaron cursos de apostolado y episcopado y clases de teología y de crecimiento espiritual –en el ejido de Barrial– durante tres meses, impartidos por el grupo de Denis Ochoa Vidal. En la actualidad toman todos los sábados en Villa Luz un curso sobre predicación.

²³En Noypac aproximadamente un cincuenta por ciento de la población es renovada y según el mismo Lauro algunas personas conversas adventistas están regresando al catolicismo.

van a la misa que ofrece el sacerdote y en ocasiones a las celebraciones de la palabra de Dios; los segundos, además de asistir a las dos anteriores van también a las asambleas de oración y a las evangelizaciones, estudian la biblia y algunos han dejado de ingerir alcohol.

Y es por la preocupación de problemas como el alcoholismo, la violencia, el maltrato familiar y el suicidio que varias de las Asambleas de Oración fueron encaminadas a estos temas y relacionadas directamente con algún versículo de la Biblia. Se piensa entonces, que por medio de las alabanzas a Dios se ayudará a erradicar los conflictos sociales más fuertes que presentan estas comunidades, involucrando al cuerpo en una terapia espiritual alegre²⁴ mediante aplausos, cantos y música.

Pero lo que pretendo resaltar es que independientemente de si las personas se curan por ser tocados por el Espíritu Santo, por el don de sanación del pastor que los unge o por la fe del enfermo, el momento de las Asambleas y de las Evangelizaciones logran (según las personas) a través de los cantos, el baile, la oración y el carisma del pastor, hacer que se olviden los problemas tanto físicos como sociales, así lo sugieren algunas personas del lugar: “...hace tiempo llevé [a mi mamá], nos fuimos a Tomás Garrido [a la Evangelización], hace como dos años y allí se le olvidó todo, se sintió contenta, y es que allí se te olvida todo, los problemas, la casa, la familia, te sientes contenta, alegre, cantas, oras y te sientes mejor, mi mamá ese día regresó mejor”.

La experiencia religiosa vivida encauza a concebir en otro plano a la enfermedad, ya no sólo como un desorden del cuerpo, sino como producto de “problemas de la vida misma” que tienen que ver con la falta de fe, con el alejamiento de Dios y de su Palabra. Con lo que la religión y las oraciones se observan como una terapia psicológica espiritual capaz de subsanar los problemas sociales y los padecimientos físicos. En este caso, no es que exactamente la Palabra supuestamente sane en el sentido de que sea curativa, sino que difumina las causas de muchas enfermedades (intentando erradicar por ejemplo, la creencia en curanderos y *males echados*).

²⁴ Hasta ahora y tal vez por el poco tiempo que tiene de ser practicado el catolicismo renovado, los choles todavía no se expresan con libertad, no bailan, no cantan en voz alta, no aplauden efusivamente, sólo observan contemplativos a los pastores que tratan de animar el culto y de hacerlo alegre: “*porque renovación es alegre*” insiste Lauro.

En realidad la iglesia pentecostés²⁵ tiene poco de haber iniciado la evangelización en Noypac y Tacotalpa. Según su pastor a este municipio llegó hace dos años a través de un programa estatal llamado “Amor por Tabasco” que promovió la iglesia preocupada por la cantidad de suicidios que se estaban presentando en la entidad. En Noypac tienen 5 meses evangelizando y fueron aceptados porque llegaron a orar a Guillermo, el curandero de la localidad, que según ellos: “...estaba endemoniado, pactadísimo (...) y no se arrepint[ía], no renunci[aba] a los pactos bajo el influjo de que él era el brujo de Noypac, él era el curandero”.

Y es precisamente por la forma en que entran a evangelizar a Noypac y se relacionan con la familia del curandero, que ubico a esta otra Iglesia como otra opción terapéutica más, aunque sólo fue una persona de los cinco casos de *nervios* la que presencia oraciones de sanación pentecostales. El hecho de que la familia de Guillermo se haya cobijado por esta iglesia para impedir que sobre ellos cayera el *daño* que sobre su papá cayó, y que por ahora opten por la religión antes que por la curandería, me hace pensar precisamente en estos nuevos consumos terapéuticos. Digo, si bien aún esta familia no cambia muchas de las concepciones de enfermedad que tienen bastante arraigadas debido al trabajo de su papá, y que lo que los une a la Iglesia es el miedo por el *daño* que les pueden hacer a sus familias, ya se presentó el primer acercamiento, al asistir todos los martes y domingos al culto, dejando de ir así a la Iglesia Católica a la que antes pertenecían. Es decir, aquí, la oración se vuelve un factor eficaz dentro del *campo*, como arma y como apuesta; ya que permite a su poseedor ejercer un poder y una influencia que le legitima a su interior (Bourdieu, 1995).

Otra de las cosas que quiero señalar como justificante para retomar a esta Iglesia como una opción más, es su preocupación por los problemas sociales, pues como se acaba de leer párrafos arriba, entran al municipio con un programa encaminado a hablar sobre el problema de suicidio que presenta Tabasco.

²⁵La denominación a la que pertenecían era “Asamblea de Dios en México”, ahora se intentan dar de alta con otra denominación, ahora serán “Cristo fuente de vida”.

Sobre las oraciones de sanación o la unción de las manos sólo pude observarlas un día de culto. Hasta ahora son pocas las personas que se congregan y es poca la participación, pero considero que existe una importante similitud entre los cultos carismáticos y los pentecostales, pues comparten la misma idea de dones.

Consideraciones generales

Mostrar la diversidad terapéutica que se vive en un ejido indígena como una red de relaciones de posiciones (*campo*) que manifiestan una forma de conocimiento y un modo de aprehender y explicar el mundo social, auxiliaron a hacer comprensible no sólo quiénes son los encargados del cuidado de la salud y cómo se legitiman, sino a observar cómo se han construido y reconstruido las heterogéneas significaciones en torno de los *nervios*. Mediante confrontaciones y rivalidades y en algunas ocasiones, por medio de alianzas y negociaciones donde el juego primordial gira entorno de la pugna por la imposición de una visión del mundo y en este caso de la enfermedad. Aquí el peso que cada alternativa tiene en el transitar del cuidado de la salud es significativo para la reconfiguración que se hace del sentido de la enfermedad.

Estas diversas posiciones objetivas que dialogan y a veces se contraponen fueron representadas dentro del campo de alternativas terapéuticas por: la medicina “tradicional”, la alópata, la naturista y las oraciones de sanación de algunas religiones. Cuya constante negociación y lucha dio como resultado las modificaciones mismas del juego, es decir, una reconfiguración en las nociones de enfermedad que se encaminan hacia planos más individuales, colocando al sujeto como responsable de su situación y ofreciendo una visión que integra tanto al cuerpo físico como a la mente y al espíritu. Todo ello mediante estrategias encaminadas a desacreditar (y en algunos casos según convenga, acreditar) el capital sobre el cual descansa la fuerza de los adversarios pues “...los participantes se esfuerzan por excluir del campo a una parte de los colegas actuales o potenciales, aumentando, por ejemplo, el valor del derecho de ingreso o imponiendo cierta definición de pertenencia al mismo (Bourdieu, 1995: 66).

La trayectoria de cada alternativa manifestó los cambios paulatinos que se han presentado en las estructuras sociales y a su vez las fuerzas que definen el capital específico y la forma en que se legitiman. Primero, se consideró a la medicina “tradicional” como forma básica y única de tratamiento, que aunada a la ritualidad que le acompaña se reviste de una cierta autoridad otorgada por la “costumbre” y dada por el “de boca en boca”, o lo que sería lo mismo, por la verificación y el consenso popular, lo que legitima a esta opción de atención. Después el monopolio del saber curativo le es despojado y se enfrenta a la competencia ante el tratamiento alópata, que aunque nunca tuvo el poder absoluto, sí confirió a la relación una dinámica de lucha que estuvo provista por el poder institucional del Estado. En la actualidad esta relación antagónica es desbordada por la aparición de nuevos terapeutas que se levantan en contra del monopolio del derecho a la cura de los médicos e intentan imponerse en el mercado de la salud; unos, salidos de su mismo seno y otros completamente en oposición y crítica a esta lógica de curación. Dentro de éstas, y para el caso de la presente investigación, se encuentran la medicina naturista en su forma más comercial e industrializada y la idea de sanación ofrecida por algunas religiones. Que más allá de ofrecer una eventual cura, le dan al enfermo un aumento de sentido no sólo al cuerpo, sino a la existencia misma, o como lo diría Le Breton (2002) enriquecen la vida con un suplemento de alma que no es otra cosa que un suplemento de símbolo, a través de un valor y un imaginario que le faltaban.

Pero en este juego, como ya se dijo, también se presentan relaciones de alianza, en las que se articulan algunas opciones a través de discursos similares, llevados en ciertas ocasiones por intereses particulares que confluyen, pero que no dejan de manifestar en otros momentos prácticas diferenciadas, bajo las cuales, subsiste la competencia por imponer su hegemonía. Por ejemplo, esto se puede ver cuando los curanderos en ocasiones recetan medicina de patente a sus clientes, o cuando los médicos alópatas acuden ellos mismos a la alternativa “tradicional”, o mandan a sus pacientes para que sean diagnosticados allí –situación que sucede con menos frecuencia pero que está presente. Esta asociación es de un carácter práctico y muchas veces ha estado regulado por las políticas de salud establecidas por el Estado.

Igualmente se puede observar que existen ciertas convergencias entre la medicina “tradicional” y la naturista, donde se empieza a dar una asimilación de la segunda sobre la primera, vinculación

que radica en la utilidad médica de las plantas pero que expresan su capital y diagnóstico de forma desigual. Para el caso de la religión Adventista lo que se establece, más que alianzas, es una especie de sostén, pues la Iglesia en varias ocasiones llega a sustentar su idea del cuidado de la salud y de buena alimentación mediante la medicina naturista, obteniendo de ella un apoyo sólido para consolidar una de sus más fuertes posturas, las prohibiciones dietéticas que tiene.

Así, entre disputas y tratos, los *nervios*, mediante los tratamientos terapéuticos han ido tomando diversas formas, que cada vez despojan más a este padecimiento de su relación con el mundo sobrenatural. Y van ganando legitimidad como forma de expresión de problemas individuales (mentales), familiares y sociales, mediante un discurso psicológico, además de verse como ausencias y carencias de un encuentro cercano con Dios. Actualmente son dos las opciones más fuertes (la psicología y la religión) que están llevando a la interpretación de la enfermedad a otro ámbito.

Dentro de estas relaciones objetivas de fuerza que se viven en el *campo* terapéutico, por un lado, está la medicina “tradicional” que aunque sigue siendo consultada, habló más que de un problemas de *nervios*, de enfermedades relacionadas con la pérdida del *ch’ujlel* y de tensiones sociales, expresadas a través del *espanto*, *deseo* y *daño*. Que como se pudo ver en las narrativas de los enfermos fueron causa de cada vez menos preocupación.

De las cuatro alternativas de tratamiento la alópata fue la que expresó una mayor diversidad en sus diagnósticos, y en la que se involucró una mayor gama de enfermedades que se relacionaron con los *nervios*, como la hipertensión, triglicéridos y colesterol altos y tifoidea. Las causas encontradas fueron desde problemas psicológicos (principalmente), que se relacionan con problemas culturales y sociales como el alcoholismo y el suicidio; en algunos casos se encontró el origen del problema en la migración y en la diversidad religiosa que se vive en el lugar y, hasta en la duda de la eficacia práctica que detenta, como es el caso de las pruebas de laboratorio, de los que se cuestiona su fiabilidad.

Por su parte la medicina naturista manifiesta el problema en términos de estrés e irritabilidad por los problemas de la cotidianeidad, además de un mal hábito alimenticio. Los padecimientos que

empieza a resolver son precisamente los de colesterol y triglicéridos y en menor medida el de estrés, al que recomienda la relajación y el consumo de pastillas que logran el efecto de anestesiar el malestar sufrido.

Y por último, la religión al igual que la medicina alópata observa la etiología de la enfermedad en los problemas sociales y culturales que se viven en el ejido, además de ver ya, problemas individuales. Y obviamente dentro de los principales orígenes que encuentran están la conversión religiosa y el poco acercamiento a Dios que se vive en esta época. Su tratamiento es diverso y va desde el cuidado del cuerpo a través de prohibiciones dietéticas, la recomendación de cierto uso de medicamentos, hasta oraciones que si bien no curan, hacen ver al Señor como el “sicólogo espiritual” necesario para volcar en él las penas padecidas.

La elección terapéutica vista desde esta perspectiva implica, como lo dice Douglas, nuevos estilos de terapia o nuevas tendencias, que llevan a observar que preferir una cosa y no otra, no es una elección aislada pues por un lado implica: que en una comunidad particular, el gusto siempre está sujeto a la lucha por la hegemonía y por el otro, que el consumo de determinados objetos y el gusto por los mismos responde a construcciones culturales de grupos sociales específicos.

Bibliografía

1. **Ayora Díaz, Steffan Igor** (2002) *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*, Plaza y Valdés, México.
2. **Bourdieu, Pierre** 1996 (1987) *Cosas dichas*, Gedisa, Barcelona, España.
3. -----1999 (1997) *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, España.
4. **Bourdieu y Loïc J.D. Wacquant** (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*, Grijalbo, México.
5. **Castañeda Seijas, Minerva** (2004) *En busca de un destino. Experiencias de conversión entre adventistas de Tapilula, Chiapas*, tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-Sureste, Chiapas.

6. **De la torre, Rennée y Cristina Gutiérrez Zúñiga (coord.)** (2005) "La lógica del mercado y la lógica de la creencia en la creación de mercancías simbólicas" en *Desacatos*, núm. 18, mayo-agosto, pp.: 53-70, México.
7. -----(2007) *Atlas de la diversidad religiosa en México* (1950-2000), El Colegio de Jalisco, El Colegio de la Frontera Norte, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, El Colegio de Michoacán, Secretaría de Gobernación y Universidad de Quintana Roo, México.
8. **Douglas, Mary** (1973) *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Siglo XXI, Madrid, España.
9. ----- (1998) "La elección entre lo somático y lo espiritual: Algunas preferencias médicas" en *Estilos de pensar*, Gedisa, Barcelona, España, pp. 38-64.
10. **Eroza, Enrique** (2007) "La cosmovisión tzotzil/tzeltal. Intersubjetividad e incertidumbre", manuscrito en publicación, extracto de tesis doctoral,
11. **Fernández Liria, Carlos** (1992) "Enfermedad familia y costumbre en el periférico de San Cristóbal de Las Casas", en *Anuario*, Instituto Chiapaneco de Cultura, Chiapas, México, pp. 11-57.
12. **Freyermuth Enciso, Graciela** (1993) *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Serie Nuestros Pueblos, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS-Sureste, Gobierno del Estado de Chiapas, Chiapas, México.
13. **Freyermuth Enciso, Graciela y Paola Sesia** (2006) "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica", en *Desacatos*, Revista de Antropología Social, Enero-Abril, 20, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, pp. 9-28.
14. **Garma Navarro, Carlos** (2002) "La socialización del don de lenguas y la sanación en el pentecostalismo mexicano", en *Alteridades*, 10 (20), pp.: 85-92, México.
15. **Guiteras Holmes, Calixta** (1945) *Los peligros del alma; visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México.
16. ----- (1992) *Cancuc. Etnografía de un pueblo tzeltal de los Altos de Chiapas 1994*, Gobierno del Estado de Chiapas, Chiapas, México.

17. **Harman, Robert. C.** 1990 (1974) *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya tzeltal*. Instituto Nacional Indigenista, México.
18. **Hermitte, Esther** (1992) *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*, Gobierno del Estado de Chiapas, DIF Chiapas, México.
19. **Hernández Madrid, Miguel J.** (2005) "Entre las emergencias espirituales en una época axial y la mercantilización contemporánea de los bienes de sanación" en *Desacatos*, núm. 18, mayo-agosto, pp.: 1528, México.
20. **Holland, William** (1978) *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, México.
21. **Köhler, Ulrich** (1975) *Cambio cultural dirigido en los altos de Chiapas: un estudio sobre la antropología social aplicada* INI, SEP, México.
22. **Le Breton, David** (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*, 2a ed., Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
23. **Magaña Ochoa, Jorge** (2002) "Enfermedad y tratamiento entre la población indígena inmigrada, en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Lo médico como campo social", en *Revista Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, Nómadas del Norte, Vol. XXIII, Núm. 92, pp.: 195-226.
24. **Menéndez, Eduardo I.** (1990) Antropología médica. Orientaciones desigualdades y transacciones, en *Cuadernos de la Casa Chata*, 179, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social (CIESAS), México.
25. ----- (1984) Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención, en *Cuadernos de la Casa Chata*, 86, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social (CIESAS), México.
26. **Page Pliego, Jaime Tomás** (1996) *Religión y Política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil. Estudio de Caso*, Universidad Autónoma de Chiapas, México.
27. ----- (2002) Curandería tzotzil y procesos de formación, iniciación y de trabajo de sus practicantes, tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
28. **Pitarch, Pedro** (1996) *Ch'ulel: Una etnografía de las almas tzeltales*, Fondo de Cultura Económica, México.

29. ----- (2004) “En el museo de la medicina Maya”, en Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*, Abya-Yala, Quito, Ecuador.
30. **Redfield, Robert** (1944) *Yucatán, una cultura de transición*, Fondo de Cultura Económica, México.
31. **Villa Rojas, Alfonso** (1990) *Etnografía tzeltal de Chiapas. Modalidades de una cosmovisión prehispánica*, Gobierno del Estado de Chiapas, Miguel Ángel Porrúa, México.

La higiene en los espacios públicos abiertos de Aguascalientes, de la Colonia a la Revolución

Emma G. Gutiérrez de Velasco Ramo
Doctorado en Ciencias de los Ámbitos Antrópicos
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Introducción.



Ángel Guardián de la entrada de los panteones. Fondo: Boletín AGM, No., 130 Octubre-Noviembre p.2.

A propósito de la epidemia de la Influenza del 2009... La higiene puede ser una condicionante que influya, para que los espacios públicos, sean transformados...

En múltiples ocasiones en el transcurso de la historia de Aguascalientes, como en la de México, las enfermedades, epidemias y pandemias han sido reveladoras, para reflexionar y transformar nuestros hábitos y entornos.

Períodos, que van desde la colonia, pasando por la Independencia, la autonomía del estado, la monarquía, la reforma, hasta la llegada de la revolución mexicana, se han visto azotadas por epidemias como la del **Matlazahuatl** (1576), y **en los años siguientes, entre 1737 y 1738, a consecuencia de las epidemias y pestes que azotaron la Nueva Galicia**, hambrunas (1779-1786), guerras sucesivas y matanzas o fusilamientos continuos; todas estos acontecimientos tenían atestados “los camposantos”, atrios y templos, donde se enterraban a los feligreses, según la bondad y cuantía de sus limosnas.

Período colonial.

En estas tempranas épocas, entre los siglos XVI, XVII y XVIII, y parte del XIX, se desconocía la existencia de los micro-organismos, que provocaban tantos desastres, y enfermedades... pero se intuía la maligna acción de “los miasmas...” por ello, los Virreyes como Antonio Ma. Bucareli, preocupados por tantos decesos, impusieron nuevas ordenanzas y bandos.

Épocas en que la muerte acechaba, sin importar la clase. En un principio los muertos eran enterrados, en los templos y en los atrios, según las costumbres europeas. Tenía el lugar asegurado y más cercano al “cielo”, aquél que hubiese sido más generoso con la santa Iglesia.

Con el paso del tiempo, tantas epidemias, fusilamientos y luchas armadas, tenían atestados los “camposantos”, que habían extendido sus límites hacia el espacio público. Las propiedades eclesiásticas y conventuales, a menudo, transformaron también la morfología de la ciudad, que originalmente fue concebida con un trazo ortogonal.



Catedral de Aguascalientes, Fondo: Boletín AGM, No. 13 Octubre-Noviembre, p. 3.

Los Virreyes externaron su preocupación, al ver como disminuía la población, con tantas epidemias y pandemias; alarmados se dieron a la tarea de examinar, con sus más destacados pensadores, cuáles eran las causas de tan frecuentes sucesos. Una de las razones por la que éstos nobles, pensaron que gran parte del problema se debía a tener cuantiosos entierros que se llevaban a cabo en los camposantos de las villas, -tan cercanos a las propias viviendas- y que la falta de espacio en los camposantos, obligaba en ocasiones a los enterradores a exhumar los cuerpos, antes del tiempo aconsejable para hacerlo; así que se dispuso, crear cementerios adecuados con mayor terreno, para que pudiesen albergar a una mayor capacidad de sepulcros cristianos; con estos propósitos se crearon cementerios a las afueras de las ciudades.

La putrefacción de los cadáveres, enterrados dentro de las villas, pudo ser la causante de que algunas enfermedades se propagaran rápidamente, por la acción del viento.

Fue hacia principios el siglo XIX, cuando se prohíben bajo mandato, los entierros en los templos, y que se disponen los sepulcros como ordenanza en los cementerios, y esta “orden”, es acatada hasta finales del siglo XIX.

Se procuró establecer un nuevo tipo de orden que regulaba sobre todo la higiene en las villas. En dicha época, se tenía la concepción de que los métodos “circulacionistas” eran, los que proveían la salud. Estos métodos se basaban en el flujo continuo del movimiento; que eran similares a los que mantenía la circulación de la sangre, siempre activa, eran ,según sus ideologías, las productoras de esta limpieza que otorga la higiene misma; así que todo aquello, que tenía movimiento, era sinónimo de salud. El aire y el viento fueron considerados los principales proveedores de salud, por tener movimiento.



La Litografía realizada por Tomás Egerton, nos muestra las condiciones en que se encontraba la ciudad en el siglo XIX, y la realidad social de su época. “El paso del Viático”.

Sin embargo, los espacios públicos en la ciudad, eran los sitios más estáticos, por ello, fueron considerados como los sitios más insalubres, y como primera orden que dictó el virrey, fue que el espacio público debía estar libre de inmundicias; y no estaban faltos de razón, pues dentro de sus argumentos: las calles eran de tierra, que se levantaba con el viento, por donde fluían los desechos humanos y los de los animales que corrían por “los paraderos”, que iban a media vía y a cielo abierto. Al llover, todos estos materiales eran arrastrados por efecto mismo de la gravedad, pues las calles contaban con las pendientes hacia las corrientes de los ríos y arroyos; y estas vías se convertían en lodazales perennes.

Recordemos también, que en esta época, todavía no existían ni los sanitarios, ni los retretes, ni las letrinas, por lo que la vía pública era el sitio ordinario de despojos. El estiércol, era tan

natural, como ordinario, junto con la materia orgánica que dejaban abandonada los comerciantes y mercaderes en las vías, que con la acción del calentamiento del sol, generaban la fermentación de la putrefacción orgánica, y la descomposición del estiércol que al secarse pululaba en el ambiente, propagando malos olores y bacterias. Seguramente éstas, eran características que acompañaron en la memoria a los personajes de estos tiempos.



Fuente del Obrador. Fuente: Foto de la Fuente del Obraje. Archivo fotográfico de la DMH del INAH.

Las acequias por donde corría el agua potable, se encontraba a cielo abierto, y por no dárseles mantenimiento frecuente, algunas veces se contaminaban con las aguas negras y aguas de lluvia. Estas aguas, abastecían las fuentes, que se encontraban en sitios estratégicos: algunas calles como la del Obrador o en la Plaza o los jardines. Los usuarios, ignorantes de los padecimientos que pudiesen adquirir, lavaban ropa, se bañaban e incluso, daban de beber al ganado o a las bestias en el mismo sitio donde bebían ellos mismos. Esta era el agua de la que se abastecía toda la villa.



El antiguo barrio de San Juan de Dios, nos muestra una calle ya empedrada. El actual Templo de San José, al fondo en el cambio de siglo XIX-XX. GÓMEZ, Serrano Jesús 1988, p.116.

Los gobernantes, estipularon ciertos lineamientos, que iban transformando las villas; poco a poco se fueron empedrando las calles, se ordenó construir letrinas en todas las viviendas, y se dispone organizar una zona en cada morada para contener la basura, se sugirió que ésta fuera organizada y que un servidor acarrearía la basura con un coche, que debía pasar a diario para recogerla, y debía transportarla al exterior de la villa; esta debía ser tirada lo más lejos posible de la ciudad.

El virrey de Croix, junto con el virrey y conde Bucareli, dispusieron a manera de Orden, fueran desalojados los mercaderes de las Plazas. En Aguascalientes, los mercaderes son desplazados de la Plaza hacia la zona del Parián hacia 1808.

Los Virreyes querían que las Plazas principales, lucieran limpias, con un aspecto agradable; que dieran la bienvenida a la ciudad y brindaran una buena imagen; además, de que con el aseo de la Plaza, se obtenía el desplazamiento de los mercaderes, y se obtenía una negociación económica fecunda, porque el espacio que se les iba a ofertar, tenía un precio de renta o venta; con ello se lograba también, rescatar el dominio de la territorialidad, del suelo central, el más valioso e importante en la ciudad: el espacio público abierto, que encerraba el más grande secreto guardado, el poderío absoluto, con el que se puede negociar y dominar al pueblo.



El antiguo Parián. Fuente: Fototeca, Fondo Alejandro Araiza.

Así, que en Aguascalientes, se transfirió el mercado a lo que todavía es (aunque remodelada tres veces), la actual zona del Parián; el pretexto o la verdadera razón: que los mercaderes, tenían la mala costumbre de tirar la basura al suelo, produciendo un aspecto desaseado del entorno, que

mostraba un panorama en condiciones desastrosas; convirtiendo la zona del recibimiento y entrada de la ciudad, en “una auténtica pocilga”.

A veces, resulta difícil separar, el acto juicioso y desinteresado de la actitud que le debería corresponder a los gobiernos, el tomar decisiones sabias, en beneficio de la comunidad (por el bien de la mayoría); de aquellas alternativas ruines, ventajosas y premeditadas, provenientes de algunos grupos o sectores, que optan por lucrar, dominar y transigir con el único objetivo, de ver por sus propios intereses particulares, y el de los de su gremio. Este motivo, que generalmente es, el económico y/o el poder.

Los recursos naturales y la materia prima, son también parte del botín, por el que se debe de luchar, aún cuando se piensa que estos son derechos de la naturaleza accesibles a cualquiera. El agua, aunque algunas veces pareciera inagotable, es un recursopreciado, por el cual se discute y llega a ser un beneficio exclusivo, que se manipula estratégicamente, para el más fuerte: las clases sociales altas y para los poderosos. Ya desde tiempos de la fundación, la repartición de la dotación del agua, había sido planeada por los colonizadores, en un terreno con pendiente, donde fluyen los arroyos desde los manantiales y ojos de agua, se coloca también estratégicamente primero a la villa, por donde pasará primero el agua. El agua continúa su curso, dado por la pendiente del suelo natural, y más distante de la villa, se ubicará al pueblo indígena, pendiente abajo. Esto quiere decir, que por disposición de ubicación topográfica, (y por disposición de los conquistadores españoles) el uso del agua, sea bien por la cantidad del suministro (que en época de escasez, podría beneficiarles a las clases dominantes) o por calidad, limpieza e higiene, (además de ser una cuestión de segregación étnica), le correspondería al conquistador español, y a sus familias, usar de primera mano, el agua que circulaba por los arroyos y las acequias.

La higiene

La Higiene, según el diccionario del pequeño Larousse ilustrado, 2001, significa: n. f. (del g. *higieinon*, salud) Parte de la medicina que trata de los medios en que el hombre debe vivir y de la forma de modificarlos en el sentido más favorable para su desarrollo. Conjunto de Reglas, y Prácticas relativas al mantenimiento de la salud, higiene, limpieza, y aseo. Medidas para la

higiene mental, son las Medidas preventivas ante la aparición de trastornos mentales. (LAROUSSE, 2001:518).

Algunas culturas incluyeron estos conocimientos de la higiene, para obtener tanto la salud física, como la mental. Para los antiguos griegos, erarios de la cultura de occidente a los pueblos europeos y americanos, el baño se generalizó como actividad doméstica, sofisticada forma de higiene personal, donde se complementa el concepto de gimnasio y efecto vigorizante en una costumbre y se denotó con el término, latino: *sanitas*, que significa “**salud, a través de la higiene**”; mientras que para los romanos, el baño era una forma de relajación y un deber social que se llevaba a cabo de forma colectiva. De tal manera que para ambos, aseo personal y salud iban de la mano. (CAMPOS,Z., Victoria, No. 418/AÑO 2002,XXXIV:76).

Para otros pueblos como el islámico, el baño, además de ser un deber social y una convivencia jerárquica, en la vida pública, que era una actividad de distinción de clase, género y religión; pues la limpieza y el agua, connotan símbolos de fuerza, poder y pureza.

Todo el conocimiento anterior lo hemos recibido a través de la cultura ibérica, que con sus propias adecuaciones, nos transmitió su apreciación particular de los conocimientos anteriores, en dicho momento histórico, expresado como noción de dominio sobre la tierra y el agua. El agua, es la materia prima que mantiene la higiene en las ciudades; el uso inapropiado o el control de su dotación, es otra manera de dominio, segregación y manipulación, que pueden ejercer los mandos de gobierno o de influencia, sea bien de tipo económico o de cualquier otro tipo de poder. El agua, fue otro componente indispensable para la agricultura, la alimentación, el sustento, y para mantener y procurar la limpieza tanto en el aseo personal, como en los espacios públicos y privados.



Calle cercana a San Diego, día de mercado sobre la calle. Fuente: Fotografía de VILLALOBOS Franco, José.

Ciudad Revelada. Imágenes de Aguascalientes en los años veinte.

El agua, era y es importante para lograr tanto el aseo, la higiene y la estética de cada individuo, y la de los pueblos en general; con el agua se mantiene también, la limpieza dentro de las viviendas y la del espacio público abierto. En la medida, que se conserva y procura la higiene en todos estos lugares y en cada uno de estos aspectos, a detalle, se revierte esta acción en el bienestar y beneficio para la población y la vida en la villa. Al haber higiene en todos los sitios, se fortalecían las sociedades y las naciones. Al comprender el hombre, que estas disposiciones debían de tomarse como medidas de prevención, anticipadamente, pues éstas traerían ahorros sustanciales, en el bienestar social, y en la Salud Pública. Se economizaría en medicamentos, tratamientos hospitalarios, (que no se daban abasto en épocas de epidemias); pero parte muy importante también, en esta etapa de incipiente transición mercantilista a capitalista, era que, la población pobre, los obreros (antes campesinos), eran la fortaleza del trabajo, es decir, el sustento de la producción capitalista y del sistema; esta, era la clase desprotegida, que desconocía su rol, en el planteamiento capitalista, por ello, había que mantenerlos a salvo, porque al decrecer éstos en cantidad, disminuiría la producción, y con ello, se mermaban los ingresos. El gobierno y la inversión capitalista, como consecuencia, redoblaron sus esfuerzos y sus medidas preventivas y económicas en la investigación científica; y así se abocaron al estudio de la higiene en diferentes ámbitos, como a descubrir las cualidades y defectos (ventajas y desventajas), con las que se podían explotar al límite, realmente tanto las capacidades de los obreros, como los ambientes en las ciudades.

La higiene a finales del siglo XIX.

Científicos como Darwin, quien estipula sus cuatro pilares para la selección natural; es decir, la lucha por la sobre vivencia de todo ser viviente, en su libro: *El Origen de las Especies* (1859); identificaría, que el ambiente es determinante y esencial para los seres vivos y su desarrollo; pues estos están siempre transformándose para lograr las adaptaciones convenientes y continuas, para adecuarse al medio ambiente. De tal forma, que al cambiar el ambiente físico, el ser vivo, también está obligado a hacerlo, pues el más intrépido y fuerte, que lograra desarrollar estos ajustes necesarios para acoplarse al nuevo ámbito, en donde intervendrían e influenciarían directamente su constitución y las transformaciones morfológicas particulares, que deberían ir

sincrónicamente evolucionando, a la par y dependiendo también, de la evolución del medio en el que se desenvuelvan o el espacio que les rodea; así, consecutivamente otros pensadores, tomarían dichos paradigmas, para aplicarlos en sus propios campos; tal es el caso de Alexandre Lacassagne, abogado criminalista, interesado en la sociología y psicología, quien cuenta con una escuela en Lyon, Francia; este sujeto, propone que sean vigiladas las características y las condicionantes o modificadores en el medio ambiente de las ciudades, para procurar la higiene y la salud del individuo. Además somete a discusión la incorporación de la higiene como una componente en los factores físicos ambientales, para brindar una mejoría física, es decir palpable, real y evidencia médica, de salud; aunque además producía, un bienestar mentalmente, que se vería reflejado en los ambientes sociales; gestados estos por los mismos ámbitos que les rodeaban. El autor explica que al existir ambientes de “putrefacción-física”, consecuentemente éstos se verían reflejados en comportamientos y actitudes morales.” Lacassagne, influyó a muchos intelectuales mexicanos, a través de su libro: *Compendio para la higiene privada y social*. (1876).

Hacia 1887, el General Porfirio Díaz, quien admiró todo lo proveniente de Europa y en especial de la cultura francesa; encomendó al gobernador de Aguascalientes, Alejandro Vázquez del Mercado, para que se abocara a realizar los estudios pertinentes, para mejorar el medio ambiente, (a semejanza de como se habían realizado en Francia e Inglaterra y en otros países Europeos). Así, se dictaminó como prioritario, el procurar la higiene para la ciudad. Dicho gobernante asignó al médico, Jesús Díaz de León y éste a su vez, invitó a participar al Dr. Manuel Gómez Portugal, para que juntos llevaran a cabo dichas labores. Así ambos médicos, realizaron los “*Apuntes para el estudio de la higiene en Aguascalientes*” (1888).

El estudio, es una descripción acuciosa de las características de la ciudad y sus alrededores; tanto de sus características y componentes físicos, químicos, biológicos y sociológicos.

A finales del siglo XIX, dichos autores, basados en los factores del medio ambiente físico y los modificadores, que influenciaban y afectaban a los primeros (agua, lluvia, temperatura, clima, viento, tierra, etc.) Aplicaron una tendencia fuertemente moralista, con ideas positivistas. Muestra de ello fue, que el mismísimo Dr. Jesús Díaz de León, se mostraba mucho más preocupado por las implicaciones morales que ofrecerían los bañistas, a los turistas que iban de

paso en los ferrocarriles, y que visualizaban el espectáculo de la gente pobre del pueblo que acostumbraba bañarse en las acequias, probablemente desnudos, sin recato alguno. En lugar de preocuparse realmente por las implicaciones de higiene y de limpieza de la contaminación del agua en general. Aunque aquí habría que aclarar, que la higiene personal, se estaba llevando a cabo, y que si esta agua tenía como destino el tanque de la Cruz, que sería empleada posteriormente, exclusivamente para el riego, cumpliría sus funciones; aunque el peso moralista para ciertos sectores en la sociedad de la época eran de suma importancia (clases alta sobre todo), puesto que estas actitudes, se podían complicar con derivaciones de tabúes sexuales complejos, (incluso, para tratarse de estos temas, en su tiempo), que generarían ambientes sociales conflictivos, y promiscuos.



Figura.-La imagen muestra a personas bañándose en la acequia de aguas termales en el siglo XIX. Fuente: Revista PARTEAGUAS, Instituto Cultural de Aguascalientes. Verano 2009, año 5. Núm. 17. “Presagios de Modernidad, la mirada de William Henry Jackson sobre Aguascalientes”. Pág. 98.

Volviendo á la costumbre que tiene nuestro pueblo de hacer uso de la acequia del Ojocaliente para bañarse, es preciso entrar en algunas consideraciones que se relacionan con la moral pública, pues dicha acequia pasa cerca de la Estación del Ferrocarril Central y los bañistas están a la expectación pública, lo que no es de buen efecto, particularmente á los extranjeros...los turistas tendrán razón en seguimos censurando por la falta de acatamiento en nuestras costumbres á la moral pública. (DÍAZ DE LEÓN, y GÓMEZ: PORTUGAL: 1888).

Estos autores dejan bien establecido que el objetivo principal de su libro es, “el sostenimiento de la salud y perfeccionamiento físico y moral de los habitantes de la ciudad.” (DÍAZ DE LEÓN y GÓMEZ: 1888).

Alrededor de 1891, se volvía a presentar una nueva epidemia, esta vez reportada por el Dr. Manuel Gómez Portugal, quien declaraba que se trataban de varios casos que mostraban ser sintomáticos del padecimiento de “la influenza”, (a propósito del suceso de epidemia, ocurrido el pasado 2009); lo que quiere decir, que tal vez a tres años de distancia de haberse escrito “los apuntes”, todavía no se ponían en práctica dichos estudios realizados con anterioridad por los médicos mencionados. En el relato del Dr. Gómez Portugal, él mismo, hace una descripción de los sucesos climáticos y ambientales del momento, relata los cambios bruscos de temperatura, las polvaredas, los vientos, y va narrando los casos presentados a través de los meses, con sus desarrollos evolutivos, padecimientos y tratamientos.

Me parece interesante destacar, que los tratamientos a 119 años de distancia no se han modificado gran cosa, pues así es como este médico expresa el padecimiento sintomático y el tratamiento recomendado: 1°. Al presentarse los pacientes con coriza intenso con “cefalalgia”, curvatura, escalofríos y asenso brusco de temperatura...; 2°. La inflamación catarral se extiende desde las fosas nasales hasta la sangre, los bronquios, y las celdillas pulmonares... 3°. Se comienza con escalofríos violentos, vómitos biliosos, evacuaciones intestinales.... (Forma gastro-intestinal) 4°. El padecimiento adquiere una forma Pericárdica... Por lo cual el doctor recomienda un tratamiento, que incluye la sudoración provocada por medio de las fricciones con “hidroleo” y *un ponche caliente con aguardiente o cognac y muchas cobijas, reposo y que el paciente se estuviera quieto, hasta que la diaforesis terminara por sí sola. (...)*

Tónicos.- Empleados desde el principio de la enfermedad, sobre todo, en forma de bebidas alcohólicas y vinos, me dieron excelentes resultados, y creo que la razón es fácil de encontrar si se piensa en la adinamia, que produce casi siempre la influenza. (Mascarón: Publicación del órgano de divulgación del Archivo Histórico del Estado de Aguascalientes. Año VIII, No 94/Diciembre de 2001.)

Varias son las observaciones y recomendaciones que hacen ambos médicos, pero es de resaltar la atención, que estos médicos ya hacen un llamado de atención para cuidar los bosques y la poca vegetación existente en la zona...y aún seguimos haciendo caso omiso...

Cambios a la modernidad, la higiene en l siglo XX.

Más adelante con el devenir de la historia, se puede observar en algunas de las transformaciones de los espacios públicos abiertos, que acontecen en el actual centro histórico de la ciudad, y que antes abarcaban a los de la totalidad de ciudad; los cambios se presentaban en forma sincrónica y aparentemente obedecían a ciertos comportamientos o patrones que si bien podrían apreciarse como condicionantes estéticas o meras adaptaciones de diseño, de acuerdo a ciertas bogas o ajustes caprichosos, de la época; más el resultado era, que respondían a ser profundas meditaciones reflexivas que se debatían en relación de las necesidades higiénico-ambientales – estéticas-, y los conceptos de fomentar y fortalecer la identidad regional y nacional, es decir, a la vez, la apropiación del concepto e ideología de territorialidad nacional. Por ello, es notorio destacar, que lo que ocurría en Aguascalientes, era reflejo de las disposiciones que se tomaban desde el mandato superior de gobierno, el cual era aconsejado por personajes regionales, de la talla de Alberto J. Pani, oriundo de Aguascalientes; que coincidió con los gobiernos en esos precisos momentos y de manera casi continua, desde el porfiriato hasta la presidencia del Gral. Calles. Es curioso, que converjan varias personalidades hidrocálidas, en diferentes épocas, en el tratamiento de la Higiene y la Salud Pública, tanto a nivel regional, como a nivel nacional; varios integrantes de la familia Pani, en los puestos de Gobierno a nivel nacional, influyeron en la toma de decisiones a nivel regional. Alberto J. Pani, era un político, Ingeniero de profesión, quien impulsa y promueve el desarrollo y la modernidad, a comienzos del siglo XX. Conduce la obra pública, y procura incorporar la formación higienista a través de medios informativos, culturales y educativos; que son los puntos que finalmente, según Pani, lograrían el milagro del cambio social y la verdadera mutación a una revolución con sentido intelectual, y a la consecuente transformación para el desarrollo y la modernidad.

J. Pani, quien contribuye con la aportación del libro: *La Higiene en México*, (1916), el cual fue redactado mientras se daban los sucesos revolucionarios, mientras acompañaba a Venustiano Carranza.



El libro de la Higiene en México, escrito por Alberto J. Pani, es un análisis sobre la situación de de la ciudad capital, hecho entre 1904 y 1914, y publicado en 1916.

Este autor, señala la importancia de que los poderes intervengan a favor de procurar la Salud Pública, además dice haber basado sus averiguaciones, en el científico Louis Pasteur, y algunos otros científicos de fama europea, cada uno abocado en su especialidad propia, como el renombrado Bertillon, quien hace una clasificación, para determinar catorce grupos generales de enfermedades en las cuales divide los tipos específicos de cada afección que producen la mayor mortalidad. Todos estos científicos, quienes abordan los problemas de la mortalidad, nacimientos, demografía, alimentación, enfermedades, pobreza, vivienda, trabajo, higiene urbana y pública, y aseo personal, al cual el autor, confiere especial atención, (cualidad en la que los españoles no repararon, ni tomaron en cuenta profundamente); realizó estadísticas e hizo comparaciones con otras urbes y otras naciones en el mundo, sobre todo con respecto a las del mundo occidental.

Pani, revela en su libro la necesidad que se tiene en ese momento, de un proceso de adaptación, y del cambio que se requería para la transformación a la “modernidad”, estableciendo que ese cambio es prácticamente racional, implica la educación en la Higiene. Por ello, conscientemente de su papel intelectual y reformista, relata los descubrimientos de Pasteur, “como elemento científico a favor de la industria” o sujeto que obtiene la ciencia para el desarrollo industrial: -la ciencia como medio- que intercede a favor del mundo capitalista. Es interesante analizar como entretejió la función de la higiene y los campos científicos en sincronía absoluta con los sectores empresariales, industriales (inversionistas) y políticos.

En la actualidad, los trabajos mayores de adaptación al medio que las exigencias de la vida moderna imponen al hombre, como individuo y como especie, juntamente con los mayores elementos de adaptación-provenientes, por-una parte, de la transformación efectuada en la Higiene por los descubrimientos de Pasteur, encauzándola en una vía francamente racional y, por la otra, de los abundantes recursos proporcionados por la industria- hacen de la salubridad pública una de las más imperiosas obligaciones del Estado. (Pani, 1916; p.7)

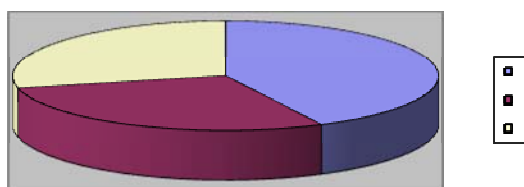
Su estudio, le lleva a la conclusión, de que en el período revolucionario, la ciudad de México, es la más insalubre de las ciudades. Esto es, debido a múltiples razones; primero analiza las causas de las enfermedades, con mayor índice de re-incidencia, contraídas durante este período y que condujeron a la muerte. Por otra parte, los estudios que se comienzan a desarrollar en el país, y que se fueron implementando a partir de este momento, van de acuerdo con los sucesos del “mundo científico: de observación y experimentación, para poder dar una validación”, en este período, las investigaciones realizadas, van cobrando un aspecto de mayor trascendencia y credibilidad, puesto que los procesos y técnicas para conseguir la información y desarrollo así como los resultados, y las metodologías utilizadas, dan muestra de mayor seriedad en los procedimientos; en donde existen entrevistas realizadas, con un profundo interés en la investigación del tema, analizado por este autor con responsabilidad.

Por lo que, los datos que obtiene, como resultado del problema central planteado, corresponden a un porcentaje de muertes, causadas por las siguientes enfermedades:

- Enfermedades del aparato digestivo, 32.14%
- Las del aparato respiratorio, 21.72%
- Las agrupadas bajo la designación de “enfermedades generales”, 21.61%

Estos tres tipos de enfermedades conjuntamente, causaban el 75.47% de la mortalidad total, en la ciudad. (PANI, 1916; p.24)

21.61%	Aparato digestivo.
Enfermedades generales	32.14%.



21.72%

Aparato respiratorio

Gráfico que indica el porcentaje de muertes, con las causas respectivas de patrones del tipo de enfermedades.

Por lo que el autor, prosiguió, haciendo un estudio de todas las variables; analizando, cuáles podrían ser, los fenómenos que provocaron e intervinieron en la modificación de la salud pública, y que además alteraban a tal grado las consecuencias, hasta llevarlas a convalecencias severas, que algunas veces, se complicaron con la morbilidad hasta llegar a causar epidemias o pandemias, que causaban finalmente la muerte de gran parte de la población.

Esta investigación, abre un panorama, nunca antes observado, en períodos anteriores: el crecimiento de la población en las ciudades se duplicaba y hasta se triplicaba. La consecuencia era que las ciudades se expandían rápidamente. Los campesinos migraban a las ciudades, para conseguir mejores alternativas de trabajo, y mayor calidad de vida (servicios, infraestructura, derechos y recursos); pero la imprevisión e improvisación, los introducía en un mundo de explotación y dominio, en el que se veían atrapados, en una amplia red de control y poderío.

Las ciudades capitalistas, emplean el trabajo del obrero, para incrementar la producción. Comercian y manipulan las mercancías, objetos de consumo, que requieren del nuevo trabajador; las propiedades y viviendas, se convierten rápidamente en nuevos artículos, mercancías para consumir, y el obrero ante la necesidad de un sitio para vivir, se involucra en una economía de mercado; que le obliga a permanecer en el sistema de la oferta y la demanda.

Los obreros, que antes fueron campesinos, siguen siendo explotados, pero ahora en las ciudades. Salarios ínfimos, calidad de vida que a veces llega a ser denigrante, segregación en las zonas de

la no ciudad, que en ese entonces se comienza a perfilar, al crecer las ciudades; con carencias de servicios y de todo tipo, que a apenas se puede decir que “sobreviven” ante la pobreza. Estas son parte de las reflexiones, que engendra el estudio de Pani, en donde observa y analiza, la calidad del agua y los alimentos en la gran ciudad, y cae en la cuenta, de que éstas son las responsables de tantas anomalías en el aparato digestivo, pues las redes de alcantarillado y las antiquísimas tuberías de la dotación del agua, requieren ser transformadas y re-instaladas, con nuevos materiales y nuevas dimensiones para mayores dotaciones que pudieran cubrir el suministro a la población que experimenta un continuo aumento progresivo; además la cañería existente debe ser re-habilitada en general, todo el sistema para el drenaje independientemente debía ser creado bajo nuevas estructuras y planteamientos renovados, necesitaban de mantenimiento y revisiones continuas, con la idea de garantizar una mejoría en la higiene de la población y de la ciudad, y con esto se restablecerían las condiciones para poder disminuir los índices de mortandad.

Por otro lado, revisó las posibles y potenciales causas de las condiciones que pueden favorecer a las enfermedades respiratorias, tan sufridas por la población en esa ciudad, causantes del segundo lugar en porcentaje de mortalidad, y deduce, que los factores climáticos, asociadas con las condiciones de pobreza y las pocas cualidades de la calidad de la vivienda en la que pernoctan y viven los sectores con menores privilegios y oportunidades, en condiciones de hacinamiento, con nula intimidad, y con ausencia absoluta de servicios, influyen que estas condiciones se desarrollen. Esta población, adicionalmente contaba con al factor de poco descanso, pocos recursos e intensos horarios laborales, donde algunas veces requerían de la fuerza o de cualidades manuales, que necesitaban del trabajo físico, además cuentan con una alimentación insuficiente y no practican la higiene en sus ámbitos; al adquirir alguna enfermedad, generan tanto la contaminación, propagación como la imposibilidad de recuperación, en determinados ambientes, al no contar con recursos para detenerla.

La tercera causa, puede ser por una razón muy simple, de las condiciones en que se realizan las labores que estos desarrollan en sus trabajos o bien por causa de los ambientes inhóspitos, en donde viven o trabajan, situaciones como que las condiciones en los ambientes no sean las necesarias o sean enviciadas; muros húmedos, corrientes de aire, cambios de clima en los ambientes, posturas incómodas, olores de sustancias venenosas, que pueden producir dolores,

reumas, envenenamientos, torceduras, o accidentes por las incomodidades, el hacinamiento, las bajas o altas temperaturas extremas, o las condiciones de inseguridad o la falta de alimento; el hambre y la inanición las declara como “enfermedades sociales”.

Para Pani, en resumen, existen varias maneras de proteger la vida humana; estas formas, las deben procurar los gobiernos, quienes debían emplear todos los recursos disponibles para proteger al individuo, y a la suma de estos individuos bajo la cautela del gobierno; posibilitando así el desarrollo progresivo de la Sociedad. Además argumenta, que el estado debía aplicar programas de “propaganda higiénica, públicas y privadas”, leyes y reglamentaciones que hicieran operar y cumplir con la higiene. Las estrategias privadas, corresponderían a las escuelas, quienes deberán sentar las bases de la limpieza, el orden, del aseo personal y del respeto por la higiene en lo próximo, en la propiedad privada, en la vivienda y en la escuela. Mientras que las públicas, fomentarán el respeto y la limpieza por el entorno, y el espacio público y por la nación; nace así, el fomento por una cultura nacionalista.

Pani, introduce por un lado los caracteres físicos del medio y por otro, analiza los componentes del medio urbano, *que provienen de las condiciones físicas y del aglomerado social* y las organiza de la siguiente manera, expuestas así, por el autor:

CARACTERES FÍSICOS DEL MEDIO:

- I. Temperatura.
- II. Humedad, lluvia, vientos.
- III. Constitución, geológica y topografía.

PRINCIPALES FACTORES DEL MEDIO URBANO:

- I. Los seres vivientes.
- II. La alimentación.
- III. La habitación.
- IV. La circulación urbana.

Todos los puntos anteriores son vistos con detenimiento y esmero; pero en el que pone mayor énfasis es el que aborda con respecto a la habitación. El Ing. Pani, explora en qué reside o de qué depende, la limpieza de una casa habitación:

La limpieza de la casa, depende de la costumbre y educación de sus habitantes, pero también dependen de las disposiciones constructivas y sanitarias que facilitan o posibilitan el estado de limpieza. Habrá que buscar los materiales adecuados, las orientaciones convenientes, una iluminación completa, una ventilación satisfactoria y las mejores condiciones para la evacuación de los desechos. (PANI, 1916:)

Por otro lado, él mismo propone y establece una clasificación para los tipos de desechos de la casa habitación, que se deben tratar con reserva y cuidado, procurando manejarlos satisfactoriamente:

- 1) Los excrementos humanos. Costumbres inapropiadas.
- 2) Los excrementos animales. Insalubridad por todas partes.
- 3) Las aguas de desecho; importante hacer ver, que se depende del agua con que cuente la ciudad, para la limpieza. Sin agua no hay higiene, ni limpieza, ni estética.
Las basuras, deberán ir en un recolector, de preferencia
- 4) El basurero, de preferencia, que se encuentre tapado, y los tiraderos distantes a la ciudad.
- 5) Es recomendable: la inhumación de los cadáveres.

Pani, determinó como el mayor problema, al que se refiere al de la higiene urbana y lo describe así:

...la insalubridad de una ciudad, depende fundamentalmente del medio urbano, (PANI, 1916; 26) esto es, del conjunto de las acciones contaminadoras que los abundantes desechos de la vida y de la actividad humana ejercen sobre el medio natural.

Por lo que sabe que el gobierno enfrentaba un gran reto, que conjuntaba: pobreza, falta de higiene e ignorancia en la mayoría de la población.

Durante estos dos últimos períodos, es coincidente que los autores que intervinieron en la manufactura de dichos libros, son de origen aguascalentense. Estas contribuciones se realizaron con la finalidad de cooperar para el fortalecimiento de la salud de las comunidades, y las de la sociedad que habita en las ciudades y en las regiones en cada una de las naciones.

Como ejemplos que se destacan en la ciudad de Aguascalientes, habrá que hacer notar los casos sobresalientes, donde se presentan estas regularidades en varios jardines, o plazas que denotan dichas características, para ello se han seleccionado para comentarse ciertas transformaciones que se emplearán para señalar algunas explicaciones.

Transformaciones debido a la higiene, en el espacio público abierto de Aguascalientes, (1800...1945).

Los Espacios Públicos sufren algunas modificaciones y transformaciones en ocasiones, en forma sincrónica. Dentro de las transformaciones que han sufrido los espacios públicos, varias de ellas son causadas por la higiene. La vegetación, fue una de las modificaciones, que se presentó con bastante regularidad a principios del siglo XX. Por varios siglos, los árboles generaron cualidades al espacio, pues ellos otorgaban múltiples bondades al ambiente, algunas de ellas fueron: daban sombra, embellecían el contexto, ayudaron a amortiguar el clima extremo: calor y vientos, generaron microclimas, sirvieron como hábitat para la fauna, hicieron de los lugares, sitios confortables para su asistencia, con mayor humedad (sobre todo a los sitios secos y cálidos, como Aguascalientes). Pero en algunas ocasiones, se pensó, que los árboles tiraban hojas, que eran criaderos de animales e insectos, que las raíces levantaban las banquetas y rompían el pavimento del piso, que las aves que habitaban en los árboles, ensuciaban el pavimento, y las bancas, se tornaron en un dolor de cabeza para la gestión y administración pública: el gobierno, o/y algunos ciudadanos consideraron que los pájaros hacen mucho ruido, y que eran elementos nocivos para el ambiente... (?)

A fines del siglo XIX y principios del XX, los jardines y Plazas en Aguascalientes, tenían mucha vegetación...cierto es, que no tenían un arreglo especial, como solían tenerlo los jardines europeos; después con el cambio de siglo dejaron de existir árboles en los jardines y plazas, algunos pensaron que se trataba de imponer alguna de las modas europeas de “típicos jardines ingleses, o franceses” según lo describe una nota en el periódico del sol del centro de esta época, ya que existía toda una corriente, y escuela de jardinería francesa y otra británica en boga.



Plaza Principal con árboles frondosos. Alejandro Araiza. AHEA.

Algunas decisiones políticas y privadas, toman las disposiciones, sin consultar la voz del pueblo de tirar los árboles. Los árboles fueron arrasados por completo, se supo de esto, también por los comentarios en las noticias que registraban los diarios; pues el pueblo estaba muy molesto e indignado al respecto, escribió en una nota para el periódico, el joven Eduardo J. Correa.



Plaza de Armas. . Fuente: La ciudad revelada. Aguascalientes en los años veintes. Fotografías José Villalobos Franco. AGM. / Fondo: Lugares y Calles .AHEA.

La idea de transformar en la Plaza, quitándole el aspecto de bosque, tiene origen curioso, dice el autor. En los frondosísimos fresnos se albergaban millares de tordos, que ensuciaban arriates y sofás, por lo que Femat quiso espantarlos, pretendiendo que se alojaran en otros jardines y para ello recurrió a disparar cohetes y morteros; como los alados huéspedes regresaban en cuanto se extinguía el estrépito y el humo de la pólvora, vencido ante las rebeldes huestes, determinó echar abajo los corpulentos árboles de extenso follaje, en lo que lo secundaron el Presidente Municipal y el Gobernador, no obstante la campaña que en contra hizo la prensa, yendo a la vanguardia “El Herald” en el que publicaba Eduardo J. Correa. (1992: P. 71.)



Jardín de San José, a finales del siglo XIX. GÓMEZ, Serrano Jesús 1988,



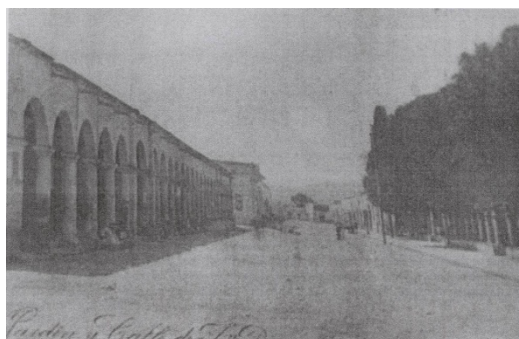
Jardín de San José. Fondo: Templos o Iglesias y Jardines. Herlinda Macías de S. AHEA

Otro de los cambios que se hizo sincronizadamente, fue el dejar a los jardines sin árboles, al parecer, estaban en boga los “praditos ingleses”, según comenta un artículo en un periódico, pero la verdad es, que la idea fue “dejar ver la arquitectura de los edificios”, (GARCÍA, R., 2000 i: p .s/n) porque los árboles y las plantas estorbaban, para que estos pudieran ser admirados.



Jardín de San Diego. Fondo: Vicente Espinosa. AHEA. / Fondo: Lugares y Calles.
AHEA.

La gente del pueblo, goza viendo los edificios, envuelto en un espacio agradable, permaneciendo en el sitio, siempre y cuando le dispongan una banca y una sombra, conjuntamente con la arquitectura, con-viven con el entorno; porque para poder disfrutar plenamente la arquitectura de un lugar, se requiere, que existan una serie de condicionantes, que hagan de la experiencia un conjunto de sensaciones agradables...Nótese en la foto del templo de San Diego, como los pobres usuarios, están todos amontonados, la mayoría de pié y al rayo del sol...porque no hay sombras, ni bancas suficientes, que los tengan contemplados.

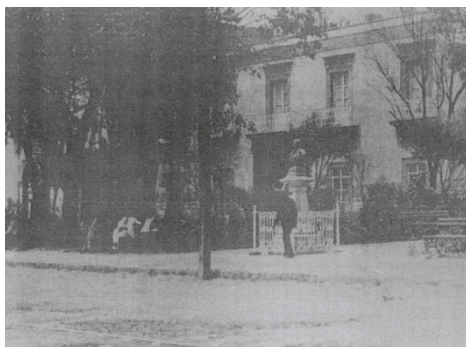


Jardín de San Diego y de la Tercera Orden. Frente al primer Parián. TOPETE, del Valle

Alejandro. Guía para visitar la Ciudad y el Estado de Aguascalientes. Compañía vinícola de Aguascalientes. México, 1966. Pág. 69.

Las ciudades coloniales, tenían sus ventajas y sus desventajas, lo mismo sucede con las ciudades a mediados del siglo XIX o XX, cuando empiezan a variar los trasportes.

Las calles y los accesos no estaban acondicionadas o preparadas para que circularan estos vehículos por las calles, lo que hubo que hacer fueron improvisaciones y adaptaciones al ámbito. Las calles originalmente eran de tierra, que las vecinas regaban constantemente, para que no se levantara el polvo. Pero con el continuo fluir de bestias: caballos, burros, mulas, vacas que incluso pastaban en los alrededores, la ciudad era un muladar, fétido, con malos olores y con el estiércol tirado por las vías, el polvo y la basura, que dejaban las verduleras en el mercado de la plaza, regado por ahí la materia orgánica, de los restos sólo se dejaba tirada, la descomposición de la hierba hedía ante el calor y la ciudad era difícil de transitar a pié, y más si llovía, puesto que se hacían los lodazales, que llevaban de todo.



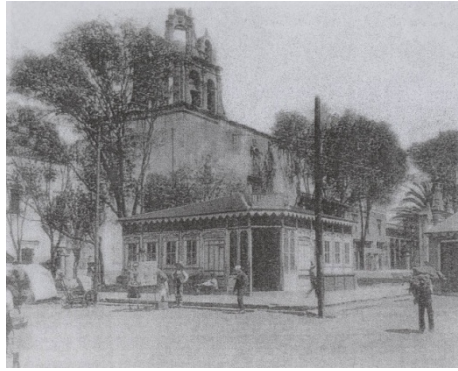
Jardín de San Diego. Fuente: Fototeca,



Atrio de la Tercera Orden y el Jardín de San Diego. a) Fuente: Fototeca, Fondo CIRA, AHEA.



Arco con reja del atrio de la Tercera Orden, Fuente: Fototeca, Fondo CIRA, AHEA.



Jardín de San Diego con estanquillo, “El León de oro”. Fuente: Fototeca, CIRA, AHEA.



Jardín de San José, a finales del siglo XIX. GÓMEZ, Serrano Jesús 1988, p.116.



Jardín de San José, a principios del siglo XX. Fototeca, Fondo: Mario Trillo Quezada. AHEA



Jardín de San José, en el cambio de siglo XIX-XX. GÓMEZ, Serrano Jesús 1988, p.116.

Las calles por donde antes sólo circulaban bestias y peatones, ahora se les cede el espacio a los vehículos, y se comienzan a construir banquetas para los peatones.



Kiosco de las Flores, en el Jardín de San Diego. Fuente: Fototeca Fondo J. Jesús Martínez Galindo. AHEA.

En cuanto aparecieron los primeros automóviles, se comienza a empedrar o asfaltar algunas vías; al mismo tiempo se comienzan a hacer obras de drenaje y alcantarillado; fue un proceso lento, que se iba realizando del centro, a las periferias.

Estas mismas obras realizan las pendientes necesarias en las calles, que transportaran el agua de lluvia casi de forma natural, las obras de drenaje y alcantarillado, se inician hasta el siglo XX; es un proceso lento, que se va realizando del centro a las periferias. El sistema de agua potable dilata un poco más en transformarse, se siguen surtiendo las aguas desde Ojo caliente, por las acequias hasta las fuentes ya entrado el primer cuarto del siglo XX.

El sistema de basura poco a poco se va organizando, es transportado por carretones y el agua para consumo en la ciudad, poco a poco se va dosificando, pues algunas veces escarcea; antes desde Ojo caliente, llegaba el agua a través de las acequias, que se encontraban a cielo abierto, todavía a principio del siglo se ve en la plaza principal un sistema de riego para los árboles a través de canales. Se empleaba el agua, que venía desde el ojo del agua, con una pendiente casi natural, y surtía agua en...las fuentes del obrador y en la de los jardines y la plaza, que describen Díaz de León y Gómez Portugal, en Los Apuntes para la Higiene de Aguascalientes.

Las fuentes servían para abastecer el agua requerida en el hogar, pero también servían de bebederos, y algunas veces, la gente lavaba o permitía que los animales bebieran de la misma agua de la fuente. Las acequias al estar abiertas, permitían el ingreso del polvo o incluso del estiércol. La mayoría de las fuentes se localizaban en las plazas y otras en las calles.



Fuente de San Marcos, siglo XIX. Fuente: Fototeca, Fondo Lugares y calles. AHEA.

La Plaza y los jardines requerían ser regados con regularidad, así como también lo requerían las huertas, pero en tanto empezó a escasear el agua, las huertas empezaron a desaparecer y a morir un entorno de ensueño, de flores, frutos y perfumes...



Fuente en la Plaza Principal. Fuente: Fototeca, Fondo Lugares y Calles. AHEA.

La plaza principal, a principios del siglo XX, todavía contaba con un doble andador perimetral, por donde se circulaba la gente, de acuerdo a su clase social; la ciudad era pequeña, y si bien en un principio no se notaba tanto una segregación por el sitio donde se hallaba la vivienda (que sí la había), era en la Plaza, donde se hacían las segregaciones más marcadas. Los de bajo postín”, circulaban por la periferia exterior, mientras que los de un buen nivel social (dígase ricos) circulaban lo más cercano al jardín y al kiosco; y en un libro que casi está escrito a mano, se hace la denuncia, de que a aquellos de la clase pobre que osaban o se atrevieran a pasarse al otro lado, hasta empujones, codazos y pellizcos, les eran dados para hacerlo (s) volver a su redil; ¡Sí que había diferencia de clases! Se marcaba aún más estas diferencias de clases sociales, hasta para ir a las fiestas y a los toros... ¿sol... o sombra?



El doble andador en la Plaza Principal, nos hace ver que en este período es cuando más se hacen distinciones entre las clases sociales. Fuente: Fototeca, Fondo Jaime Torres Bodet. AHEA.



En el siglo XX, la fisonomía de la Plaza comienza a cambiar. Las sencillas casonas coloniales son substituidas por ideales eclécticos, con preferencia en la arquitectura francesa. Refugio Reyes Interviene en algunas de ellas. Fuente: Fototeca, Fondo Jaime Torres Bodet.



En el período de 1914-1916, se hace la apertura de la avenida que conduce a la estación del ferrocarril, una calle amplia, del estilo Haussmaniano, que traerá el progreso y la modernidad a Aguascalientes, La Soberana convención de la Revolución. Fuente: Fototeca, Fondo Lugares y Calles. AHEA.

Las transformaciones que se dan primordialmente durante el siglo XX, tanto en la plaza como en los jardines, en sus calles colindantes y la tipología de las fachadas de sus edificios, son más bien la negación de lo local o regional, (¿porqué se negaba y subestimaba aquello que era lo propio?, ¿sería acaso lo regional, lo estrictamente auténtico?) queriendo aparentar siempre un mundo ideal, un mundo mágico distante, que cada día se vuelve más real, común y cercano, con la globalización

A esta discusión Pani, comentaría:

Ahora esta ciudad que ha querido limpiar sus calles interiores de lo que era feo, pero que se ha gangrenado al embellecerse a fortiori, por los ciudadanos de una aristocracia enamorada de la estética y de un ideal... que precisamente no es el nuestro. (PANI, 1916: 120)



Primeros tranvías jalados por burros. Fondo Jaime Torres Bodet. AHEA.



Primeros automóviles circulando en la ciudad. Fuente: Fototeca, Fondo Alejandro Araiza. AHEA.



Primeros tranvías eléctricos frente a la Plaza. Fondo Lugares y Calles. AHEA.

Los kioscos, eran un modelo de una vida que sobre todo anhelaba la aristocracia. Deseaba imitar como prototipo el imaginario urbano europeo, que deseaba poseer, como símbolo de un estatus de cultura y distinción, que lo exteriorizaban y llevaba a cabo hasta la realidad misma, en la Plaza.

Estos lugares semi-cubiertos que sirven para atraer al público y mantenerlo distraído, era para muchos, el gran entretenimiento; generalmente los Kioscos se empezaron a utilizar en Europa, a partir del siglo XIX. Francia e Inglaterra son de nuevo los países promotores de la cultura el arte y las innovaciones tecnológicas, científicas y la moda. Los franceses incluso los usaban como mobiliario de ventas en la calle o como medio de publicidad.

El espacio del kiosco y sus alrededores, era el sitio para socializar, platicar, escuchar música, incluso a veces bailaban, se hacía ejercicio al caminar alrededor de éste, por una serie de circuitos y se creaban lazos de asociaciones y relaciones familiares. Redes que mantenían las

altas clases sociales resguardadas, para fortalecer exclusivamente los nexos entre los de su clase. Espacio donde los jóvenes se veían, aunque fuese de “lejecitos”.

El kiosco era utilizado también, para que la banda o la orquesta tocaran los domingos. Aunque aquí en Aguascalientes, se acostumbraba llevar el espectáculo dos veces a la semana, jueves y domingo. Este era el tiempo y el espacio, donde la sociedad podía interactuar. Escuchar música, ya que hasta entonces a principios de siglo, apenas y se sabía algo sobre el xilófono; la radio todavía no era escuchada por estas latitudes y la gente no tenía otra opción, más que ir a la plaza, a escuchar música.

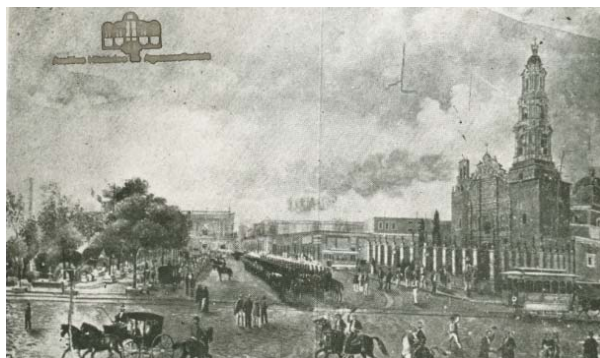


Kiosco de la Plaza Principal. Fuente: Fototeca, Fondo Lugares y Calles. AHEA.

Otro prototipo que se buscaba con ahínco en nuestro país, en esa época, era el perfeccionar la jardinería y la ornamentación dentro de los jardines y las Plazas, a la usanza europea; por ello, se implementaron fuentes, jarrones, andadores, “bancas industrializadas”, que prometían ser más duraderas y resistentes tanto al uso como al tiempo; se trajeron flores, árboles y lámparas para iluminar el espacio Público que darían más tiempo para la convivencia y más seguridad al caminar por la noche, para evitar malandrines y para evitar accidentes.



Kiosco de San Marcos. Fuente: Fototeca, Fondo Lugares y Calles. AHEA.



Vista de la Plaza Principal en su cuarta transformación a finales del siglo XIX. Fuente: Fototeca, Fondo Aguascalientes. AHEA.

Espacios ajardinados geométricos y generalmente simétricos a la usanza renacentista ordenada con formas clásicas, en boga en ese momento en Francia. Los jardines son auténticos paseos ornamentados en sus remates al principio, en las esquinas, al centro o al final con estatuas, jarrones, fuentes, grutas, juegos de agua, kioscos, balaustradas o pajareras. (FARIELLO, 2004: 261)



Espacio de la Plaza Principal o Plaza de Armas.

Plaza Principal, La imagen muestra la Plaza Mayor de Aguascalientes en el siglo XIX-XX. Fuente: Revista PARTEAGUAS, Instituto Cultural de Aguascalientes. Verano 2009, año 5. Núm. 17. “Presagios de Modernidad, la mirada de William Henry Jackson sobre Aguascalientes”. Pág. 101.

Conclusión

1.- El espacio es transformado en múltiples ocasiones debido a la concepción del mejoramiento de las condiciones y a la adaptación de sus cualidades y componentes, para que éste ofrezca las mayores garantías y que asegure la obtención de la higiene en beneficio de los usos y actividades que requieren desarrollar los ciudadanos en la urbe. Es decir, se afirma que una de las causas de las transformaciones que ocurren en los espacios públicos abiertos de la ciudad, sean consecuencia de factores higiénicos. Visto que, por razones de la Higiene, el Espacio Público abierto, continuamente es renovado, transformado o modificado; desde la época de la colonia, hasta las transformaciones que se dan primordialmente durante el siglo XX.

2.- En el período revolucionario, lo que recurre en materia arquitectónica, es el eclecticismo, como símbolo de ostentación, deseo, poder y riqueza cultural, mientras que también hay una tímida tendencia novedosa y sencilla, que regresa a los orígenes verdaderos, (sobre todo en Aguascalientes que más bien es casi nula-exceptuando a Saturnino Herrán), que declina por lo nacional, y que en dicho movimiento, se encuentra en ese período, en un momento de poca definición y poco entendimiento para los usuarios, a los cuales les cuesta trabajo quitarse tantas manías del subconsciente anacrónicos y progresista. El gusto por lo nacional, es desmeritado por el gusto versallesco francés, siempre en boga por la aristocracia del momento Porfirista. Tan es así, que el mismo presidente, envía a poner una doble escalera a la pirámide de Teotihuacán, de tradición francesa.) En Aguascalientes, tanto en la plaza como en los jardines, en sus calles colindantes y en la tipología de sus fachadas y construcciones circundantes, se expresa más bien la negación de lo local o regional, queriendo aparentar ciertas posturas culturales, siempre extranjeras, o queriendo conservar las del pasado, para aparentar tener cierto estatus o nivel cultural de abolengo, de “alcurnia importada”-de símbolos de connotaciones de importancia y riqueza.

3.- Evidentemente se requería y se requiere todavía hasta la fecha de educación y compromiso para poder hacer, que la ciudadanía se desarrollara; máxime que, en aquél momento la mayoría de los obreros eran campesinos que acababan de llegar del campo, tal vez ni siquiera hablaban la lengua española, eran....mal pagados, no tenían donde vivir, ni qué comer, ni dónde bañarse

siquiera...eran otras sus costumbres, y necesidades, pues venían de la naturaleza..., algunos de los revolucionarios en plenas batallas, montados a caballo, relataba que sus condiciones de vida, al ir pasando entre haciendas y poblados, era dormir en petates, que no se bañaban y que traían muchos piojos. Que no tenían más que la camisa y el pantalón, que llevaban puesta -si acaso tenían-, pues algunas veces sólo contaban con calzón, y no había manera de lavarlo...

4.- En la higiene y limpieza, NO basta con resolver el problema local, o el de mi colonia, NI EXCLUSIVAMENTE EL DE MI CIUDAD, ya es tiempo de poder ponerse de acuerdo y actuar, por la sociedad, por la ciudad, por los trabajos y las naciones, por la humanidad, por el continente y el mundo; para que sea una organización con mucho más planeación integral y conjunta, que será el camino más difícil de lograr: el acuerdo, la comunicación, la concertación, conservación, organización, el debate, y las propuestas; pero que será lo que seguramente se tendrá que hacer por el planeta y la comunidad mundial: lo inteligente, lo más útil, difícil y costosa por realizar, práctica y económica si se mira como emplear los recursos renovables y con una consecuente y exitosa productividad, porque a la postre, ganamos todos, y podemos seguir delante de esta manera consciente y responsable en el futuro. ***“El des-hacerse de la basura y las inmundicias lo más pronto posible,”*** - tan sólo fuera de la ciudad,- no quiere decir, solucionar el problema. Sino tan sólo postergar el momento donde no haya higiene posible que nos salve. Estos preceptos dictados por los estudiosos higienistas, de la salud, la ciudad y el hombre, son consecuentemente los que generarían los principios ecológicos.

5.-Cada uno, debe hacer su propia parte, aportar y contribuir. Educar y concienciar, es una tarea ardua. Estar dispuesto a colaborar sin lucro, o bien lucrar como medio para o a favor del trabajo ecológico, para realizar el aseo y la vigilancia anti-contaminación y limpieza, a favor de un bienestar común: “hacer bien las cosas”.

6.- En cuanto a la reglamentación, creo que todavía estamos en “pañales”, que nos hace falta un largo camino y mucho por hacer y por ahondar en los problemas y superar las faltas del pasado, con soluciones ingeniosas. Pero hay que empezar ya... y una vez en el camino, ser mucho más drásticos y enérgicos; estrictos e indoblegables ante quienes quieran corromper las normas y disposiciones, se necesita de gente fuerte, honesta, capaz y que se disponga al servicio comunitario, que ayude con su sabiduría, propuestas y trabajo.

7.- En cuanto a PANI, me parece interesante lo que observa; “lo que le hace falta a la gente pobre”... dice él: lo que les hace falta, es tener algo suyo, para que “lo cuiden, lo defiendan, lo valoren y lo vivan con emoción, cariño y respeto. Porque para que se lleguen a apropiarse o sentir algo suyo o “hacer de algo propio”, (eso es identidad), y puedan responsabilizarse de él, deben identificarse con eso, y para ello falta mucha educación todavía; al final, como que su última frase fue una sentencia, me deja pasmada, me hace reflexionar y dudar si realmente quería comprender a esa gente o estaba preocupado desde su mundo ideal, o confundido del “concepto de bienestar” desde su remota distancia de su cómoda posición y condición social, porque no era lo mismo leer el manifiesto comunista y tratar de aplicarlo mediante ideas calmadas y obras de arte dispuestas en la ciudad por doquier, las cuales sólo iban a ser entendidas –descifradas- por unos cuantos ilustrados en la ciudad, y el resto tal vez pasaría indiferente ante la posibilidad de entender algún tipo de concepto. Pensar en hacer cambios y revoluciones ideológicas y culturales, tal vez son parte de las concepciones higienistas, y entender, lo que vive y siente el pueblo, es cosa diferente. Lo que sí determina, acertadamente, a mi parecer es... la doble definición del vocablo identidad, que existen dos conceptos encerrados en uno mismo, dos conceptos en conexión y unidad: identidad, como manera de apropiación y el ser

8.-Muchas cosas se han venido haciendo hasta ahora, preocupados por unos cuantos individuos; que antes tenían la posibilidad de ver la inmundicia en la puerta de sus casas, en sus narices. Pani establece a través de su estudio que la ciudad de México es la más insalubre entre las que utilizó para comparar, aunque él dispone que es contundentemente la más sucia del mundo”. Ahora lanzamos toda la suciedad lejos, al mar, a los lagos, al campo, al aire, al espacio.... Donde no se veía... pero es cuestión de ya menos tiempo, porque todas estas situaciones y valores tecnológicos y fastuosos, a la vez son altamente contaminantes, Hace apenas cien años la vida se renovaba y regocijaba por tanta innovación y descubrimiento, y con ello la vida cambió... ahora este progreso y desarrollo y por qué no decirlo: nosotros mismos, somos los responsables de la destrucción, la contaminación y el deterioro accionado al planeta y a nuestra realidad. Nuestros patrones de calidad de vida, lujo, glamour y confort, no van a la par con las ideas de higiene y salud ¿En dónde están esos vigilantes, las autoridades pertinentes encargadas de la “Salud Pública”, dígame en la terminología antigua, esos Higienistas que se preocupan y dirigen el rumbo de la prosperidad y el consecuente desarrollo de las civilizaciones? ¿Cuánto tiempo más

nos esperará el medio ambiente para repararlo? ¿Se podrá poner de acuerdo la humanidad en un consenso, aunque sacrifique sus utilidades y su desarrollo económico? Pues, tarde que temprano la naturaleza, ajustará las cuentas pendientes, y tenemos que decidarnos, organizarnos y para tomar las re-soluciones correctas, con posturas cuerdas, eficaces, oportunas, inteligentes y pertinentes.

9.-Por otro lado, habría que organizar todas las ideas para observar de cerca, los logros obtenidos en relación a la higiene en los tres períodos de la historia; ya que en cada período; habría que observar también y analizar para comprender y valorar el aspecto de la actitud del hombre ante su postura en el mundo, evaluar su calidad de vida, sus actividades, su alimentación y su salud en general, y la vida que ha llevado a través del tiempo. Para ello habrá que realizar observaciones e investigaciones más profundas y de análisis comparativos entre las estadísticas de mortalidad, población, etc., solo para caer en la cuenta de que la mortandad actual se debe, tal vez precisamente, a las comodidades, a las nuevas actividades dispuestas por el abuso del desarrollo y la tecnología. La falta de ejercicio, estrés, mala alimentación, adicciones, accidentes y medios contaminantes. Los espacios públicos abiertos se van modificando a la par que el hombre cambia; la ciudad y el hombre van simultáneamente transformándose para dar respuesta a sus necesidades y deseos de higiene – belleza – orden –y salud. Estos conceptos deben adaptarse en el espacio a los dictados y comandos de una sociedad o de una imbricada red de poderes.

Bibliografía

1. **BENÉVOLO**, Leonardo. *Historia de la Arquitectura Moderna*. Editorial. Gustavo Gili. España, 4. Edición, 1980.
2. **CORREA**, Eduardo J. *Un viaje a Termápolis*. Instituto Cultural de Aguascalientes.- Gobierno del Estado de Aguascalientes. México, Segunda edición 1992.
3. **CHANFÓN**, O/ **VARGAS**, S., *Historia de la Arquitectura y el Urbanismo Mexicanos*, Facultad de la Universidad de Arquitectura, UNAM, México, 2009.

4. **DÁVALOS**, Marcela, *De basuras, inmundicias y movimiento. O de cómo se limpia la ciudad a finales del siglo XVIII*, Cien Fuegos México, 1989) (SALAS y Salas, 2010: 24).
5. **DELGADO**, Aguilar Francisco Javier. Art. "*Ciudad, Salud Pública y Orden Social en Aguascalientes a fines del siglo XIX*", tomado de Jesús Díaz de León y sus Apuntes para el estudio de la Higiene. Boletín 2 del Archivo Histórico del Estado de la ciudad de Aguascalientes. Gobierno del Estado de Aguascalientes, Aguascalientes, 2006
6. **DÍAZ** de León Jesús. *Apuntes para el estudio de la Higiene de Aguascalientes*. Capítulos referentes a Baños y Agua. Secretaría de Gobierno. Aguascalientes, 1888.
7. **ESQUER**, Ricardo. *La Cultura Arquitectónica de Aguascalientes*. Capítulo: Vigencia del Jardín de San Marcos. Centro de Investigaciones Regionales de Aguascalientes. México, 1987.
8. **FARIELLO**, Francesco. *La arquitectura de los jardines*. De la antigüedad al siglo XX. Editorial Reverté, Barcelona, 2004.
9. **GARCÍA**, Rubalcava, José Luis. *Regeneración de los jardines de San Diego y del Estudiante*. Documento inédito, Aguascalientes, México. 2000.
10. **GONZÁLEZ**, López José Luis. Un recorrido en el tiempo de Aguascalientes. Ayuntamiento de Aguascalientes. En acción por ti. Aguascalientes, México
11. **GÓMEZ** Serrano, Jesús. *Aguascalientes en la Historia. 1786-1920. Un Pueblo en busca de Identidad*. Tomo I/ Volumen I. Editado por: Gobierno del Estado de Aguascalientes y el Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, Primera edición 1988.
12. **GUTIÉRREZ DE VELASCO**, Romo Emma G, *Las Transformaciones de los espacios públicos abiertos, del centro de la ciudad de Aguascalientes*, México, 2009.
13. **LACASSAGNE**, Alexandre, *Compendio de higiene privada y social*, Lyon, Francia, 1876.

14. **MARTÍNEZ** Delgado, Gerardo, *Cambio y Proyecto Urbano, Aguascalientes, 1880-1914*, UAA/P.U. Javeriana, Aguascalientes, México, 2009.
15. **OCAÑA**, Rodríguez E, y **MENENDEZ**, Navarro, A., *Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista.*, en *Historia de la Salud laboral en España*, 2005.
16. **PANI**, Alberto, J., *La Higiene en México*, Imprenta de J Ballezá, Gobierno Constitucional, México, 1916.
17. **PANI**, Arturo. *Tres Relatos de Sabor Antiguo*. Instituto Cultural de Aguascalientes. Editorial Tradición. México, 1991.
18. **PÉREZ** Romo, Alfonso. *Testimonio de unos días*. Instituto Cultural de Aguascalientes y Universidad Autónoma de Aguascalientes. México, 1999.
19. **PÉREZ**, Siller, Javier (coord.) Reseña de "*México-Francia, Memoria de una Sensibilidad común, Siglos XIX- XX*" en Relaciones, Invierno, Vol., 21, número 81, Cházaro, Laura, 2000, El Colegio de Michoacán, Zamora México, pp238-244.
20. **PIÓ**, Martínez, Juan, *Higiene y Hegemonía en el Siglo XIX, Ideas sobre alimentación en Europa, México y Guadalajara*, espiral, enero-abril, Vol. 8, número 23, Universidad de Guadalajara, México (pp.157-177)
21. **ROJAS**, B. y Gómez S. J., et Alt. *Breve Historia de Aguascalientes*. Fideicomiso Historia de las Américas, México, D. F., 1994.
22. **TOCQUEVILLE**, C. A. *L' Ancien Régime et la Révolution*. 1856. Turin, 1947.
23. **TOPETE**, Del Valle Alejandro. *Aguascalientes, guía para visitar la ciudad y el Estado*. Compañía vinícola de Aguascalientes, México. 1966.
24. **TOPETE**, Del Valle Alejandro. *Feria de San Marcos. Estampas y Recuerdos*. Gobierno del Estado de Aguascalientes. México, 1982.
25. PERIÓDICOS Y REVISTAS.

26. Artículo del periódico “**El Sol del Centro**”, con fecha del 28 de noviembre de 1945.
27. **CAMPOS**, Zabala, M. Victoria, “*Higiene y, Belleza en la antigua Roma*”, en Revista Historia y vida, Grupo Godo, no 418/AÑO XXXIV, Barcelona, (76-81)
28. **DELGADO**, AGUILAR Francisco, “*La desaparición de los arroyos en la ciudad de Aguascalientes,*” en **Revista Parte aguas**. Instituto Cultural Aguascalientes. Otoño 2009, Año 5 Número 18. “*La desaparición de los arroyos en la ciudad de Aguascalientes.*” DELGADO, AGUILAR Francisco.
29. **SALAS**, Cuesta, Marcela, y Salas Cuesta María Elena, “*Salubridad urbana en la sociedad virreinal*”, en Revista: arqueología Mexicana 100, Arqueología e identidad nacional, Vol. XVII, Núm.100, Ene 08/10, México, pp.20-25.
30. **Revista Mascarón**, (Varios Números):89.-Revista Mascarón número 86: “El Salón de Exposiciones de Aguascalientes, 1892.” Publicación de los escritos del Dr. Jesús Díaz de León, realizados en 1892. Editado por el Gobierno del Estado de Aguascalientes, México. 2001, AHEA.

Efecto de la enseñanza de enfermería en la disminución del uso de drogas en adolescentes

L.E.O. Marcela Ortega Jiménez

M.C.M. María de Lourdes García Campos

Profesoras de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Campus Celaya-Salvatierra

Universidad de Guanajuato

Introducción

La farmacodependencia es un problema que se ha incrementado en la actualidad; esta situación se ve tanto en México como en otras partes del mundo; un factor identificado que influye para el uso de drogas en los adolescentes, es el desconocimiento de los efectos adversos, es de interés identificar como es el efecto de la enseñanza de enfermería en el uso de drogas, con la finalidad de disminuir el fenómeno de la farmacodependencia.

Justificación

El uso de drogas es un fenómeno que se observa a nivel nacional e internacional. Un estudio del gobierno del Reino Unido en 2000, demostró que el 44% de los jóvenes entre 16 y 29 años habían utilizado cannabis alguna vez en su vida, 22% lo habían hecho en el último año y 14% en el último mes, estos niveles son de los más altos en Europa y parecidos a los de Australia, Canadá y los Estados Unidos. (4)

En el Informe Anual del Centro Europeo de Monitorización de Drogas y Adicciones (EMCDDA) se observa el uso de cannabis entre los jóvenes, varía bastante entre los países de la Unión Europea, menciona las estadísticas para el Reino Unido las cuales son de 35% igual que Francia y la República Checa en comparación con 32% en Irlanda, 30% en España, 28% en Holanda, 24% en Dinamarca, 10% en Finlandia, 9% en Grecia, 8% en Suecia y 8% en Portugal. (4)

Según la OMS, en Argentina 2,5 millones de personas beben alcohol, la edad de inicio es de entre 11 y 12 años, el 83% de los bebedores son Hombres, el 15% Mujeres, en cuanto al consumo de drogas, el alcohol se encuentra en primer lugar con un 37% de consumidores con respecto a usuarios de otras drogas. (6)

En Argentina, el 32,8% de la población, actualmente fuma, el 93% no son rechazados por la edad, el número de fumadores va en ascenso en países en desarrollo de América latina y África. (6)

Cada año mueren 40.000 por la adicción al tabaco, se estima que en el 2030 fallecerán 10 millones de personas a causa del tabaco, en América Latina mueren más personas por enfermedades relacionadas con el tabaco que por otras enfermedades. (6)

En la actualidad se ha observado un aumento en el uso de drogas en la sociedad mundial, México se ubica entre los países de más baja tasa de consumo, se ubica por debajo de Estados Unidos, Argentina, Chile, Colombia y Brasil, pero a su vez reporta incremento en el uso de drogas con respecto a años anteriores. (7)

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008, mencionando que en los últimos seis años aumento en un 50% el número de personas que consumen drogas ilegales en México. (7)

El coordinador regional de la zona centro occidente de los Centros de Integración Juvenil en México (CIJ), menciona que el promedio de edad de los consumidores oscila entre los 12 y 14 años, indistintamente en cuanto al género, 4.5 millones de personas en México han probado alguna vez una droga y 465 mil personas son adictas. (7)

En el año 2002 al 2008, aumento 30% la cifra de quienes han consumido droga alguna vez, en los últimos seis años, los adictos a drogas ilegales aumentó 51% y los mexicanos que han probado en alguna ocasión droga pasó de 3.5 millones, que se reportaban en 2002, a 4.5 millones actualmente. (8)

El Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan en EUA, realizó un estudio bajo los auspicios del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) en el 2007, en el cual se observó una disminución en el uso de drogas del año 2007-2008, del 20.9%, al 19.0% de cualquier droga ilícita y de 14.8% a 13.2%, en el uso de cualquier tipo de drogas. (10)

El Consejo Tutelar de Menores (CTM) reportó durante el año 2007 de las 32 entidades federativas, con información sobre 7,230 detenidos el 52.3% (3,779) mencionó consumir drogas

habitualmente, y 1,179 (16.3%) cometieron la infracción bajo el efecto de alguna sustancia, el 93% de los detenidos eran hombres. (11)

El Servicio Médico Forense (SEMEFO), en el 2008, reportó que en el estado de Guanajuato las defunciones bajo algún influjo de droga conforma el 20.7% del total de muertes en el país y en el estado de Guanajuato prevaleció el sexo masculino, se identifica las defunciones bajo en la edad de 15 a 19 años. (11)

En el 2004 Hernández A. y García-Campos ML, desarrollaron un estudio en Oaxaca, basado en la Teoría de sistemas de Dorothea E. Orem dirigido a 40 personas consumidoras de alcohol entre 20 y 60 años, se impartió un programa de apoyo educativo de enfermería, se observó un aumento en las capacidades de autocuidado de los consumidores de 50.02 a 59.30 (13)

En el 2004 Rosales Cedillo F. y García –Campos ML, demostraron que la intervención de enfermería con promoción de la salud fomenta el estilo de vida saludable en adolescentes. (14)

En el 2007 Jiménez V y Hurtado- Vázquez I. realizó un estudio en la ciudad de Michoacán, basado en la Teoría de Sistemas de Dorothea E. Orem, se identificó un aumento en el nivel de conocimientos además de habilidades y motivación, en los cuidados que otorga al hijo posterior al programa educativo. (15)

El disminuir o eliminar el uso de drogas, mejora la calidad de vida de esta población y para ello se requiere de recursos humanos suficientemente preparados, mediante capacitación a través de la enseñanza a otro (enfermera-adolescente) de conocimientos científicos actualizados, en este caso por profesionales de la salud quienes conformaran una agencia de enfermería en la promoción del desarrollo profesional en el campo de las adicciones.

En el 2008, Salas SC, Padilla-Aguirre AM, implementó un programa de salud con referencia Teórica del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, en estudiantes de la Universidad Autónoma de Yucatán, en el que se identificó que el programa de salud es efectivo en reducir el consumo de alcohol. (17)

Hernández. Ma. J. y Casique –Casique L, realizaron un estudio en la ciudad de Querétaro, se observó que la intervención educativa favorece la capacidad de autocuidado del joven adicto. (18)

En esta ocasión se dará un enfoque bajo la perspectiva de la teoría propuesta por Dorothea E. Orem y de la misma manera fortalecer el cuerpo académico “Enfermería en el fenómeno de las drogas” de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, campus Celaya-Salvatierra.

Planteamiento del problema

En el estado de Guanajuato como en todo México, el uso de drogas aumenta afectando a la población adolescente, obligando a la población y a los sistemas de salud, a buscar alternativas para disminuir este fenómeno que trae problemas orgánicos, psicológicos y sociales, que pueden llevar al adicto a la muerte, el problema preocupa al Sector Salud por las consecuencias destructivas y hasta fatales del uso de drogas.

Por lo anteriormente mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es el efecto de la enseñanza de enfermería en el uso de drogas de los adolescentes de la Colonia Cerrito Colorado de Cortázar, Gto?

Marco teórico

Este apartado consta de tres puntos principales son: A). La Teoría General del Déficit de Auto Cuidado, específicamente en la sub Teoría Sistemas de Enfermería: Enseñanza como método de ayuda. B). Adolescente que usa drogas, C). La enseñanza de enfermería y el consumo de drogas en el adolescente, y enseñanza de enfermería en la disminución del uso de droga.

Hipótesis

La enseñanza de enfermería propiciara, la disminución del uso de drogas en los adolescentes de educación secundaria.

Objetivos

General:

Determinar el efecto de la enseñanza de enfermería en la disminución el uso de drogas en adolescentes de educación secundaria (de Cortazar, Gto).

Específicos

Identificar el uso de drogas en estudiantes de educación secundaria.

Diseñar la intervención educativa mediante un programa de enseñanza sobre el uso de drogas y efectos dañinos en el organismo, en adolescentes de educación secundaria.

Implementar el programa de enseñanza de enfermería, sobre el uso de drogas y efectos dañinos en el organismo, en adolescentes de educación secundaria.

Evaluar el uso de drogas posterior a la intervención de enfermería en adolescentes de educación secundaria.

Metodología

Tipo de estudio: Cuantitativo y Correlacional

Diseño metodológico: Cuasi experimental y Longitudinal

Limites del estudio

Lugar: Colonia Cerrito Colorado de Cortázar, Gto.

Tiempo: Junio 2008- junio 2009.

Universo: La población del estudio está constituida por aquella que se encuentre bajo el contexto de adolescente de educación secundaria de 10 a 19 años de edad.

Muestra

La muestra está constituida por los adolescentes de educación secundaria, de la Colonia Cerrito Colorado de Cortázar, Gto.

Tamaño de la muestra

Por disponibilidad

Criterios

Criterios de inclusión

- Alumnos de educación secundaria inscritos en el periodo junio 2008- julio 2009, que consuman drogas o lo hayan hecho.
- Que acepten participar en el estudio voluntariamente
- Consentimiento informado debidamente firmado por ellos mismos.

Criterios de exclusión

- Adolescentes de educación secundaria no inscritos en el periodo junio 2008 -julio 2009, que no consuman o hayan consumido drogas.
- Que no acepten participar en el estudio.
- No hayan firmado debidamente por ellos mismos el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Estudiantes que no acudan al programa de salud.
- No hayan contestado la prueba posterior a la intervención.

Variables

- Variable de estudio: Uso de drogas
- Variables descriptivas: Edad, Genero, Escolaridad, Estado civil, Lugar de residencia

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos, el primero (QI), tuvo como finalidad, realizar una prueba diagnóstica para identificar a los adolescentes que usen algún tipo de droga, ya validado en el 2002 y modificado en el 2009 por las mismas autoras M.C.E Ma. Lourdes García Campos y Lic. Marcela Ortega Jiménez. División de ciencias de la Salud e ingenierías, Campus Celaya- Salvatierra, Universidad de Guanajuato.

El segundo instrumento (Q2), que se utilizó, fue basado en el Cuestionario para Adolescentes, con el objetivo de identificar el uso de drogas en adolescentes. Es un instrumento eficaz y autoaplicable. La consistencia interna del instrumento fue .879 en base a Alpha de Cronbach.

Recursos Humanos

Marcela Ortega Jiménez. y M.C. María de Lourdes García Campos.

Materiales y financieros.

- El estudio es autofinanciado

Difusión

- Se difundirá el producto de esta investigación en los diferentes eventos:
- Se publicara en artículo en la Revista Desarrollo Científico en Enfermería.

Consideraciones éticas y legales

Ley General de Salud en materia de Investigación en seres humanos, expedida por la Secretaría de Salud y la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, dice:

La realización de investigación para la salud, debe de atender aspectos éticos, que garanticen la dignidad y el bienestar del investigado, se debe de proteger ante todo la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Los proyectos y métodos para un experimento, debe formularse previamente un protocolo claro, debe realizarse por personas científicamente calificadas y, realizarlas cuando el objetivo a alcanzar es mayor que el riesgo y los costos que se puedan generar. (27, 28)

Se le informara al sujeto verbalmente los objetivos de estudio y se le pedirá el consentimiento informado por escrito (art.13, art. 14, frac. V.) y Helsinki, (27, 28)

El estudio no implicará riesgos fisiológicas, psicológicas y sociales para el sujeto de estudio ni para el investigador (art. 17, frac. 1.). (27)

EL sujeto mantendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, si así lo desea (art.17 fracción VII,). (27)

Se garantizara la seguridad de que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (art.17 fracción VIII,). (27)

Se elaborara el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal (art.22 fracción V,) (27, 28)

Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. (Art. 36,). (27)

El estudio se complemento con estudios previos como bibliografía nacional e internacional en menores de edad además de obtener la autorización del responsable directo (art. 34, art. 35, capítulo III. y Helsinki,). (27, 28)

Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio se presentan en el siguiente orden:

- 1.-Primera etapa, se presentan resultados de la población total: Datos demográficos.; Resultados del cuestionario diagnostico, (Q1).
2. Segunda etapa: Datos demográficos de la población de estudio; Comparación de medias entre grupos (Experimental y Control), primera medición antes de la intervención; diferencia de medias entre grupos (Experimental y Control) en su segunda medición posterior a la intervención; Comparación intra grupos (primera y segunda medición).

Primera etapa

Se encuestó a 113 adolescentes de educación secundaria, de los cuales 92 que conforman el 81.4% consumía algún tipo de drogas, de estos aceptaron participar y asistir para realizarle la intervención de Enfermería mediante el curso “Drogas y efecto nocivo en el organismo” como GE, 35 sujetos.

Los resultados que se presentan refieren una media de edad de 14.0 \pm 1.4 años. Se identificó que 19 estudiantes (50%), son del sexo masculino y de la misma manera femenino, 57.1% cursan el 3er grado de secundaria, el 85.7% es soltero y el 100% de la población refirió residir en Cortazar, Gto. Se identificó como la Droga más utilizada en los adolescentes de educación secundaria de Cortazar, Gto., al alcohol (80%), tabaco (48.6%) e inhalantes (11.4%). El alcohol con una frecuencia de uso de alguna vez en la vida por el 80% del GE, en el último año el 22.9% y en el último mes 20%. el tipo de bebida con alcohol más frecuente es la cerveza y el alcohol (estos resultados son preliminares del estudio ya que se encuentra aún en proceso).

Cuadro No. 1

Datos demográficos de los adolescentes consumidores de drogas, en la Colonia Cerrito Colorado de Cortazar., Gto. 2009.

Variable	f	%
Sexo		
Masculino	19	50%
Femenino	16	50%
Escolaridad		
1°	7	20%
2°	8	22.9%
3°	20	57.1%
Estado civil		
Soltero	30	85.7%
Unión libre	5	14.3%
Lugar de residencia		

Cortazar., Gto.	35	100%
-----------------	----	------

Fuente: Cuestionario Q2

n=35

El cuadro 1.- se presenta que 19 estudiantes (50%), son del sexo masculino y de la misma manera femenino, 57.1% cursan el 3er grado de secundaria, el 85.7% es soltero y el 100% de la población refirió residir en Cortazar, Gto.

Cuadro No. 2

Drogas utilizadas por los adolescentes de educación secundaria de la Colonia Cerrito Colorado de, Cortazar., Gto. 2009.

Droga	Frecuencia de uso	f	%	Cantidad y ocasiones	F	%	Tipo de droga	f	%	Cantidad de la ultima vez	f	%
Tabaco	Alguna vez en la vida	17	48.6	No fuman diario	6	17.1	Malboro	10	28.6%	2 cigarro	12	34.3
Anfetaminas	Alguna vez en la vida	2	5.7	1-5	1	2.9	Para bajar de peso	2	2.2	1 pastilla	1	1.1
Tranquilizantes	Alguna vez en la vida	4	11.4	1-5	1	2.9	diazepam	4	4.4	2 pastillas	4	4.3
Mariguana	Alguna vez en la vida	1	2.9	1-5	1	2.9	Cigarro de mota	1	2.9	1 cigarros	1	2.9
Crack	Alguna vez en la vida	1	2.9									
Inhalantes	Alguna vez en la	4	11.4	1-5	3	8.6	Resistol	2	3.8%	1 frasco	2	5.7

	vida					y thinner						
--	------	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--

Cuadro No. 2

Drogas utilizadas por los adolescentes de educación secundaria de la Colonia Cerrito Colorado de, Cortazar., Gto. 2009.

Droga	Frecuencia de uso	f	%	Cantidad y ocasiones	F	%	Tipo de droga	f	%	Cantidad de la ultima vez	f	%
Sedantes	Alguna vez en la vida	2	5.7	1-5	1	7.5						
Cristal	Alguna vez en la vida	1	2.9	1-5	1	2.9	crico	1	2.9	poco	1	1.1
Nubain	Alguna vez en la vida	1	1.1	1-5	1	1.1						

Fuente: Cuestionario Q2

n=35

Cuadro No. 2

Drogas utilizadas por los adolescentes de educación secundaria de la Colonia Cerrito Colorado de, Cortazar., Gto. 2009

Droga	Frecuencia de uso	f	%	Frecuencia en el último año	F	%	Frecuencia en el último mes de tomar una copa completa de bebida alcohólica	f	%	Cantidad de la última vez	f	%
Alguna vez en la vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica.	Alguna vez en la vida	28	80	Una o más veces en el último mes	8	22.9	Una vez en el último mes	7	20	150 ml	12	31.6 %

Fuente: Cuestionario Q2 n=35

Discusión

En los sujetos de estudio que aceptaron participar, se asevera que probablemente, cuente con factores psicosociales protectores, que influyen en su comportamiento, debido a que la mayoría de la población usó algún tipo de droga, alguna vez en la vida, conservándose como experimental, él 100% de la población estudia y vive con sus padres.

Conclusiones y sugerencias

Con este estudio se concluye que la población adolescente que en esta ocasión se trabaja en su mayoría ha usado drogas legales e ilegales alguna vez en su vida, lo cual en su mayoría lo deja como una población experimental.

Para realizar el presente estudio se identificaron algunos inconvenientes, como lo es que este estudio esta dirigido a la población adolescente de educación secundaria que uso o usa algún tipo de droga, los padres de familia como los adolescentes al explicarles el tema de estudio, les causa impacto y muchos de ellos no quieren participar ya que les causa temor.

Para poder identificar los sujetos de estudio, fue una ardua labor ya que se recurrió a las visitas domiciliarias y a convocar a las personas de manera global, obteniendo solamente 92 sujetos de estudio, se tuvo que trabajar mucho para poder convencer a los sujetos para que asistieran a 6 sesiones de una hora cada una de ellas, del curso "Drogas y efectos dañinos en el organismo", esta población es inquieta y no recibirá ningún incentivo por participar eso disminuye el gusto por hacerlo.

Por todo lo anterior se sugiere que se consiga algún patrocinio para poder otorgar algún presente a los sujetos y sientan motivación por participar.

También se sugiere la participación para próximos estudios de este tema de un equipo de psicólogos para que puedan apoyar a este tipo de investigaciones.

Referencias bibliográficas

1. Escobar E. Espinoza E. Mono M. Tratado de pediatría. Vol. I “El niño sano”. Manual moderno. 2001. p. 296, 305, 310, 562-564.
2. Erickson y la teoría de la identidad del yo. 1999. (Acceso en 2008, septiembre 29). URL disponible en <http://www.geocities.com/ResearchTriangle/Thinktank/4492/noticias/erikson.htm#m1>
3. La drogadicción , su impacto en la sociedad y rol del trabajador social en la drogadicción.2007 (Acceso en 2008 septiembre 29). URL disponible en <http://www.monografias.com/trabajos13/ladrogcc/ladrogcc.shtml#iintro>
4. Mike Trace, Axel Klein y Marcus Roberts. Programa sobre políticas de drogas. Fundación Beckley.2004. (Acceso en 2009 marzo 5) URL disponible en <http://www.beckleyfoundation.org/pdf/unaidsbriefing1.pdf>
5. Javier Elzo.Dos equívocos muy graves 2006. Bitácora Almendrón, Revista de prensa.2009. (acceso en 2009 marzo 5)URL disponible en <http://www.almendron.com/tribuna/11949/dos-equivocos-muy-graves/>
6. Romina P. del Carmen. Drogas Legales: El alcohol y el tabaco. Estadísticas de tabaquismo y alcoholismo de encuesta del 2000 y organización panamericana de la salud. 2000.(acceso en 2009 marzo 5) URL disponible en <http://www.monografias.com/trabajos14/drogas-legales/drogas-legales.shtml>
7. En aumento, número de adictos en México. El informador. 2008. (Acceso en 2008 septiembre 29). URL disponible en <http://www.informador.com.mx/mexico/2008/41898/6/en-aumento-numero-de-adictos-en-mexico.htm>
8. Red social por un México libre de adicciones .Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.2008 (Acceso en 2008octubre12).URL disponible en http://www.mexicolibredeadicciones.org.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=7&Itemid=6
9. Encuesta nacional de adicciones 2008. La crónica. 2008. (Acceso en 2008 septiembre 29) URL disponible en http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=386715

10. Tendencias de estudiantes de la secundaria y otros jóvenes. National Institute on Drugs Abuse. Info facts. 2008. (Acceso en 2008 septiembre 29). URL disponible en <http://www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/Tendencias08.pdf>
11. Sistema de vigilancia epidemiológica en adicciones, SSG. 2008. (Acceso en 2008 septiembre 9) URL disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/>
12. Casares S. Salud pública y nutrición. Edición especial 1999. Universidad de Monterrey N.L (Acceso en 2008 septiembre 20).
13. Hernández P. A. y García-campos ML. (2008), “Influencia del apoyo educativo de enfermería en las capacidades de autocuidado de los consumidores de alcohol en población rural”, *Desarrollo Científico Vol.13, No, 6, pp. 179-182*.
14. Rosales F. y García -Campos ML La promoción de la salud fomenta estilos de vida saludables en adolescentes fumadores y no fumadores (Tesis de maestría), Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2004.
15. Jiménez V. y Hurtado I. Influencia del apoyo educativo de enfermería en conocimientos, habilidades y motivación de cuidados maternos en adolescentes primíparas. (Tesis de maestría), Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2007.
16. Yam L y García –Campos ML., (2008), “Influencias interpersonales y situacionales del uso de drogas en escolares de primaria de Mérida, Yucatán. “. *Desarrollo Científico*, Vol. 16, No, 2, marzo, 2008, pp.- 89.
17. Salas Ortégón SC, Padilla Aguirre AM., (2008)”Efecto de un programa de salud en el uso de alcohol en estudiantes universitarios” (Tesis de maestría), Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2008.
18. Hernández R. Juana, Casique Casique L. “Intervención educativa para favorecer la capacidad para realizar ejercicio y manejo de estrés del joven adicto”. (Tesis de maestría), Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2008.
19. Diagnostico, tendencias y acciones, El consumo de drogas en México. 2007. (Acceso en 2008 octubre 12). URL disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>

20. El consumo de drogas en México: Diagnostico, tendencias y acciones. La respuesta de México ante el consumo de drogas. 2007. (Acceso en 2008 octubre 12). URL disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM2-0.htm>
21. La respuesta de México ante el consumo de drogas. El consumo de drogas en México: Diagnostico, tendencias y acciones. 2007. (Acceso en 2008 octubre 12) URL disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM2-2.htm> (4 de 5)6/21/2007
22. Benavente G. A. Fundamentos de enfermería... Editorial Avances de enfermería. Madrid, .2001.p. 313-356.
23. Autocuidado en el Rn. Pontificia Universidad Católica de chile, Departamento de enfermería del niño y del adolescente.2008. (Acceso en 2008 noviembre 04) URL disponible en http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Autocuidadosenelreciennacido.pdf
24. Dennis, C. (1997). Teoría de enfermería del déficit de autocuidado: Conceptos y aplicaciones. St. Louis, MO: Mosby. Capítulo 5 Traducido por Wendell Oderkirk, 3 de agosto de 1999
25. Martínez y Martínez R. Salud del niño y del adolescente. 4ª ed. Ed.JPH Editores, México. 1998. p.1128.
26. Drogas. Tu salud. 2002. (Acceso en 2008 Septiembre 2) URL disponible en <http://www.drogas.com.mx> p.1 y 2.
27. Ley general de salud en materia de investigación, (acceso en 2009 enero 9)URL disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
28. Declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. Principios éticos para la investigación medica en seres humanos 2000.Acceso en 2009 enero 9) URL disponible en http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp
29. Drogadicción - Información general. University of Maryland Medical Center (acceso en 2009 marzo 9)URL disponible en http://www.umm.edu/esp_ency/article/001945.htm

Bibliografía

1. Nava M. Influencia del sistema Familiar en el uso del tabaco en adolescentes de secundaria. (Tesis de maestría) Celaya, Gto., facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2008.
2. Retos para la atención de las adicciones. Secretaria de Salud. 2008 (Acceso en 2008 septiembre 29) URL disponible en http://portal.salud.gob.mx/contenidos/inicio/buscador.html?cx=006066805217294413199%3A__yusp2yqgg&cof=FORID%3A11&q=conadic#1180

La conducta dominante/sumisa en la mujer y su relación con estados afectivos y biológicos

Herlinda Aguilar-Zavala¹, Francisco Luna-Martínez², Juan Manuel Malacara³.

¹Dpto. Enfermería Clínica, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra

²CINVESTAV, Guanajuato

³Dpto. Ciencias Médicas, Universidad de Guanajuato, Campus León

Resumen

En las mujeres, una fuente importante de estrés, asociada con los síntomas emocionales, es la dimensión dominancia-sumisión. La actitud de dominancia o sumisión es mediada tanto biológica como socialmente. Éste fenómeno tiene una importante dimensión en psiconeuroendocrinología, la actitud de la subordinación se asocia con ansiedad social y depresión.

Existe evidencia de las fuertes asociaciones entre estatus social y salud en numerosas especies animales, incluyendo humanos, con pobre salud en aquellos en el rango inferior relacionado al exceso de estresores físicos y psicosociales. Existen estudios clínicos en humanos, que relacionan algunos estados psicopatológicos a un “rango” o estatus social inferior, depresión, humillación, ansiedad social, sentimientos de inferioridad y conducta sumisa. En las mujeres, existe evidencia respecto a las conexiones entre éstos procesos socioemocionales y funciones menstruales.

Recientemente realizamos un estudio, donde mujeres menopáusicas con altos puntajes de conducta dominante presentaron disminución de los niveles de sequedad vaginal, dispareunía, pérdida del interés sexual, estrés, ansiedad y depresión. Además, la conducta dominante se relacionó con los polimorfismos genéticos en *PvuII*, *XbaI* y 5HTTLPR evaluados, específicamente con genotipos PP., XX y SS. Lo cual sugieren que los factores genéticos modifican la respuesta a la subordinación social y por tanto a otros estresores psicosociales en mujeres. **Palabras clave:** Dominancia, sumisión, mujer, estrés y depresión

La conducta dominante y sumisa

Uno de los más grandes retos en salud pública es entender el “gradiente socioeconómico”, esto se refiere al hecho de que en numerosas sociedades occidentales, el rango descendiente en el estatus socioeconómico, predice riesgo incrementado de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reumáticas y psiquiátricas; bajo peso al nacer; mortalidad infantil y mortalidad desde otras causas (1-4)..

Aunque existe una generalizada aversión a la inequidad en la mayoría de las culturas (5), muchas sociedades occidentales toleran marcados gradientes de nivel socioeconómico en cuanto al acceso a los cuidados de la salud.

El estudio de las relaciones entre salud y rango social en animales, construido en un contexto de la percepción del estrés social y la idea de que los animales de diferentes rangos experimentan diferentes patrones de estrés. Un estresor físico es un desafío externo a la homeostasis; mientras que un estresor psicosocial es la anticipación, justificada o no, de un desafío a la homeostasis interna. Ambos tipos de estresores activan una cascada de adaptaciones endocrinas y neurológicas (Fig. 1). Cuando dichas adaptaciones fisiológicas, se movilizan en respuesta a un desafío físico agudo a la homeostasis, la respuesta al estrés es adaptativa, redireccionando la energía a los músculos esqueléticos, incrementando el tono cardiomuscular para facilitar la liberación fuentes de energía, e inhibiendo el anabolismo no esencial, como el crecimiento, la reparación, la digestión y la reproducción. La activación crónica ante las respuestas de estrés debido a estresores psicosociales crónicos puede incrementar el riesgo de numerosas enfermedades o exacerbar enfermedades preexistentes como hipertensión, arterosclerosis, diabetes, supresión inmunológica, alteraciones en la reproducción y desordenes afectivos (6,7).

En la mayoría de las especies, el rango dominante influye sobre el grado en el que un individuo enfrenta estresores físicos y psicosociales; por lo que el rango dominante puede potencialmente disminuir la vulnerabilidad de un individuo a enfermedades relacionadas a estrés. Sapolsky y Col. (2005), afirma que los humanos estamos menos sujetos a las consecuencias psicosociales de un rango, debido a que no manejamos jerarquías lineales de manera unidimensional, sino que nos apreciamos en diferentes jerarquías, dependiendo de nuestras actividades, por ejemplo un

empleado de bajo prestigio que valora más su rol de diácono en una iglesia (7). Sin embargo, queda claro que los niveles socioeconómicos bajos predicen incremento en la incidencia en una cascada de enfermedades y de mortalidad. Sentimientos de pobreza o minusvalía pueden ser la razón central de porque la pobreza predice pobre salud. Por otro lado, mientras que una gran inequidad decrementa la capacidad de factores protectivos del estado de vida, las enfermedades son consecuencia de sentimientos de pobreza y minusvalía, así como el decremento en el capital media fuertemente la relación entre inequidad en el ingreso y salud (2).

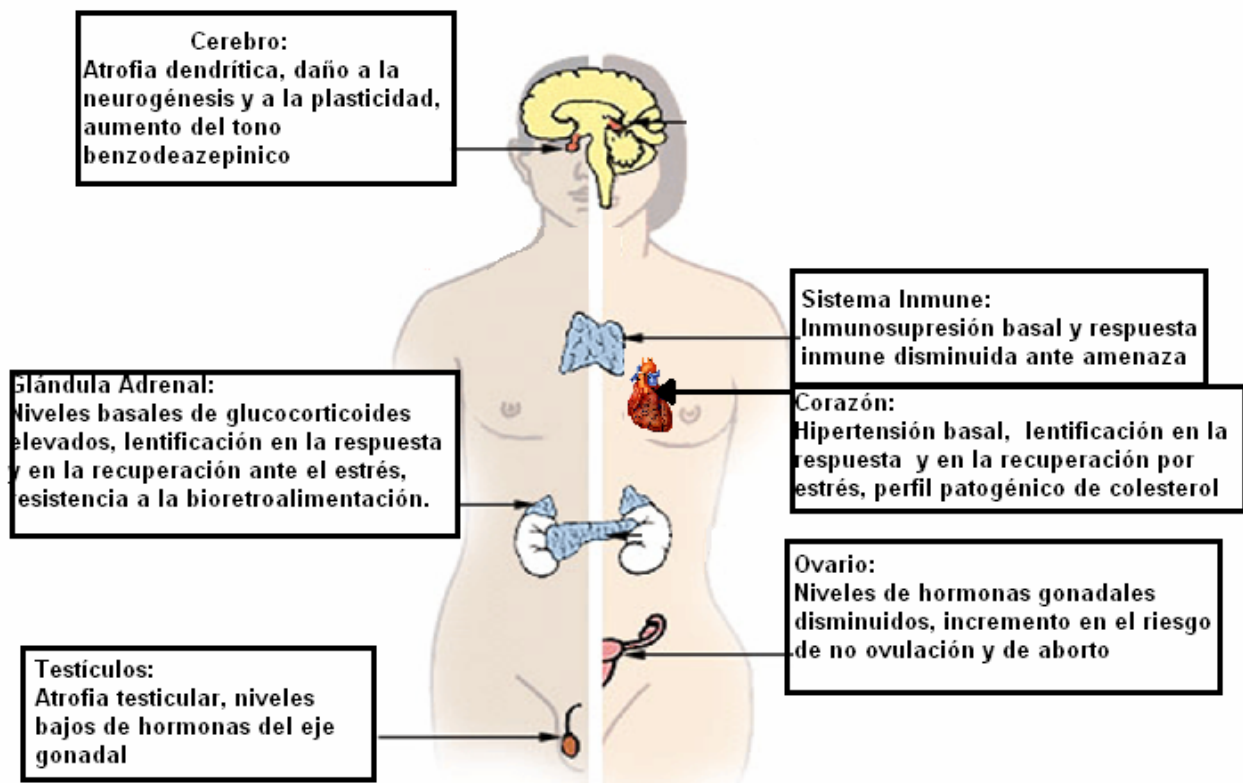


Fig. 1 Correlatos fisiológicos del rango social más estresado.

Valerie Grant, ha realizado varios estudios dedicados a medir el nivel de dominancia de las mujeres y su relación a ciertos estados biológicos, relacionados con la reproducción (8-10). Según la escala de medición de la conducta dominante, las mujeres con esta característica, pueden definirse a sí mismas como fuertes, agresivas, amables, dignas, audaces, controladoras, influyentes, vigorosas, poderosas, satisfechas, expertas y triunfadoras; con alto grado de asertividad e independencia.

Por otro lado, teóricos de la personalidad como Alfred Adler, entre otros, han documentado que algunos estados psicopatológicos están relacionados con sentimientos de inferioridad y conducta sumisa. De hecho, la palabra “depresión”, deriva del latín *deprimere*, que significa derribado y ser rebajado en estatus o fortuna. Se ha demostrado que la depresión está asociada con comparaciones sociales negativas y autopercepciones de inferioridad, sentimientos de sentirse atrapados y humillados, sentimientos de vergüenza, de falta de seguridad y una falta de confianza social. Biológicamente, la depresión es un estado de inhibición y retardación interna (11-18). MacLean (1990), afirma que la conducta sumisa, está involucrada con estrategias protectoras de los individuos ante las amenazas constantes del contexto, involucrando combinaciones de conductas pasivas y de escape, asociadas con tácticas no agresivas de autodefensa (19).

Desde el punto de vista biológico, los individuos socialmente subordinados pueden describir un perfil más patológico (tabla 1). En el caso de la función adrenocortical y gonadal, perfil inmune y de colesterol, y características específicas en la función cardiovascular.

I Axis adrenocortical	Los machos dominantes tienen bajas concentraciones de cortisol, una más prolongada y rápida respuesta al estrés, rápida recuperación, y gran sensibilidad a la inhibición de feedback negativa (20-24)
II Axis testicular	Machos dominantes son más resistentes a los efectos supresivos de las concentraciones de testosterona (20,21,25,26)
III Colesterol metabólico	Machos dominantes tienen más colesterol HDL que los subordinados (27)
IV Función autonómica	Los dominantes son más sensibles a las catecolaminas (26)
V.Función cardiovascular	Los dominantes tienen los más bajos niveles basales de presión sanguínea, una rápida y prolongada elevación de la presión sanguínea y frecuencia cardíaca en respuesta a los estímulos, y una rápida recuperación. esto es debido a la sensibilidad aumentada a los efectos permisivos de los glucocorticoides sobre la acción de las catecolaminas (28)
VI Perfil inmune	Machos dominantes tienen mayor cantidad de linfocitos circundantes(29)

Tabla 1.- Sistema Fisiológico de las diferencias relacionadas al rango entre Babuinos.

En base a estos correlatos, los individuos socialmente subordinados tienen concentraciones basales altas de glucocorticoides. Estos se han podido identificar en múltiples estudios en mamíferos, incluyendo primates (30), ratas (31) ratones (32,33), lobos (34), pescados (34) y

pájaros (35). La subordinación social típicamente involucra altas tasas de estresores psicológicos y sociales para un animal; la vida de éstos animales esta caracterizada por falta de control y predictibilidad. En base a lo anterior, la conducta sumisa o subordinación puede estar asociada con marcadores endocrinos de un estado de estrés (34)

La sumisión en la mujer

Como ya lo mencionamos, la sumisión, que sería lo opuesto a la dominancia, ha sido ligada fuertemente a sentimientos de derrota y de inferioridad que a su vez son considerados como indicadores de estrés, ansiedad y depresión (36), además, mujeres depresivas se consideran a sí mismas sumisas e inferiores (37).

Históricamente, ya desde las primeras civilizaciones egipcias o mesopotámicas, a la mujer se le otorgaba un mero papel reproductor, y pasaba su vida confinada a las tareas del hogar y el cuidado de los hijos. La cultura griega y romana eran predominantemente patriarcales. En muchos países, y a lo largo de muchos siglos, las mujeres musulmanas estuvieron recluidas en el harén, sin posibilidad de abrirse al mundo. En este mundo musulmán, el varón asumía el rol principal, dejando a la mujer (esposa, hija o hermana) el de acatamiento y sumisión; situación que se prolongó durante la Edad Media. Fue en ésta época, también, cuando el número de mujeres encontraron una válvula de escape en el ingreso a los conventos, alejándose así de matrimonios impuestos o de regresos no deseados al núcleo familiar tras enviudar.

Solo a partir del movimiento de Liberación Femenina empiezan a cambiar algo las cosas y la mujer comienza a perder ese nivel de dependencia que la anulaba como persona, impidiéndola ejercer desde derecho al voto, hasta a tener opinión propia, e incluso alcanzar un incipiente estatus equiparable al del hombre: incorporación al mundo laboral, alfabetización, impulso de demandas sociales, exigencia de derechos civiles, etc. y así llegamos al siglo XIX, en que es fácil encontrar un amplio sector de mujeres educadas de clase media que se abren camino prácticamente en todos los ámbitos laborales, sociales, sobre todo en la sociedad occidental.

Múltiples factores han impedido, durante siglos la independencia de la mujer, entre ellos muchas religiones predominantes, tradicionales, dogmáticas y androcéntricas.

Otro factor que ha impulsado un concepto de dependencia, sumisión y docilidad para la mujer, han sido las costumbres, desde las más ancestrales hasta las mas modernas, en distintas partes del continente: el vendaje de los pies o la política de un solo hijo (preferiblemente varón), en China; la mutilación genital femenina, el “sati”, o la inmolación de la mujer en la pira funeraria del marido en algunas regiones de la india, los matrimonios forzosos, las lapidaciones en Nigeria, o el maltrato doméstico como forma más vejatoria de sumisión, ya que se desarrolla en silencio, dentro del hogar (38)

Diferencias de género y la respuesta al estrés

El genero ha sido un determinante importante en la salud humana, existen claros patrones de prevalencia de desordenes tanto físicos como mentales severos diferenciales entre las mujeres y los hombres. Los hombres son generalmente más susceptibles a enfermedades infecciosas, hipertensión (enfermedades cardiovasculares), conducta agresiva y abuso de alcohol o drogas. Las mujeres, por otro lado, tienen altas tasas de enfermedades autoinmunes, dolor crónico, depresión y ansiedad en comparación con los hombres (39-42). Algunas de estas diferencias de género emergen durante la vida reproductiva de la mujer, y gradualmente van disminuyendo en la menopausia (depresión, enfermedades cardiovasculares), lo que sugiere que los patrones observados de enfermedad diferencial respecto al género, pueden ser particularmente atribuidos a los efectos de hormonas sexuales (43).

Recientemente, diferencias individuales en la reactividad al estrés se han propuesto como un riesgo potencialmente importante para los problemas de salud específicos del género en hombres y en mujeres, en adición a factores genéticos, socioculturales, como las conductas dominantes y sumisas y el medio ambiente (44-47).

Las respuestas fisiológicas a estresores agudos han sido relacionadas con activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) (elevación del Cortisol) y/o del sistema nervioso simpático (alteraciones en la Frecuencia cardiaca y presión arterial), tanto en hombres como en mujeres, sin embargo se ha encontrado que los hombres adultos presentan una mayor y aguda activación autonómica y del eje HPA comparados con las mujeres adultas, usando estresores psicosociales (47,48). En mujeres, la fase del ciclo menstrual, la menopausia y el embarazo tienen

efectos marcados sobre las respuestas fisiológicas al estrés. En particular, los estrógenos han mostrado afectar la activación simpática y del eje HPA. (47,49). Es importante mencionar que las mujeres resultan más afectadas por los eventos interpersonales que los hombres, lo cual puede ser un factor tentativo que delinea, la emergencia de las diferencias de género en relación con la depresión según Cyranowski y col. (2000) (50).

En la actualidad la mujer se encuentra inmersa en un sin número de actividades que van desde el rol constante de ama de casa, pasando por las obligaciones y responsabilidades con su pareja e hijos, hasta sus actividades laborales, ya sea como profesionista o como empleada y fuente principal de ingresos familiares. Lo anterior la coloca constantemente en situaciones que le exigen alta capacidad de adaptación y reacción ante las exigencias laborales y personales de su vida cotidiana. El efecto de las constantes experiencias estresantes en el trabajo y en la vida diaria pueden afectar de manera severa su salud física y mental, lo anterior ha sido bien documentado en un gran número de estudios epidemiológicos, (51-60). Godin y col. (2005), documentaron consistentes asociaciones de experiencias estresantes en el trabajo con la emergencia de novo de problemas en la salud mental, usando cinco indicadores mentales, tales como depresión, ansiedad, somatización, fatiga crónica y consumo de drogas psicotrópicas; concluyendo que las mujeres son mayormente afectadas por el estrés laboral acumulativo, el cual a su vez fue asociado con alto riesgo de padecer problemas en la salud mental (61). Además del estrés laboral, el estrés social generado por las relaciones sociales de cooperación, caracterizadas por un contrato formal o por acuerdos informales de obligaciones mutuas, como las relaciones maritales y parentales (62), así como relaciones cívicas. A este respecto, los aspectos negativos de las relaciones sociales cercanas, debidos a la violación de las normas de reciprocidad relacionadas al rol están fuertemente asociados a emociones negativas fuertes y por tanto asociadas a reacciones de estrés. Existen en la literatura, reportes que han evidenciado la asociación entre la falta de reciprocidad en relaciones sociales cercanas con reducción significativa de la salud tanto física como mental (62-64).

Hallazgos sobre la conducta dominante y los factores genéticos en mujeres menopáusicas

Los datos que continuación se mencionarán son los resultados parciales, derivados de la investigación titulada:” Influencia de los factores genéticos y psicosociales en mujeres

menopáusicas de dos estados del país”, cuyos autores son: Aguilar-Zavala Herlinda¹, Pérez-Luque EL.², Bassol-Mayogoitia S³, López Condeza ³, Luna Martínez F⁴. y Malacara JM. ², de ¹ Dpto. de Enfermería Clínica, Campus Celaya-Salvatierra, ² Dpto. Ciencias Médicas, Campus León, ³ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila, ⁴CINVESTAV, Guanajuato. Investigación presentada en la 9ª. Reunión del Departamento de Ciencias Médicas, en León, Gto., en Agosto del 2009 y en the 91th Annual Meeting of Endocrinology ENDO 2009, en Washington, DC. USA, en Junio 2009.

Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo en 249 mujeres posmenopáusicas: 149 residentes de la ciudad de León, Gto. y 100 residentes de la ciudad de Torreón Coah. Se tomaron medidas antropométricas. Se les aplicó cuestionarios para colectar datos generales; síntomas de la menopausia, estrés percibido, depresión y ansiedad; además, se evaluó el grado de estrés laboral, la conducta dominante, y la conducta sumisa. Se midieron los niveles de FSH y estradiol. La genotipificación de los polimorfismos del gen del RE- α y del 5-HTT se realizó por PCR.

El objetivo del estudio fue analizar los factores genéticos mediante el estudio de los polimorfismos del gen RE- α y del transportador de serotonina (5-HTT) y su asociación con los síntomas de mujeres posmenopáusicas, así como la interacción de los factores psicosociales como actitudes de sumisión/dominancia, estrés laboral, estatus socioeconómico y escolaridad sobre dichos síntomas.

Resultados:

Características generales.- Se integraron un total de 249 pacientes al estudio, 149 de ellas fueron originarias de la ciudad de León, Guanajuato y 100 de la ciudad de Torreón, Coahuila. La tabla 2 presenta las características generales de la muestra de estudio. Las mujeres residentes de la ciudad de Torreón presentan mayor peso ($p < 0.002$), estatura ($p < 0.0001$) y escolaridad ($p < 0.0001$), en comparación con las residentes de la ciudad de León. Las mujeres participantes de la ciudad de León, presentan mayores niveles de Tensión Arterial Diastólica ($p < 0.0001$), tienen mayores índices de la relación cintura-cadera ($p < 0.01$), han tenido más embarazos ($p < 0.001$), y presentan mayores niveles de Colesterol Total ($p < 0.001$) y de LDL ($p < 0.001$). En lo que se refiere a factores psicológicos, las mujeres de la ciudad de León presentaron niveles más altos de conducta sumisa ($p < 0.0001$) y de esfuerzo intrínseco ($p < 0.0001$).

Del total de la muestra de estudio, 84% de las mujeres viven con su pareja; el nivel de ingreso económico de ambas ciudades es diferente ya que aunque el 72% de la muestra en general reportó un ingreso de 1 a 4 salarios mínimos; sin embargo, el ingreso familiar del 20% de las mujeres participantes de la ciudad de León es menor a un salario mínimo, mientras que en Torreón solo el 5% de las mujeres participantes tienen ingresos tan bajos ($p < 0.0001$). De la muestra general de estudio, 55% son amas de casa; de las mujeres muestreadas en la ciudad de León el 62% manifestaron ser amas de casa, de las mujeres que realizan actividades fuera de casa el 20% se dedican al comercio; mientras que las mujeres participantes en Torreón reportaron en su mayoría realizar actividades fuera de casa, destacando las actividades técnicas y profesionales (26%), así como empleadas y obreras (21%) y solo un 44% reportaron ser amas de casa ($p < 0.0001$). Sólo 103 de las mujeres que ingresaron al estudio, que representan el 42% de la muestra general se ejercitan, 24 mujeres reportaron consumir bebidas alcohólicas representando el 9.6% de la muestra total.

	León (n=149)	Torreón (n=100)		
	media±DE	media±DE	t	P
Edad (años)	54.10 ± 3.83	53.63 ± 4.11	0.92	0.357
Peso (Kg)	69.07 ± 12.83	74.38 ± 12.41	-3.18	<.002*
Talla (Mts.)	1.53 ± .06	1.57 ± .05	-4.91	<.001*
IMC	29.41 ± 5.27	30.18 ± 4.95	-1.14	0.254
TAD	77.68 ± 9.58	71.85 ± 8.25	4.87	<.001*
Índice Cin/cad (cm)	0.87 ± 0.06	0.85 ± 0.05	2.63	.009*
Escolaridad (años)	6.16 ± 4.25	10.89 ± 5.03	-7.82	<.001*
Menarca	2.9 ± 1.4	12.7 ± 1.2	1.10	0.272

Años desde la menopausia	6.5 ± 5.1	6.1 ±5.0	0.64	0.526
No. de embarazos	5.16 ± 3.99	3.76 ±2.04	3.23	.001*
Tabaco	0.9 ± 3.2	0.5 ±1.6	0.93	0.355
Dominancia	2.79 ± 1.29	1.03 ±1.40	9.80	<.001*
Sumisión	28.67 ± 11.10	23.05 ±9.16	4.12	<.001*
Colesterol T (mg/dl)	209.33± 37.63	181.03±43.29	5.44	<.001*
LDL (mg/dl)	132.51± 37.28	104.71±41.32	5.48	<.001*
FSH (mIU/ml)	58.31± 25.47	60.40 ±29.59	-0.59	0.558
E ₂ (pg/ml)	22.49 ± 29.03	21.63 ±28.76	0.22	0.827

Tabla 2.- Características generales (* $p \leq 0.05$, según la prueba de t de Student).

Síntomas de la menopausia: En lo que se refiere a la sintomatología en la menopausia, se encontraron algunas diferencias entre las dos ciudades de estudio, las mujeres de la ciudad de León presentaron mayores índices de bochornos ($p < 0.03$), mientras que en las mujeres de la ciudad de Torreón reportaron mayores niveles de sequedad vaginal ($p < 0.001$) y perdida del interés sexual ($p < 0.03$) (tabla 3). En lo que se refiere a los síntomas psicológicos propios de la menopausia, no se encontraron diferencias significativas entre las dos ciudades de estudio.

	León (n=149)	Torreón (n=100)		
	media±DS	media±DS	t	P
Bochornos	1.41 ± 0.98	1.14 ± 0.91	2.17	.03*
Sequedad Vaginal	0.93 ± 1.03	1.46 ± 1.09	-3.84	<.001*
Dispareunia	0.37 ± 0.48	0.45 ± 0.54	-1.25	0.213

Perdida del interés Sexual	1.19 ± 0.79	1.41 ± 0.73	-2.22	.03*
Estrés	25.34 ± 10.43	25.06 ± 8.63	0.22	0.828
Ansiedad	9.09 ± 4.69	9.03 ± 5.36	0.09	0.931
Depresión	11.86 ± 6.31	13.13 ± 5.49	-1.63	0.105
Esfuerzo intrínseco	15.95 ± 7.65	11.85 ± 3.51	4.95	<.001*
Desbalance esfuerzo/recompensa	0.41 ± 0.19	0.39 ± 0.15	0.94	0.346

Tabla 3.- Síntomas de la menopausia (* $p \leq 0.05$, según la prueba de t de Student).

Dominancia y los síntomas de la menopausia:

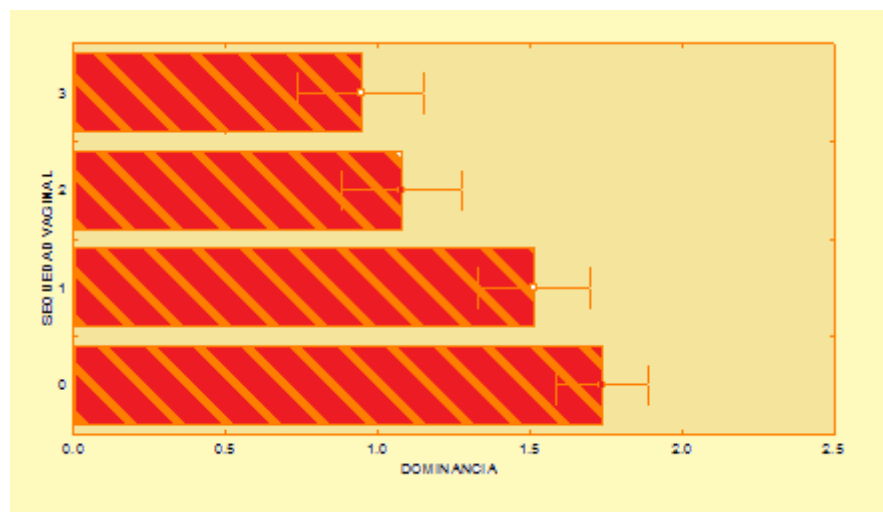
Se analizó, en la muestra total de estudio, la dominancia asociadas con los síntomas de la menopausia (Tabla 4) y se encontró que la sequedad vaginal se asoció de manera negativa la conducta dominante ($p < 0.0015$) (fig.2); la dispareunia se asoció inversamente con la conducta dominante ($p < 0.04$) (fig. 3); la pérdida del interés sexual también se asoció de manera negativa con la conducta dominante ($p < 0.0004$) (fig.4) y, aunque de manera marginal, con los niveles de estradiol ($p < 0.05$). El estrés se asoció con conducta dominante de manera inversa ($p < 0.0001$) (fig. 5); la ansiedad se asoció de manera negativa con la conducta dominante ($p < 0.0001$); la depresión se asoció de manera inversa con la edad ($p < 0.006$), escolaridad ($p < 0.03$) y conducta dominante ($p < 0.0001$) (fig. 6).

Variable dependiente			
	Regresor	β	p
Bochornos: R^2 Ajustada= .08455493			
	Edad	-0.22	.0006*
	Desbalance		
	Esfuerzo-recompensa	0.14	.034*
Sequedad Vaginal: R^2 Ajustada= .04404069			
	IMC	-0.15	.043
		-0.21	.0015*

Dispareunia: R² Ajustada= .02130327		
Dominancia	-0.14	.04*
Pérdida del Interés sexual: R² Ajustada = .08230646		
Estradiol	-0.132	.05*
Dominancia	-0.27	.0004*
Estrés: R² Ajustada = .31858768		
Dominancia	-0.48	< .0001*
Esfuerzo Intrínseco	0.154	.006*
Desbalance		
Esfuerzo-recompensa	0.136	.018*
Ansiedad: R² Ajustada = .22601046		
Edad	-0.20	.0006*
Escolaridad	-0.14	.019*
FSH	0.142	.025*
Dominancia	-0.32	< .0001*
Esfuerzo Intrínseco	0.19	.001*
Depresión: R² Ajustada = .24136665		
Edad	-0.151	.006*
Escolaridad	-0.121	.036*
FSH	0.139	.025*
Dominancia	-0.37	< .0001*
Desbalance		
Esfuerzo-recompensa	0.14	.018*

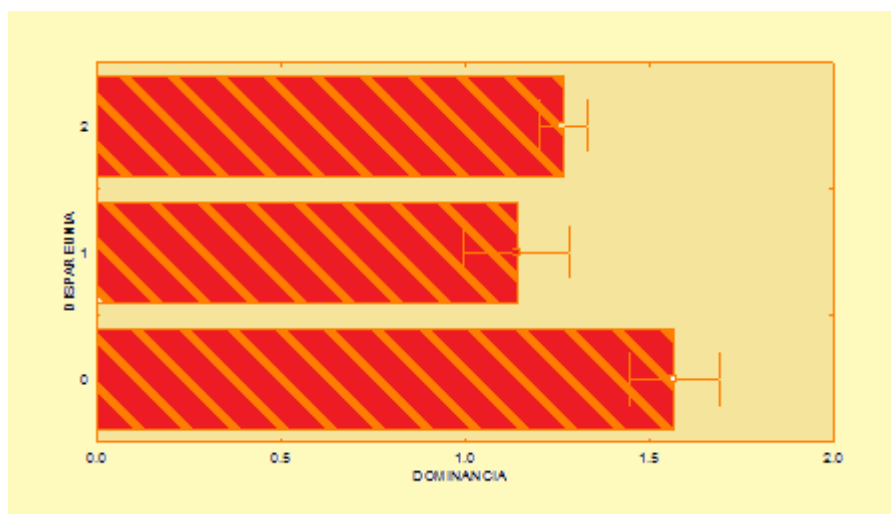
Tabla 4.- Modelo de regresión lineal para factores asociados con síntomas en la menopausia (*p ≤ 0.05)

Fig. 2 Asociación entre Sequedad Vaginal y dominancia



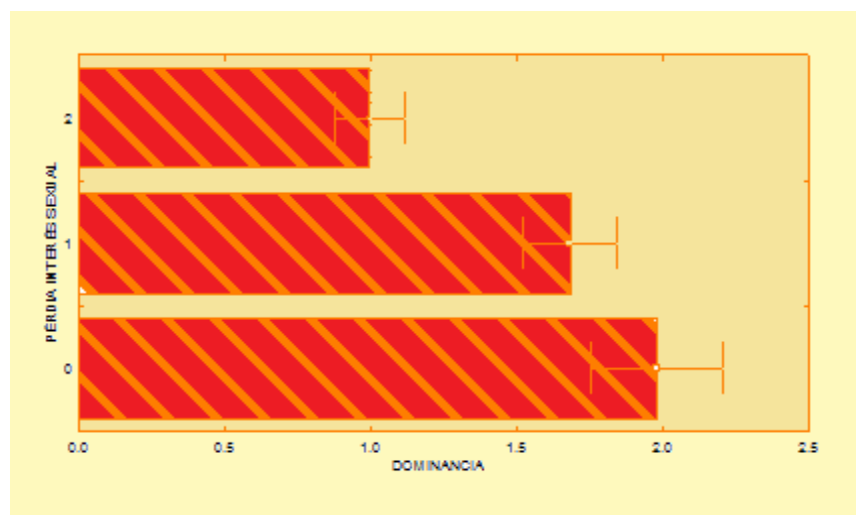
R^2 Ajustada= .044, β = -0.21, $p < .0015$

Fig. 3 Asociación entre Dispareunia y dominancia



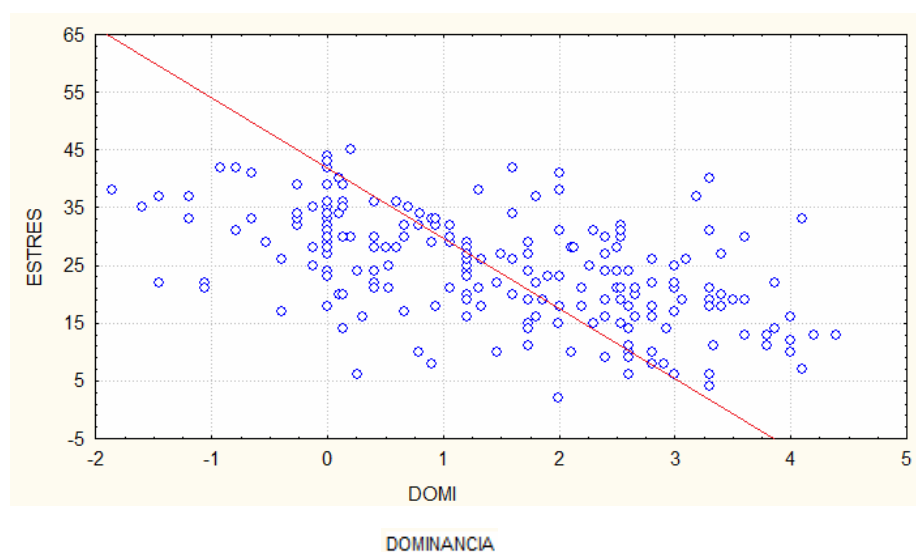
R^2 Ajustada=.021, β -0.14, $p < .04$

FIG. 4 ASOCIACIÓN ENTRE PERDIDA DE INTERÉS SEXUAL Y DOMINANCIA



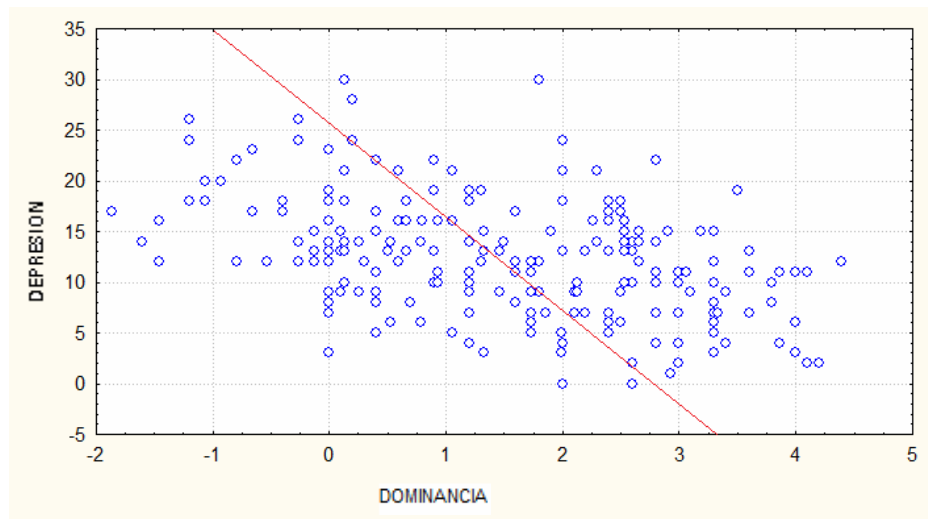
R^2 Ajustada=.082, β = -0.27, p < .0004

FIG. 5 ASOCIACIÓN ENTRE ESTRÉS Y DOMINANCIA



R^2 Ajustada=.319, β -0.48, p < .0001

FIG. 6 ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DOMINANCIA



R^2 Ajustada=.241, β = -0.32, p < .0001

Conclusión:

Las personas que presentan el rasgo de personalidad dominante se han definido como influyentes, ascendentes, predominantes, autoritarias o con alto control, abiertas al cambio y deben discriminarse de aquellas con rasgos agresivos (hostil, enojado, violento, etc.) y hostiles (déspota, jefe, dictatorial, etc.) (9). En el presente estudio mujeres con altos puntajes de conducta dominante presentaron menos sequedad vaginal, menos dispareunía, menos pérdida del interés sexual, menores niveles de estrés, ansiedad y depresión; y es que la sumisión, que sería lo opuesto a la dominancia, ha sido ligada fuertemente a sentimientos de derrota y de inferioridad que a su vez son considerados como indicadores de estrés, ansiedad y depresión (36).

Además, nosotros encontramos que la conducta dominante se relacionó con los tres polimorfismos evaluados en el presente estudio, específicamente con genotipos Pp., XX del gen RE- α y SS del transportador de serotonina (5-HTT). No existe bibliografía respecto a la relación dominancia y polimorfismos *PvuII* y *XbaI*; sin embargo, en un estudio sobre la relación la reactividad cardiaca ante la aplicación de retos psicológicos (pruebas de interferencia-cognitivas y tareas aritméticas) y el polimorfismo 5HTT, encontró que diferencialmente las mujeres con el

genotipo SS, presentaron mayor reactividad cardiaca que los hombres con el mismo genotipo o mujeres con genotipos SL y LL (65). En nuestro estudio encontramos que se debe tomar en cuenta la diversidad genética, al evaluar los síntomas en la menopausia.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede pensar que dichos rasgos quedan más bien relacionados a conductas altamente dominantes, lo cual pude corroborar nuestros hallazgos, ya que en el presente estudio, la dominancia se asoció de manera inversa con los niveles depresión. Debido a la gran variabilidad en los hallazgos respecto a la relación dominancia y 5HTT, considero que son necesarios estudios más amplios al respecto.

Referencias Bibliográficas

1. Adler N. et al. (2000). Health Psychol. 19,586
2. Kawachi I., B. Kennedy. (2002). The health of Nations: Why inequality is harmful to your health. New press, New York.
3. Siegrist, J., Marmot, M. (2004). Soc. Sci. Med. 58, 1463
4. Wilkinson, R. (2002). Mind the Gap: Hierarchies, Health, and Human Evolution (Weidenfield and Nicolson, London)
5. Fehr, E., Rockenbach B. (2004). Curr. Opin, Neurobiol. 14,784.
6. Sapolsky, R. et al. (2000). Endocr. Rev. 21,55
7. Sapolsky RM. (2005). The influence of social hierarchy on primate health. Science; 308:645-652.
8. Grant VJ. (1992). The measurement of dominance in pregnant women by use of the simple adjective test. Person Individ.13:99-102.
9. Grant V. (1996). Sex determination and the maternal dominance hypothesis. Human reproduction.11:2371-75
10. Grant VJ. (2001). France JT. Dominance and testosterone in women. Biological Psychology.58:41-47

11. Leader, MN. (1983). the psychophysiology of mental illness. London; Routledge and Kegan Paul
12. Allan S, Gilbert P. (1997). Submissive behavior and psychopathology. *Brit J Clin Pathol.* 36:467-488
13. Jackson S W. (1986). Melancholia and depression: from hippocratic times to modern times. New Haven, CT: Yale University Press
14. Allan S and Gilbert P. (1995). A social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and individual differences.* 19:293-299
15. Swallow S R and Kuiper. (1988). Social comparison and negative self evaluation: an application to depression. *Clinical Psychology Review.* 8:55-76
16. Brown GW, Harris TO and Hepworth C. (1995) Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and no patient comparison. *Psychological Medicine.* 25:7-21.
17. Beck AT, Emery G and Greenberg RL. (1985). Anxiety Disorders and phobias: a Cognitive approach. New York: Basic books.
18. Trower P and Gilbert P. New. (1989). Theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review.* 9:19-35
19. MacLean, PD. (1990). The triune brain in evolution. New York; Plenum Press
20. Sapolsky R. (1982). The endocrine stress-response and social status in wild baboon. *Horm. Behav.* 15,279
21. Sapolsky R. (1983). Endocrine aspects of social instability in the olive baboon. *Am. J. Primatol.* 5,365
22. Sapolsky R. (1983). Individual differences in cortisol secretory patterns in wild baboon: role of negative-Feedback sensitivity. *Endocrinology* 113,2263

23. Sapolsky R. (1989). Hypercortisolism among socially-subordinate wild baboons originates at the CNS level. *Arch. Gen. Psychiatry.* 46,1047
24. Sapolsky R. (1990). Adrenocortical function, social rank and personality among wild baboons. *Biol. Psychiatry.* 28, 862
25. Sapolsky R. (1985). Stress-induced suppression of testicular function in the wild baboon: role of glucocorticoids. *Endocrinology* 116,2273
26. Sapolsky R. (1986). Stress-induced elevation of testosterone concentration in high-ranking baboons: role of catecholamines. *Endocrinology* 118,1630
27. Sapolsky R., Mott, G. (1987). Social subordination in wild primate is associated with suppressed HDL-Cholesterol concentration. *Endocrinology* 121,1605
28. Sapolsky R., Share L. (1994). Rank-Related differences in cardiovascular function among wild baboons: role of sensitivity to glucocorticoids. *Am. J. Primatol.* 32,261
29. Sapolsky R. (1993). *Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons.* Recent Prog. Horm. Res. 48,437
30. Uno, H., Flugge, C., Thieme, J., Jochen, O. and Fuchs, E. (1991). Degradation of the hippocampal pyramidal neurons in the socially stressed tree shrew. *Soc. Neurosci. Abstr.* 17,52
31. Shuuman, T. (1981). Hormonal correlates of agonistic behavior in adult male rats. *Prog. Brain Res.* 53,420
32. Schuhr, B. (1987). Social structure and plasma corticosterone level in female albino mice. *Phys. Behav.* 40,689
33. Southwick, C. and Bland V. (1959). Effects of population density on adrenal glands and reproductive organs of CFW mice. *Am. J. Physiol.* 197,111
34. Sapolsky R. (1995). Social subordination as a marker of hypercortisolism. Some unexpected subtleties. *Ann N Y Acad Sci.*; 771: 626-39.

35. Wingfield, J. and Moore, M. (1987). Hormonal, social and environmental factors in the reproductive biology of free-living male birds. In *psychobiology of reproductive behavior: a Evolutionary Perspective*. D. Crews, Ed. Prentice-Hall. NJ.
36. Gilbert P, Broomhead C, Irons C, McEwan K, Bellew R, Mills A, Gale C, Knibb R. (2007). Development of a striving to avoid inferiority scale. *Br J Soc Psychol*. 46:633-48.
37. Gilbert P, Irons C, Olsen K, Gilbert J, McEwan K. (2006). Interpersonal sensitivities: their links to mood, anger and gender. *Psychol Psychother*. 79:37-51.
38. Martín-Turiño, MS. (2006). La mujer como sujeto dependiente: historia de una sumisión. **I Encuentro Profesional sobre. Dependencias Sentimentales**. F. Instituto Spiral. Madrid, España
39. Holden, C. (2005). Sex and the suffering brain. *Science*, 308, 1574.
40. Kudielka, B.M., Kirschbaum, C. (2005). Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biological Psychology*, 69 (1), 113–32.
41. Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1017–21.
42. Kajantie, E., Phillips, D.I. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 151–78.
43. Otte, C., Hart, S., Neylan, T.C., Marmar, C.R., Yaffe, K., Mohr, D.C. (2005). A meta-analysis of cortisol response to challenge in human aging: importance of gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (1), 80–91.
44. Hamann, S., Canli, T. (2004). Individual differences in emotion processing. *Current Opinion in Neurobiology*, 14, 233–8.
45. Young, E. A., Altemus, M. (2004). Puberty, ovarian steroids, and stress. *Annual New York Academy of Science*, 1021, 124–33.
46. Goldstein, J.M., Jerram, M., Poldrack, R., et al. (2005). Hormonal cycle modulates arousal circuitry in women using functional magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience*, 25, 9309–16.

47. Kajantie, E., Phillips, D.I. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 151–78.
48. Kudielka, B.M., Kirschbaum, C. (2005). Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biological Psychology*, 69 (1), 113–32.
49. Goldstein, J.M., Jerram, M., Poldrack, R., et al. (2005). Hormonal cycle modulates arousal circuitry in women using functional magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience*, 25, 9309–16.
50. Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., Shear, M.K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57 (1), 21–7.
51. Landsbergis P. (2003). The changing organization of work and the safety and health of working people: a commentary. *J Occup Environ Med*. 45:61-72.
52. Belkic K, Landsbergis P, Schnall PL, Baker D. (2003). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*. 30:85-128.
53. Hemingway H, Marmot M. (2003). Evidence based cardiology: psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*. 318:1460-1467.
54. Schnall P, Belkic K, Landsbergis P, Baker D, (Eds). (2000). The workplace and cardiovascular disease. *Occup Med: State of the Arts Reviews*. 15:1-334.
55. Marmot M, Theorell T, Siegrist J (2002). Work and coronary heart disease. In *Stress and the Heart* Edited by: Stansfeld SA, Marmot MG. London: BMJ Books. 50-71.
56. van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. (2002). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. 60:1117-1131.
57. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. (2002) Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*. 325:857-860.
58. Ferrie J, Shipley M, Stansfeld SA, Marmot M. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity,

- physiological measures, and health related behaviors in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 56:450-454.
59. Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Jeding K, Oxenstierna G, Theorell T. (2004). Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission. *Lancet*. 363:1193-1197.
 60. Kivimäki M, Ferrie J, Head J, Shipley M, Vahtera J, Marmot M. (2004). Organisational justice and change in justice as predictors of employee health: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 58:931-937.
 61. Godin I., Kittel F., Coppiters Y., and Siegrist J. 2005. *BMC Public Health*. 5,67
 62. von dem Knesebeck O, Siegrist J. (2003). Reported nonreciprocity of social exchange and depressive symptoms. Extending the model of effort-reward imbalance beyond work. *J Psychosom Res*. 55(3):209–14.
 63. Von dem Knesebeck O, Siegrist J. (2004). Non-reciprocity in close social relationships, depressive symptoms, and poor self-rated health. *Soz Praventivmed*. 49(5):336–43.
 64. Chandola, T., Marmot, M., and Siegrist, J. (2007). Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II study. *J Psychosom Res*. 63(4): 403–411.
 65. McCaffery JM, Bleil M, Pogue-Geile MF, Ferrell RE, Manuck SB. (2003). Allelic variation in the serotonin transporter gene-linked polymorphic region (5-HTTLPR) and cardiovascular reactivity in young adult male and female twins of European-American descent. *Psychosom Med*. 65:721-8

Intervención de enfermería en el modo autoconcepto e interdependencia en el cuidador del adulto mayor.

Lic. María Maira Arriola Ortega,
Mtra. Ana María Vera Ramírez
Profesoras División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
Campus Celaya-Salvatierra

Resumen

Estudio con el referente del Modelo de Adaptación de Roy', **Objetivo:** Determinar el efecto de la intervención de enfermería para promover el modo adaptativo de autoconcepto e interdependencia del cuidador del adulto mayor. **Material y Métodos:** Estudio cuasi experimental, la muestra de 62 cuidadores de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya, integrados en dos grupos experimental (GE=33) y control (GC=29), la recolección de datos realizada con el instrumento VIVEROS 03 / ZERIMAR, (Alfa de Cronbach=0.77) previo consentimiento informado por escrito, Intervención "Enseñanza de Salud" sustentada en la Taxonomía NANDA-NIC **Resultados y discusión:** La media de edad del GE fue de 45.3 ± 11.31 años vs GC 44.9 ± 10.23 , en el GE el 100% son mujeres vs 93.3% del GC. 78.7% del GE son casados vs 83.3% del GC. En el GE 79% de los cuidadores son los hijos y en el GC el 66% es la esposa. El tiempo promedio de cuidado es de 10.1 en GE vs 10.8 años GC. Los puntajes del autoconcepto fue para el GE 202.68 ± 20.548 vs GC 198.27 ± 15.347 ($p=.367$) y para la interdependencia GE 91.23 ± 14.861 vs GC 92.27 ± 13.338 ($p=.787$). Los resultados son similares a otros estudios (Andrade, Landeros) donde el cuidado del paciente sigue en las mujeres, sobre todo en la esposa. **Conclusiones:** No hubo efecto positivo de la intervención en los comportamientos de ambos modos. No se encontró significancia estadística por lo que no hay elementos para aceptar la hipótesis planteada.

Palabras Clave, Modo de autoconcepto e interdependencia, enseñanza de salud, cuidador, adulto mayor.

Introducción

El grupo de población de adultos mayores preocupa al sector salud ya que al incrementar la esperanza de vida, aumenta la demanda de servicios de salud, sobre todo para la atención de los padecimientos crónicos degenerativos; que producen discapacidad y muerte en este sector de la población, implicando un elevado costo social y económico. (1)

Los cuidadores de los adultos mayores, se incrementan y presentan afectaciones en los estímulos focales, contextuales y residuales, manifestados en la adaptación ineficaz, que los lleva a depresión, alteraciones físicas y fisiológicas, lo que ha incrementado el riesgo de mortalidad entre los cuidadores (2).

Este trabajo de investigación está dirigido al estudio del cuidador del adulto mayor, teniendo como marco de referencia el modelo de la adaptación de Sor Callista Roy quien señala que el principal objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en su esfuerzo de adaptación a los cambios del entorno y alcance un nivel optimo de bienestar, para ello fue necesario contar con un contexto amplio de las experiencias de salud y de enfermedad de la persona, con la finalidad de identificar los estímulos en los modos de autoconcepto (MA) e interdependencia (MI), esto, con la meta de potencializar y modificar los estímulos internos y externos del cuidador con base a la intervención de enfermería; donde el compromiso de enfermería sea valorar los estímulos y comportamientos de los cuidadores para promover la adaptación de los cuidadores de adultos mayores.

Justificación

En América Latina y el Caribe más de 32 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años de edad; 55% son mujeres. La población de 60 años y más está aumentando a una tasa anual de 3%, en comparación con un aumento de 1.9% para la población total. México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7% de la población de 60 años a más (1). El aumento en la esperanza de vida en los últimos años, ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población, en el año 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7%, se espera que este porcentaje, se incremente 12.5% para el 2020 y 28% en el

2050. Este proceso de envejecimiento de la población aunado a la transición epidemiológica representa un aumento importante de personas con padecimientos crónico degenerativo; ambas situaciones producen dependencia y déficit funcional para desarrollar actividades de la vida diaria. (2) El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a nivel nacional muestra el porcentaje de población por grupo de edad de 60 años a más de 75 años, de este 100% la prevalencia de adultos de 60 a 65 años es del 24.83%, 65-69 años del 24.82%, 70-74 años el 18.37% y el grupo mayoritario lo ocupan las personas con más de 75 años con el 31.96%. (5).

La Clínica Hospital ISSSTE de Celaya, actualmente registra una población de adultos mayores de un 30.5% de la población total de más de 60 años de edad, observándose que los servicios de atención que ofrece el instituto para mejorar la salud de sus derechohabientes, es solicitada por adultos mayores, ante esta situación de salud-enfermedad la institución ha destinando parte de sus recursos financieros a crear servicios, capacitar personal médico y paramédico y ampliar su tecnología para brindarles una atención integral y de calidad. La mayoría de estos pacientes son atendidos por un cuidador quien es el responsable directo para mejorar su estado de salud. (6).

En la investigación de Acosta Tovar, la intervención de enfermería influye positivamente en el Modo adaptativo de autoconcepto de las personas con pie diabético, posterior a la intervención se obtuvo diferencias significativas en los niveles de glucosa con promedio de 45 mg/dl; el peso se redujo 2kg en promedio y el tiempo de ejercicio aumentó un promedio de 87 minutos por semana. Se concluye que la intervención de enfermería influye positivamente en el MAAC de las personas con pie del diabético. (12).

Educar y capacitar, es una intervención del profesional de enfermería que debe estar orientada al paciente y al cuidador con la finalidad de mantener su nivel de adaptación. Al identificar los modos adaptativos de autoconcepto e interdependencia y planear intervenciones que promuevan positivamente la salud del cuidador, reducirán los índices de morbi-mortalidad de los adultos mayores, y traería un cambio en la estructura familiar, social e institucional al mejorar la calidad de vida del receptor y el cuidador.

El Sistema Nacional de Salud es también ahora promotor en la vigilancia de la salud de los cuidadores por ser ellos los proveedores de afecto, cuidado en el hogar y el hospital del adulto mayor, y ha propuesto que la educación es el mejor medio para lograr cambios positivos en la población. Por lo tanto también se responderá a las políticas nacionales de salud dirigida a esta población que cada día se incrementa y asiste con mayor frecuencia a solicitar servicios de salud.

Marco conceptual

El modelo de Callista Roy visualiza a los seres humanos como sistemas adoptantes humanos holísticos, es decir que funcionan como un todo en una expresión unificada de comportamiento humano significativo. Los conceptos de la teoría de los sistemas relacionados con las entradas (estímulos) que provocan una respuesta, es el punto de interacción del sistema y del ambiente con los seres humanos, estos pueden venir del ambiente externo o pueden originarse en el ambiente interno, el nivel de adaptación mismo puede ser un estímulo y las salida que en los sistemas humanos toma la forma de respuesta adaptativa y de respuestas ineficaces. Para Roy los procesos de control se pueden observar en cuatro modos: Modo fisiológico, función de rol, auto concepto e interdependencia. Considera el proceso de enfermería un acercamiento a la resolución de problemas, para recopilar datos, identificando capacidades y necesidades, estableciendo metas, seleccionando y ejecutando cuidados del oficio de la enfermera, y evaluando los cuidados proporcionados. Este se relaciona con los seres humanos como sistemas adaptantes, se han definido: Valoración del comportamiento, evaluación de estímulos, diagnósticos de enfermería, ajuste de la meta, intervención y evaluación. (4)

Para hacer frente a los procesos de afrontamiento del cuidador se encuentran los subsistemas regulador y cognator los cuales han sido activados por la experiencia de cuidar que puede diferir de un cuidador a otro. Los comportamientos que manifiesten dependerán de la relación previa con la persona que cuida, porque lo cuidan, el grado de dependencia del receptor enfermo, el apoyo que reciben de otras personas y las exigencias del mismo cuidador.

Hipótesis

La intervención de enfermería promueve el modo adaptativo de autoconcepto e interdependencia del cuidador del adulto mayor

Objetivos

Determinar el efecto de la intervención de enfermería para promover el modo adaptativo de autoconcepto e interdependencia del cuidador del adulto mayor.

Metodología

Cuantitativo, Cuasi-experimental, longitudinal, prospectivo, prolectivo, Se realizo en la Clínica Hospital ISSSTE de Celaya, 62 cuidadores de Adultos Mayores, El muestreo fue probabilística aleatorio, el tamaño de muestra de acuerdo a los resultados de Intervención de enfermería estrategia para mejorar el autoconcepto de la persona post-infartada” donde el porcentaje de personas compensatorias en el grupo de inicio fue 73.8% y de no compensatorias fue de 26.2 %, para reflejar esta misma proporción en nuestra muestra se utilizo la formula de tamaño de la muestra para un estimado de intervalo de una proporción poblacional: Tamaño mínimo para cada grupo $n= 24$. Variables descriptivas: Edad, sexo, años de estudio, ingresos económicos, estado civil, número de hijos, religión, ocupación y parentesco con el enfermo. Variables de Estudio: Modo de autoconconcepto y Modo de interdependencia. Instrumento VIVEROS 03 / ZERIMAR, (Alfa de Cronbach= 0.77) se solicito el consentimiento informado por escrito.

Resultados

Se estudiaron 62 cuidadores que asistieron a la consulta externa de geriatría en la Clínica Hospital ISSSTE Celaya. Se conformaron 2 grupos: Experimental (GE) y Control (GC) con 33 y 29 sujetos respectivamente, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente orden: Datos Demográficos, Modo de adaptación de autoconcepto e interdependencia

Datos Demográficos

El rango de edad de los Cuidadores de Adultos Mayores fue de 25 a 77 años, para ambos grupos, la media de edad fue de 45.3 ± 11.31 años vs 44.9 ± 10.23 años de edad, para el GE y C respectivamente. El 100 % de los cuidadores en el GE pertenecían al sexo femenino y 28 (93.3%) del GC fueron mujeres y el resto eran hombres. En el estado civil, se obtuvo que 78.7% (26

cuidadores) eran casados y 21.2% (7 cuidadores) son solteros; en el GE. Dentro del GC el 83.3% (25 cuidadores) eran casados y 16.6% (5 cuidadores) eran solteros.

En el GE el 87.8% (29 cuidadores) tienen hijos y 81.8% (27) viven con ellos. En el GC, el 93.3% (28 cuidadores) tienen hijos y 86.6% (26) viven con ellos. El rango de la escolaridad de los cuidadores en ambos grupos fue de 0 a 18 años de estudio, posterior al preescolar; la media para el GE fue de 10.31 ± 4.49 años vs 9.88 ± 5.22 del GC. 56.5% vs 34.8% de los cuidadores se encontraban empleados para el GE y GC respectivamente, encontrando que el (74.2%) de los cuidadores del GE refirió no haber tenido que presentar algún rechazo laboral y el 54.8% (34) del GC. El 32.6% de los cuidadores del GE no tuvo afección en su vida laboral y el 33.3% del GC. 96.8% refirió practicar la religión católica del GE y del GC el 97%. El 79% refirieron que la persona que cuidan es su padre/madre, seguido por su esposo en un 14.0% en el GE, mientras que el GC refirió 66% que su cuidador es su esposo. Para el GE el 35.5% (13 cuidadores) es Ama de Casa, el 30.6% es Profesionista, 16.1 se dedica al ejercicio independiente, 9.7% es obrero, 4.8% refirió ser jubilado y 3.2% se dedican al empleo doméstico. Para el GC el 44% (17 cuidadores) es Ama de Casa, el 26.5% es Profesionista, 13.1 se dedica al ejercicio independiente, 7.9 % es obrero, 5.8% refirió ser jubilado y 2.1 se dedican al empleo doméstico.

Variables de estudio

El grupo control de inicio fueron 29 cuidadores, pero debido a bajas por rechazo a continuar el estudio, muerte de la persona cuidada, y otros factores disminuyó a 10 cuidadores, siendo una muestra pequeña para ser confiable, por lo cual no se les aplicó la segunda medición, anulando el grupo control final en la presentación de resultados. El grupo experimental inició con 33 cuidadores, siendo sus bajas solo 11, quedando el grupo experimental final de 22 cuidadores, a los cuales se les aplicó la segunda medición. Comprobación de condiciones iniciales.

El grupo de control quedó conformado con 29 cuidadores y el experimental con 33, para comprobar la igualdad de condiciones iniciales respecto al autoconcepto y la interdependencia se realizó la prueba t para medias independientes, resultando que las medias para el autoconcepto y la interdependencia son iguales para los dos grupos iniciales, como se muestra en la tabla 1.

Cuadro No. 1

Comparación inicial de los grupos de estudio modo autoconcepto e interdependencia del cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya

Modos	Control Inicial		Experimental Inicial		Diferencia	Prueba t (sig.)
	N	Media \pm D.E.	N	Media \pm D.E.		
Autoconcepto	29	200.14 \pm 19.31	33	198.27 \pm 15.35	1.865	.674
Interdependencia	29	90.90 \pm 10.90	33	92.27 \pm 13.34	-1.376	.661

n= 62

Fuente: Instrumento Viveroso3-Zerimar

Comprobación de hipótesis de estudio.

Para comprobar si la intervención de enfermería promueve los modos adaptativos de autoconcepto e interdependencia del cuidador de adultos mayores, se hicieron las siguientes comparaciones: De acuerdo a los resultados de la cuadro No. 2, la diferencia entre las medias es pequeña para los dos modos siendo no significativa estadísticamente.

Cuadro No. 2

Comparación de grupos modo de autoconcepto e interdependencia del cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya

Modo	Control Inicial		Experimental final		Diferencia	Prueba t (sig.)
	N	Media \pm D.E.	N	Media \pm D.E.		
Autoconcepto	29	200.14 \pm 19.307	22	202.68 \pm 20.548	-2.544	.652
Interdependencia	29	90.90 \pm 10.897	22	91.23 \pm 14.861	-.331	.927

n= 62

Fuente: Instrumento Viveroso3-Zerimar

Cuadro No. 3

Control inicial y experimental final del modo interdependencia del cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya

Categorías de la interdependencia	Control Inicial		Experimental final		Diferencia	Prueba t (sig.)
	N	Media \pm D.E.	N	Media \pm D.E.		
Personas significativas	29	54.413 \pm 7.389	22	54.136 \pm 11.699	.277	.918
Grupos de apoyo	29	36.482 \pm 6.373	22	37.090 \pm 5.579	-.608	.724

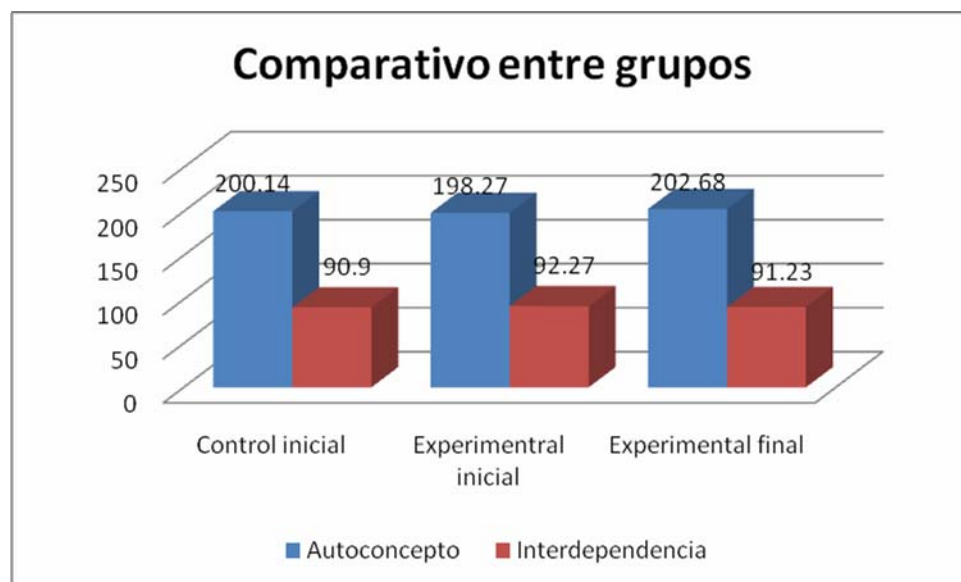
n= 62

Fuente: Instrumento Viveros03-Zerima

La diferencia entre los grupos no fue significativa, lo cual se aprecia mejor en la grafica No. 1.

Grafica 1

Comparativo entre grupos del modo autoconcepto e interdependencia cuidador de adulto mayor de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya



Discusión

En este estudio se presentan los datos del perfil del cuidador y los estudios relacionados con los modos adaptativos de autoconcepto e interdependencia en pacientes adultos mayores y con problemas crónico-degenerativos, ya que no se encontraron registros de estudios hechos cuidadores de adultos mayores con el modelo de C. Roy.

En el estudio de Andrade C.R y col. En su investigación “Apoyo de enfermería a las actividades que realizan los cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados” la mayoría de los cuidadores eran mujeres con una edad promedio de 43.92años, casadas, con escolaridad de primaria amas de casa, el 58.3% eran hijas, 16% esposas, el 15% hombres en el rol de cuidadores. Con un promedio de 7.2 días de cuidado y con una permanencia continua de 13.3 horas, la edad promedio de los receptores del cuidado fue de 72.46 años. En los que coinciden los resultados del estudio con la edad que fue de 25 a 77 años, la media fue de 45.3 ± 11.31 años, el 35.5% es Ama de Casa, poniendo de manifiesto que la actividad de cuidar a un adulto mayor recae en las mujeres, quizá porque la práctica de cuidar está unida a la naturaleza y condición de la actividad femenina y es el reflejo de todo el contexto social de reciprocidad, obligación y responsabilidad. Sin reconocimiento ni valor social.

Así mismo en el estudio de Landeros P.M “Relación del apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del cuidador principal del paciente con enfermedad crónica” donde aplicaron la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, los resultados muestran que el 74% de los cuidadores eran mujeres, edad promedio de 50.68 años, 68% eran casadas, el 20% solteros, la escolaridad en años cumplidos de 7.84 ± 4.51 , 96% religión católica, 60% de los cuidadores estaba desempleado, 6% profesionista, encontrándose una diferencia significativa en la escolaridad ya que los cuidadores del presente estudio tienen la escolaridad de los cuidadores fue de 0 a 18 años de estudio, posterior al preescolar; la media fue de 10.31 ± 4.49 años, el 30.6% (19 cuidadores) es Profesionista lo que fortalece su nivel de vida.

En el estudio de Huizache M. E. *“Relación del apoyo educativo en las capacidades de autocuidado, del cuidador principal del paciente del programa de DPCA”* muestra que el 85.4% eran mujeres, promedio de edad de 45 años y de escolaridad de 7 años de estudio, 56.3% eran amas de casa, 43.8% desempeñaban rol de esposa. Los cuales coinciden con los datos registrados por Landeros P.M. y Andrade CR.

Conclusiones

Los cuidadores de adultos mayores, continúan prevaleciendo el sexo femenino, amas de casa, que viven con sus hijos a las cuales los estímulos internos y externos están produciendo procesos de adaptación ineficaz conforme pasa el tiempo de realizar la actividad de cuidar. Se observa también ya la integración del cuidador profesionistas igual de sexo femenino, solteras, con un nivel ingresos económicos estable y que gozan de la asistencia de salud para ella y su familiar. Y aun así están sufriendo los cambios del entorno resultado de la activación de los mecanismos de afrontamiento regulador y el cognator, poniendo de manifiesto comportamientos en el modo de autoconcepto en la imagen corporal, autoestima, yo ideal y en el modo de interdependencia con las personas significativas. Las cuales estadísticamente en estos momentos no tiene significancia, sin embargo de continuar sin apoyo físico, emocional y social el cuidador puede sufrir el “cansancio del cuidador” como lo han expuesto otros autores.

La intervención de enfermería “Enseñanza de salud” brindada al cuidador no fue medida inmediatamente después de haber concluido, esta se prolongó, debido a que sus domicilios están alejados, se les llamaba y no se encontraban o tenían que salir a acompañar a su adulto mayor a sus controles, al prolongarse el tiempo de medición se observó que el adulto mayor se deterioraba cada vez más lo que le implicaba al cuidador mayor tiempo de cuidado y por lo tanto sus mecanismos de afrontamiento estaban respondiendo de manera inefectiva.

Las demandas de atención de los adultos mayores, dificulta las actividades situacionales cotidianas de los cuidadores, por lo tanto se debe de preparar a la sociedad y no solo a las mujeres a quienes se les ha adjudicado su cuidado para enfrentar los cambios, a través de cursos de capacitación en su unidad de salud donde participe un equipo multidisciplinario.

Establecer grupos de cuidadores en la institución con sesiones programadas donde no solo se hable del cuidado que amerita el adulto mayor, es necesario crear redes de apoyo entre ellos ya que con sus experiencias de aprendizaje en el proceso de cuidar se pueden cuidar así mismo y tal vez los motive dando respuestas de afrontamiento de adaptación.

Referencia Bibliográfica

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006, Programa de Acción: Atención al envejecimiento. pp. 8 – 21.
2. Mendoza, A. Antología Colapso del cuidador, Diplomado de Geriatria. Noviembre 2007, pág. 20.
3. Marrine T.A, Raile A.M. Modelos y teorías de enfermería. Editorial Mosby, cuarta edición; Barcelona 1999, Pp. 243-265.
4. Roy C. El modelo de adaptación. 2da. Edición, Ed. Appleton y Lange. EUA 1999. pp. 37-50, 430-452, 512-518.
5. ISSSTE. Anuario Estadístico del ISSSTE. Estadísticas de población 1.5 a 1.35 población amparada por grupos de edad, sexo y tipo de derechohabiente. On line (Citado el 29 de enero de 2007) disponible en: <http://www.issste.gob/148.245.224.30/población/indix.htm>.
6. ISSSTE. Sistema de Información estadística local (SIEL), estadísticos de la Clínica Hospital ISSSTE. Enero-Diciembre 2006. Celaya, Gto.
7. Rodríguez G.R., Lazcano B. G. Práctica de Geriatria, Ed. McGrawHill, Ed. 2da. 2007 México, pp.43-49, 237-238.
8. El estrés del cuidador se prolonga tras la muerte del enfermo de Alzheimer. (Miguel del Castillo)
9. Lago Canzobre S. Deben Sánchez M. Cuidados del cuidador del paciente con demencia, On line (Citado el 06 de Marzo de 2007) disponible en: [http://: www.firsterra.com.guías2/cuidador .asp](http://www.firsterra.com.guías2/cuidador.asp)
10. ISSSTE. Deben recibir preparación los cuidadores de adultos mayores para evitar daños a su salud física y emocional. On line (Citado el 6 de marzo de 2007) Disponible en: http://www.ISSSTE.gob.mx.webside/comunicados/boletines/2005_julob199-2005.htm

11. Landeros Perez M.E. Padilla Aguirre A. Relación del apoyo educativo de Enfermería en el autocuidado del cuidador principal del paciente con enfermedad crónica. Universidad de Guanajuato. Tesis de Maestria 2006.
12. Acosta T. E. Alvarez L. C. Influencia de la Intervención de enfermería en el modo de autoconcepto de la persona con pie diabético. Universidad de Guanajuato. Tesis de maestría 2004
13. Ramirez O.M. Garcia C.M. Nivel de adaptación: en los modos de desempeño de rol e interdependencia en pacientes en Dialisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Universidad de Guanajuato. Tesis de Maestria 2006.
14. Loreto A P. Antología, Comportamiento en las etapas de desarrollo Humano, Curso-taller Proceso de Enfermería, Julio 2007
15. Huizache M.M, Padilla.A.A. Relación del apoyo educativo en las capacidades de autocuidado, del cuidador principal del paciente del programa de DPCA. Universidad de Guanajuato. Tesis de maestría 2006.
16. Viveros S:M. Diaz G:R: Instrumento Viveros 03 para medir el autoconcepto de personas con Enfermedades crónicas, Rev. Desarrollo Científico Enfermería, Vol. No.4, mayo 2004, pp113-117
17. Secretaría de Gobernación. Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Consultado 17 mayo 2007. Disponible en: <http://www.tereawebcom/dato/leyes/leginfo/150.101.htm>.
18. Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki. Consultado 17 mayo 2007 disponible en http://www.fisterra.com/material/investigada/declaración_helsinki.1.htm.
19. Andrade CR, Pérez Bl, Méndez BL. Apoyo de enfermería a las actividades que realizan los cuidadores informales de Adultos mayores Hospitalizados. Desarrollo Científico Enfermería, Vol. 15 no. 2, marzo 2007. Pag. 52-55.
20. Pezo SC. Neide de Souza P., Maguida CS. La mujer es responsable de la salud de la familia. Index de Enfermería, v.13 N.46 Granada otoño 2004, pág. 1-10
21. Ramírez O.M, Garcia C.L. Nivel de adaptación: en los modos de desempeño de rol e interdependencia en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria, Universidad de Guanajuato. Tesis de maestría 2006.

22. Alarcón R.M. y Garcia C.L. Nivel de adaptación: en los modo fisiologico y autoconcepto de los pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria,. Tesis de maestria 2006.

Apoyo educativo y capacidades de Autocuidado en la diálisis peritoneal continua ambulatoria

M.C.E. Maria De Guadalupe Navarro Elias

M. A. Ma. Laura Ruiz Paloalto

Profesoras División de Ciencias de La Salud e Ingenierías

Campus Celaya- Salvatierra

Universidad de Guanajuato

Resumen

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es una opción de tratamiento para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, padecimiento que se ha incrementado considerablemente y que afecta, física, emocional y socialmente al individuo, por lo tanto según Orem, la agencia de enfermería debe proporcionar apoyo educativo sobre técnicas, procedimientos y aspectos que necesita conocer, aprender y realizar para que el paciente aplique su autocuidado retomando sus propias capacidades y mejorando su régimen de vida.

Palabras clave: Apoyo educativo, capacidad de autocuidado, diálisis peritoneal ambulatoria.

Desarrollo

La Diálisis Peritoneal es una opción de tratamiento para los pacientes con insuficiencia renal, este padecimiento no solo afecta a las estructuras y / o mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste se encuentra seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en proceso de desarrollo del individuo, resulta dañada en forma temporal o permanente, por lo tanto para que los pacientes con esta alteración de salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos y desarrollar habilidades necesarias y oportunas para su propio cuidado, situación en la que la enfermera concede gran importancia a la educación sobre todo al inicio del tratamiento, ya que el paciente deberá aplicarlo en su vida cotidiana, en las tres esferas, física, emocional y social.

Cuando el paciente recibe información integral y estructurada, da como resultado un incremento de sus capacidades de autocuidado, seguridad en la aplicación de sus conocimientos, durante los procedimientos del tratamiento, así como en la toma de decisiones del mismo.

El autocuidado es el resultado de un episodio educativo, es decir algo que adquiere el individuo y que puede tener lugar con un propósito intencionado que impacte la conducta del individuo frente a la vida y la salud, la educación puede contribuir socializando aquellos conocimientos que resultan básicos en el cuidado que han de tener los individuos en su salud, empleando el conocimiento en la solución de las demandas problemáticas de salud, este conocimiento es transformado en acciones.

Las acciones dirigidas a cuidarse son aprendidas, y en este aprendizaje influyen múltiples factores que determinan tanto el tipo como la cantidad de autocuidados que cada uno aplica a si mismo.

Para que el aprendizaje se asimile hay que integrar las acciones de autocuidado en las actividades cotidianas y de esta forma el autocuidado pasa a formar parte del estilo de vida personal convirtiéndose en una acción automática que contribuye a elevar el autoconcepto y la estima personal, luego entonces un personaje importante en el proceso enseñanza – aprendizaje, es la enfermera, la cual debe brindar una atención de enfermería de liderazgo, en las acciones para el cuidado de la salud, consecuentemente, la toma de decisiones, la planeación valorativa constante, la coordinación con otros miembros del equipo de salud y la interrelación con los sujetos a quienes proporcione el servicio de enfermería.

Estudios previos, Gil Griselda y Col. (1999) de la Escuela de Enfermería del IMSS en Monterrey Nuevo León, U. M. F. No. 26. Determinaron los beneficios del programa de autocuidado en el paciente con enfermedad crónica, concluyendo que el incremento de conocimiento y las condiciones generales finales de evaluación en los pacientes indica que sí existen beneficios del programa domiciliario de autocuidado otorgado por enfermería en el paciente con enfermedad crónica.

Los **objetivos** del estudio fueron: I.- Demostrar la relación que existe entre el apoyo educativo proporcionado por la enfermera y las capacidades de autocuidado del paciente con DPCA.1,1.-

Valorar las capacidades de autocuidado del paciente con DPCA 1.2.- Implementar un programa de apoyo educativo que incremente las capacidades de autocuidado del grupo de estudio.

Material y métodos:

El estudio fue cuasiexperimental, correlacional, longitudinal, los sujetos de estudio lo constituyeron el 100% de pacientes (54) inscritos en el programa de D.P.C.A. divididos en 2 grupos por asignación aleatoria. Se recolectó la información, mediante una entrevista directa al paciente, utilizando el instrumento para medir capacidades de autocuidado, elaborado por Díaz y colaboradores, el cual fue validado por constructo con la prueba del instrumento y la validación estadística por el método de semiparticipación de Alpha de Cronbach obteniéndose una confiabilidad de $r = 0.7086$.

Previo a ello se obtuvo la autorización del paciente por escrito.

Los pacientes del grupo control fueron entrevistados en dos ocasiones con un intervalo de 30 días.

Los pacientes del grupo experimental fueron entrevistados en dos ocasiones, la primera previa al programa de intervención y la segunda a los 30 días posterior al programa.

La información obtenida de las entrevistas fue transcrita del instrumento a una base de datos para proceder a su análisis.

Para el análisis de la información se procedió de la siguiente manera:

Se tomó el resultado de la primera aplicación del instrumento al grupo control ($N_1 = 27$) y los resultados de la segunda aplicación del grupo experimental ($N_2 = 27$), se realizó una comparación de medias donde $N_1 < 30$ y $N_2 > 30$ dado que es una muestra pequeña se seleccionó una prueba no para métrica que se conoce como prueba de Wilcoxon – Whitney – Mann.

Muestra $N_1 = 27$ M1: media de la población sin apoyo

Muestra $N_2 = 27$ M2: media de la población con apoyo

1.- Planteamiento de las hipótesis:

Ho: Las poblaciones son idénticas (las medias son iguales)

Ha: $M1 < M2$

2.- Establecimiento del coeficiente de confianza $\alpha = 0.01$ es decir una confiabilidad del 99%

3.- Estructuración de la región de rechazo de la hipótesis nula: si $Z < -2.33$

donde $Z = \frac{U1 - \mu}{\sigma}$

Tu

4.- Cálculo del valor estadístico Z para la muestra

El estudio no implicó riesgo para el paciente, ni para la enfermera (art 17, fra: 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de salud, 1987), se les informó verbalmente de los objetivos del estudio y se les pidió su consentimiento por escrito (art. 13, art. 14, frac: V).

Resultados y discusión

El estudio se realizó con pacientes adultos sometidos a un tratamiento de D. P. C. A. de ambos sexos, con afecciones del sistema renal, abarcó un universo de 54 sujetos de los cuales 30 (55.55%) fueron del sexo femenino y 24 (44.45%) del sexo masculino.

Tabla No. 1
Clasificación por Sexo
Pacientes con D. P. C. A.

Sexo	f	%
Femenino	30	55.55
Masculino	24	44.44
n = 54	54	100

Fuente: Escala de Capacidades de Autocuidado. Celaya, Gto. (2002)

La edad de los pacientes fue entre 19 y 73, fue necesario hacer una clasificación por rango de edad, de acuerdo a Sampieri. Se encontró que el 51.9 % de la población con este tratamiento

corresponde al adulto maduro quienes están llegando ala cúspide de la productividad, la mayoría son padres y se consideraron el soporte económico intergeneracional mas importante. Seguido a ello, el adulto joven cuenta con un 11.1 % quienes inician una vida independiente. Y por último, con un 37.0 % se encuentra el grupo en edad avanzada, quienes la mayoría son jubilados y se exacerban las complicaciones de la afección renal (tabla No. 2)

Tabla No. 2

Clasificación por grupo de Edad

Pacientes con D. P. C. A.

Rangos de edad (años)*	f	%
18 – 39	6	11.1
40 – 59	28	51.9
≥ 60	20	37.03
n = 54	54	100.0

Fuente: Escala de Capacidades de Autocuidado. Celaya, Gto. (2002)

En cuanto a la ocupación que desempeñaban, encontramos que el 42.59 % de la población son económicamente activos y el resto de la población (57.41 %) no lo son (tabla No. 3).

Tabla No. 3

Clasificación por la Ocupación

Pacientes con D. P. C. A.

Función que desempeña	f	%
Negocio propio	1	1.85
Empleado	22	40.74
Ama de casa	24	44.44
Jubilado	7	12.97
n = 54	54	100.0

Fuente: Escala de Capacidades de Autocuidado. Celaya, Gto. (2002)

Otro aspecto importante dentro de los factores condicionantes básicos es si el paciente vive solo o acompañado, encontrándose que el 100 % de los pacientes vive acompañado, situación de soporte favorable en el tratamiento del paciente. (tabla No. 4)

Tabla No. 4

Clasificación por situación de vida

Pacientes con D. P. C. A.

Con quien vive	f	%
Solo	0	0.0
Acompañado	54	100.0
n = 54	54	100.0

Fuente: Escala de Capacidades de Autocuidado. Celaya, Gto. (2002)

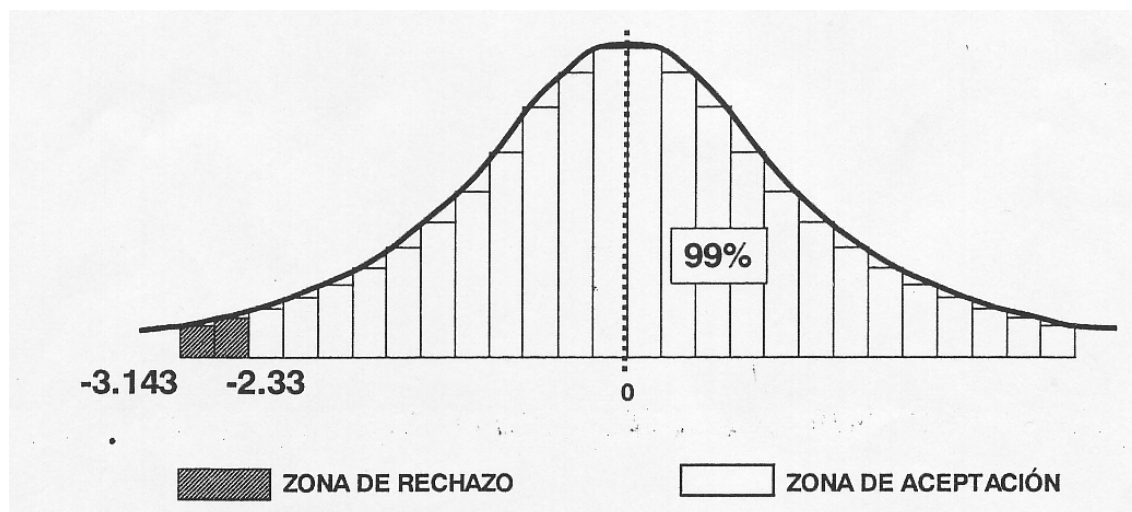
Dados los resultados obtenidos a través de la prueba de “diferencias de medias” se tiene que como $Z = -3.143$ cae dentro del área de rechazo, no se acepta la H_0 y aceptamos la H_a que indica que la media de la población con apoyo es mayor que la media de la población sin apoyo, con $\alpha = 0.01$ (figura No. 1)

Figura No. 1

Distribución normal de la zona de rechazo

Área de rechazo para la hipótesis nula

$$Z \leq -2.33$$



Fuente: Escala de Capacidades de Autocuidado. Celaya, Gto. 2002.

Por lo tanto queda demostrada la relación estrecha que existe entre el problema planteado y los resultados obtenidos en el estudio, confirmando que el apoyo educativo es de gran importancia para que el paciente aumente sus capacidades de autocuidado.

Conclusiones y sugerencias

Es importante la valoración de los factores condicionantes básicos, los requisitos universales, los requisitos de desarrollo y los requisitos de desviación de la salud, para identificar las capacidades de autocuidado presentes en el paciente.

Según los resultados obtenidos, el apoyo educativo, dentro del sistema de enfermería, es una estrategia importante, que ayuda al paciente para incrementar sus capacidades de autocuidado.

La enfermera tiene la responsabilidad de brindar una educación oportuna, adecuada e individualizada al paciente, integrando en ellos aspectos, físicos, emocionales y sociales.

Bibliografía

1. ALSPACH. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto. Editorial McGraw Hill Interamericana. Quinta edición 1998.
2. BALDERAS. Ética de Enfermería. Editorial McGraw – Hill Interamericana, primera edición, México 1998.
3. BAXTER. Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal. Información obtenida de Baxter Healthcare Corporation, México. 1997.
4. BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Medico Quirúrgica. Editorial McGraw – Hill Interamericana. Octava edición. 1998.
5. CANALES y otros. Metodología de la investigación. , editorial Organización Panamericana de la Salud, segunda reimpresión 1989.
6. CARPENITO L.J. Manual de Diagnostico de Enfermería. Editorial Interamericana. Cuarta edición. Madrid España. 1993.
7. CORNEJO RAMIREZ Ma. De la Luz. Principales causas que generan peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital General de Zona No. 4 de Celaya, Guanajuato, en los meses de Enero a Septiembre de 1996 Diciembre 1998. (Trabajo de titulación).
8. DEENIS C.M. Self Care Deficit Theory of nursing: Concepts and applications. St Louis Mosby. Traduced por Wendel Oderkirk, July. 1999.
9. DONOHUE Eben Jeanne y otros. Teoría del Déficit de autocuidado. Dm. Reserch Univ. Devon / pub. 1996.

10. DURAN de Villalobos María Mercedes. Enfermería. Desarrollo Teórico e Investigativo. Editorial Unibib los Universidad Nacional de Colombia, primera edición 1998.
11. ESTEBAN de la Torre Andrés. Manual de cuidados Intensivos para Enfermería. Editorial Springer – Verlag Ibérica. Tercera edición. 1996.
12. GOBERNACION. Ley General de Salud. Décimo quinta edición. Tomo 1. editorial Porrúa. México 1998.
13. HERNANDEZ SAMPIERI Roberto. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill, segunda edición. 2000.
14. HERNANDO AVENDAÑO, Luis. Nefrología Clínica. Editorial panamericana. 1997.
15. HINCHLIFF Susan M. Enseñanza de Enfermería Clínica. Editorial Interamericana, primera edición. 1982.
16. MARRINER TOMEY, Ann y otros. Modelos y teorías en Enfermería. Cuarta edición. Editorial Harcourt. 1999.
17. NORDMARK / ROHWEDER. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial Manual Moderno, segunda edición. 1995.
18. OREM, Dorotea E. Modelos de Orem Conceptos de Enfermería en la práctica. Cuarta edición. Editorial Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona. 1993.
19. POLIT Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial McGraw Hill Interamericana. Quinta edición. 1995.
20. ROMANS S. Merce., La educación de las Personas Adultas. Editorial Paidós. Primera edición, España. 1998.
21. TORRES Martínez Jorge. Fundación Pro – enfermos renales de Guanajuato. A.C. 2000.

Factores de riesgo relacionados a la obesidad en adolescentes

PSSP. Alicia Aboytes Álvarez¹

PSSP. Paulina Isabel Aguirre Robles¹

PSSP. Elizabeth Guía González¹

PSSP. Ana Isabel Prado Martínez¹

Dra. Ma. Lourdes Jordán Jinés²

¹Estudiantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia

²Profesora de tiempo completo Departamento de Enfermería y Obstetricia

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Campus Celaya- Salvatierra

Universidad de Guanajuato

Resumen

Mucho se habla de la obesidad en adolescentes, cada vez más la padecen, por ello es importante que se tome conciencia del origen y prevención de esta. **Hipótesis** “El sedentarismo predispone al adolescente a padecer obesidad”. **Objetivo:** Identificar los factores relacionados a la obesidad en el adolescente. **Metodología:** Realizamos un estudio aplicado, cuantitativo, descriptivo, Correlacional, incluyendo 201 adolescentes de 1,2 y 3 grado turno vespertino de la Esc. Sec. Téc. no. 37 de Celaya. La recolección de datos se realizó con el instrumento “factores de riesgo relacionados a la obesidad en el adolescente” y toma de peso-talla. Análisis comparativo de obesos sedentarios y no sedentarios con la prueba de Z para dos proporciones, con la prueba de alfa (0.05) se obtuvieron intervalos con una confianza del 95% y un poder del 80%. **Resultados:** La prevalencia general de sobrepeso u obesidad fue de 18.5% presente en ambos sexos. Se observó una r de Pearson en las variables alimentación e IMC de -0.262; en la cual, la alimentación determina el grado de obesidad en la población adolescente, obteniendo así un IMC promedio de $23.886 + (-0.695)$. En alimentación una t de -3.83 $p < 0.05$ con un IC de 95% y un margen de error de -1.053 a -0.337 demostrando así que existe una mayor asociación a la obesidad en el adolescente debido a la alimentación marcando una correlación positiva lineal. La r de Pearson entre ejercicio/obesidad muestran una relación negativa y la hipótesis se rechaza. **Conclusiones:** El conocimiento sobre los estilos de vida influye en su capacidad de autocuidado en el adolescente para el desarrollo de la obesidad.

Palabras clave: adolescente, obesidad, estilos de vida

Introducción

El origen de este padecimiento es multifactorial: biológico, genético, social, cultural, psicológico, económico, etcétera.

Se sabe que los adolescentes son motivo de preocupación ya que, generalmente realizan una alimentación disarmónica: alta en grasas saturadas, harinas, azúcares y disminuyen la realización de actividad física.

Debido al alto porcentaje de este padecimiento, la presente investigación tuvo el propósito de identificar los factores principales que afectan directamente al adolescente para que presente esta patología ya que actualmente se presenta una incidencia elevada de obesidad.

Se suscitó la importancia del trabajo de acuerdo a la incidencia y prevalencia de la actualidad. Tomando como marco de referencia investigaciones anteriores relacionadas con esta problemática. El objetivo principal fue Identificar factores de riesgo relacionados a la obesidad en adolescentes.” Y con ello sugerir al adolescente adquirir una mejor calidad de vida incrementando su capacidad de autocuidado, logrando un mayor bienestar físico, mental y social.

Justificación

La obesidad es la patología más común en adolescentes considerada como un problema de salud pública a nivel mundial ocupando el primer lugar como riesgo para desencadenar enfermedades crónicas-degenerativas ⁽¹⁾.

Existe evidencia de que entre más temprana aparezca la obesidad, hay mayor posibilidad de que estas personas la lleguen a desarrollar en la edad adulta. Se sabe que en etapas tempranas se van formando hábitos de alimentación, ejercicio, y a partir de ahí tomar hábitos saludables o no; además cabe destacar que existen factores que influyen como son: nivel socioeconómico, sexo, distribución geográfica, edad, entre otros.

Por lo tanto esta investigación se realizó con la finalidad de investigar los factores que influyen en la obesidad en los adolescentes; y con ello implementar medidas de salud adecuadas para su autocuidado y así evitar enfermedades crónicas degenerativas en la edad adulta.

Planteamiento del problema

En México, el 70% de la población padece obesidad, de los cuales el 12.5% son adolescentes, es decir, 1 de cada 5, entre los 10 y los 17 años. Una de las causas principales es la tendencia a la práctica de estilos de vida poco saludables es cada vez más frecuente, convirtiéndose en un problema de salud mundial debido a la incidencia de esta patología.

En la población adolescente es de gran importancia identificar los factores relacionados con la obesidad y a los estilos de vida poco saludables referentes a la alimentación, ejercicio y estrés que se presenta en esta etapa. Debido a esta problemática el personal de salud tiene la responsabilidad de capacitar al adolescente en su autocuidado y fomentar estilos de vida saludable, previniendo así enfermedades crónico-degenerativas, evitar los trastornos emocionales y llegar a ser un adulto sano.

Por lo cual dicho estudio ayudo a determinar la relación entre los factores de riesgo y estilos de vida pocos saludables en la obesidad.

¿Cuáles son los factores relacionados a la obesidad en adolescentes de la escuela secundaria Técnica no. 37?

Marco conceptual

La adolescencia debe entenderse como el estado de transición entre el ser niño a ser adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, esto es trascendental para grandes cambios fisiológicos que se producen en el individuo hasta llegar a la edad adulta, por lo tanto sus límites no se asocian solo a características físicas sino también a la adquisición de modelos de conducta, para su desarrollo en sociedad.

Ser obeso y estar excedido de peso no es exactamente lo mismo. Una persona obesa tiene una gran cantidad de grasa corporal, no simplemente pocos kilos. Las personas obesas están muy excedidas de peso y corren el riesgo de tener graves problemas de salud.

El origen de la obesidad depende de múltiples factores: genéticos, culturales, sociales, nutricionales, metabólicos y endocrinos. La obesidad predispone a sufrir múltiples enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, infarto del corazón, trombosis cerebral, asfixia del sueño, cálculos en la vesícula, daño de la columna y articulaciones (por sobrepeso), cáncer de intestino y depresión por baja autoestima.

La obesidad es la principal causa de enfermedades crónicas degenerativas. Una de las más preocupantes de la historia es el cáncer asociado al aumento de peso en las mujeres, incluidos: cáncer de seno, colon, vesícula biliar y útero. En los hombres con sobrepeso poseen mayor riesgo de contraer cáncer de colon y próstata.

Para determinar si una persona es obesa, el profesional de la salud utiliza un parámetro de medición denominado "índice de masa corporal" (IMC). En primer lugar, se mide y pesa a la persona. Después se utilizan esos datos para calcular el IMC.

Para clasificar la obesidad es importante conocer el índice de masa corporal (IMC) que resulta de dividir el peso por la talla al cuadrado. El índice de masa corporal se clasifica de la siguiente manera:

Bajo peso	-----< 20
normal	-----20 a 24.9
sobrepeso leve	-----25 a 29.9
sobrepeso moderado	----- 30 a 34.9
sobrepeso severo	----- 35 a 39.9
obesidad mórbida	-----40 a 49.9

obesidad mórbida tipo II -----50 a 60
súper obesidad -----> 60. (14)

Sin embargo, cabe destacar que los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo en la personalidad ya que durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento, cuando en promedio aumentan entre 5.5 a 10.5 kg por año.

Uno de los factores más importantes en el aumento de peso es la vida sedentaria. Actualmente, los jóvenes son menos activos que en el pasado, ya que ocupan más su tiempo frente al televisor, los juegos de video y las computadoras; sus vidas están dominadas por los medios de transporte (automóviles, autobuses, etc.), son pocos los adolescentes que caminan o utilizan la bicicleta para trasladarse principalmente de la casa a la escuela. (15)

Sin embargo, la manera más sencilla de verse bien y sentirse bien es hacer ejercicio regularmente, poner atención al tipo y cantidad de alimento que se elija comer; esto no quiere decir que sea necesario ser un gran atleta y tampoco que todo el día se deba comer lechuga; basta caminar, andar en bicicleta, patinar, bailar o jugar a la pelota durante 30 minutos para quemar calorías y mantenerse en forma. (11)

Todo esto aportara al adolescente un mejor bienestar físico y mental en su desarrollo y adquirir el autocuidado de su persona en la edad adulta.

Hipótesis

El sedentarismo predispone al adolescente a padecer obesidad

Objetivos

General

- Identificar los factores relacionados a la obesidad en el adolescente.

Específicos

- Describir las variables sociodemográficas
- Identificar los factores presentes.
- Identificar los niveles de obesidad o sobrepeso.
- Informar sobre la frecuencia de obesidad en los adolescentes.

Metodología

Tipo de estudio: Aplicado, cuantitativo, descriptivo y correlacional.

Diseño metodológico: no experimental transversal.

Límites de tiempo y espacio: Tiempo: enero – junio 2009

Espacio: ESC. SEC. TEC. NO. 37, en el turno vespertino.

Universo: inicial 650 adolescentes julio – diciembre 2008 turno vespertino.

Inscripciones enero - julio 2009, 629 adolescentes turno vespertino.

Muestra:

El muestreo fue aleatorio simple. El tamaño de muestra inicial fue: 330. Atendiendo el índice de deserción en las inscripciones del periodo enero- julio, se recalculo la muestra con el programa EPI INFO 2001 versión 1.1 CDC Atlanta Georgia, arrojándonos un nuevo tamaño de muestra de 153 adolescentes.

Criterios: Se seleccionaron a los adolescentes que reunieron los siguientes criterios de elegibilidad:

Inclusión:

- Estudiantes que desearon participar y cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

No inclusión:

- Alumnos que no estuvieron presentes en el periodo de la aplicación de cuestionarios.

Eliminación:

Cuestionarios incompletos.

- Alumnos que no desearon continuar en la investigación.

Variables de estudio

- Independiente: factores de riesgo
- Dependiente: obesidad
- Descriptivas: edad, sexo, talla, peso, IMC

Operacionalización y descripción de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Factores de riesgo	Son aquellas características que predisponen al individuo a padecer alguna enfermedad.	Alimentación	Conjunto de las cosas que se toman o se proporcionan como alimento	Bueno (5-6) Regular (2-4) Malo (0-1)
		Estrés	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves	Presente Ausente
		Sedentarismo	Es la carencia de actividad física Herencia de los caracteres anatómicos, citológicos y funcionales entre padres e hijos	Sedentario No sedentario
		Herencia Genética	Impacto que tienen estos en cada persona para el consumo de sus productos como: frituras, refrescos, hamburguesas,	Presente Ausente

		Influencia de los medios de comunicación	colaciones, etc. Clasificación en dinero, de cómo esta cada familia	Presente Ausente
		Nivel socioeconómico		Índice de nivel socioeconómico
Obesidad	Acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, principalmente como consecuencia de una ingesta de calorías superior a las necesidades energéticas del individuo	Sobrepeso	Peso de cada persona que rebasa al ideal	IMC >25 - <27
		Obesidad grado I	Puntaje en relación al peso y la talla que rebasa al ideal.	IMC 27- 29.9
		Obesidad grado II	Puntaje en relación entre peso/talla que rebasa en 5 puntos al mínimo autorizado	IMC >30
		Obesidad Mórbida	Puntaje que rebasa en exceso al ideal y este provoca alguna patología	IMC >40

VARIABLES DESCRIPTIVAS					
variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Estadístico
EDAD	Cuantitativa de razón discreta	Tiempo de vida de un individuo.	Núm. de años cumplido en el momento de la recolección de datos	Número de años cumplidos	$(\bar{x} \pm DE)$
SEXO	Cualitativa Nominal Dicotómica	Conjunto de caracteres biológicos y físicos que diferencian a las hembras de los machos	Auto percepción de género	Femenino Masculino	(f y %)
TALLA	Numérica continua	Estatura de una persona	Numero de metros que mide la persona en el momento de la recolección de los datos	Total de metros que mide la persona	$(\bar{x} \pm DE)$
PESO	Numérica Continua	Medida que aporta información nutricional de un individuo expresado de forma numérica.	Cantidad de kilogramos que pesa la persona al momento de la recolección de datos.	Total de Kg. de la persona	$(\bar{x} \pm DE)$
IMC	Numerica Continua	Estimación del peso ideal de una persona en función de su talla y peso.	Numero de Kilogramos de peso y talla en cm. al momento de la recolección de datos	Kg. / m ²	$(\bar{x} \pm DE)$

Instrumentos

La recolección de datos se realizó mediante el instrumento “Factores relacionados a la obesidad en el adolescente” (LEO. María Mercedes Moreno González, 2007), cuyo objetivo fue identificar los factores relacionados a la obesidad en el adolescente. El cual estuvo integrado por tres apartados; el primero es sobre datos generales, el segundo apartado sobre el estilo de vida y el tercero sobre el nivel socioeconómico (INSE).

Procedimiento.

La confiabilidad del instrumento con alfa de Cronbach fue de 0.9340, dicho instrumento fue modificado en sus preguntas y sus opciones de respuestas para que fueran más específicas. Una vez autorizado el protocolo de la investigación se solicitó la autorización a los directivos de la ESC. SEC. TEC. núm. 37 mediante un escrito al director, se procedió a citar a reunión con los participantes para explicarles el objetivo de la investigación y firmaran el consentimiento informado por escrito. A los participantes se les pidió su consentimiento de manera verbal para la participación en dicha investigación antes de la recolección de datos.

La recolección de datos se realizó por las investigadoras Ana Isabel Prado Martínez, Paulina Isabel Aguirre Robles, Elizabeth Guía González, y Alicia Aboytes Álvarez, se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento. Se realizaron intervenciones mediante la planeación de actividades previas, la toma de peso y talla, con una báscula de baño y una cinta métrica pegada a la pared, este procedimiento se llevó a cabo antes del receso de los alumnos con la finalidad de unificar criterios y así evitar sesgos en información.

Análisis estadístico.

Se empleó el programa EPI INFO 2001 versión 1.1 CDC Atlanta Georgia para cálculo del tamaño de muestra, se empleó el paquete estadístico para SPSS para Windows versión 15.0, se calcularon medias y desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes para variables descriptivas, así mismo se determinaron las correlaciones IMC/ ejercicio – alimentación.

Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se basó en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en el título 2° de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Capítulo 1, artículos del 13 al 27 y en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en los principios de: autonomía, beneficencia, confidencialidad, justicia y no maleficencia que se describen a continuación.

AUTONOMÍA: Se cubrirá con la decisión de los estudiantes y tutores para elegir si desean participar o no en la investigación por medio del procedimiento de consentimiento informado.

BENEFICENCIA: Se le informará al alumno y al tutor, que lo que se pretende con la investigación es buscar cual es el factor que más lo predispone a la obesidad y de esta manera se beneficiará.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información recabada se manejará sólo por los investigadores; de forma discreta y segura.

JUSTICIA: Todos los alumnos que cumplen con los criterios de inclusión son elegibles, se hará muestreo aleatorio.

NO MALEFICENCIA: En este estudio se prevé que no hay riesgo para el estudiante ya que se manejan aspectos de la persona los cuales serán manejados con la mayor cautela de discreción.

Resultados y discusión

Cuadro 1

Variables descriptivas

Variables	Media	Desv. Estándar
Edad	14.02	.997
Talla	1.6143	.09315
Peso	56.8532	11.46089
IMC	21.7454	3.69030

n=201

Fuente: cuestionario Factores de Riesgo Relacionados a la Obesidad en Adolescentes

Se encuestaron 201 adolescentes su promedio de edad fue de 14.02 ± 0.997 años, con una talla entre $1.61 + 0.09315$ m.; con un peso oscilante entre $56.8532 + 11.46089$ Kg. E IMC de 21.7454 ± 3.69030

Cuadro 2

Variables socio-demográficas

variables		Frecuencia	%
Sexo	masculino	109	54.2
	femenino	92	45.8
Grado académico	2	90	44.8
	3	60	29.9
	1	51	25.4
Herencia Genética	no	138	68.7
	solo uno	49	24.4
	si	14	7.0

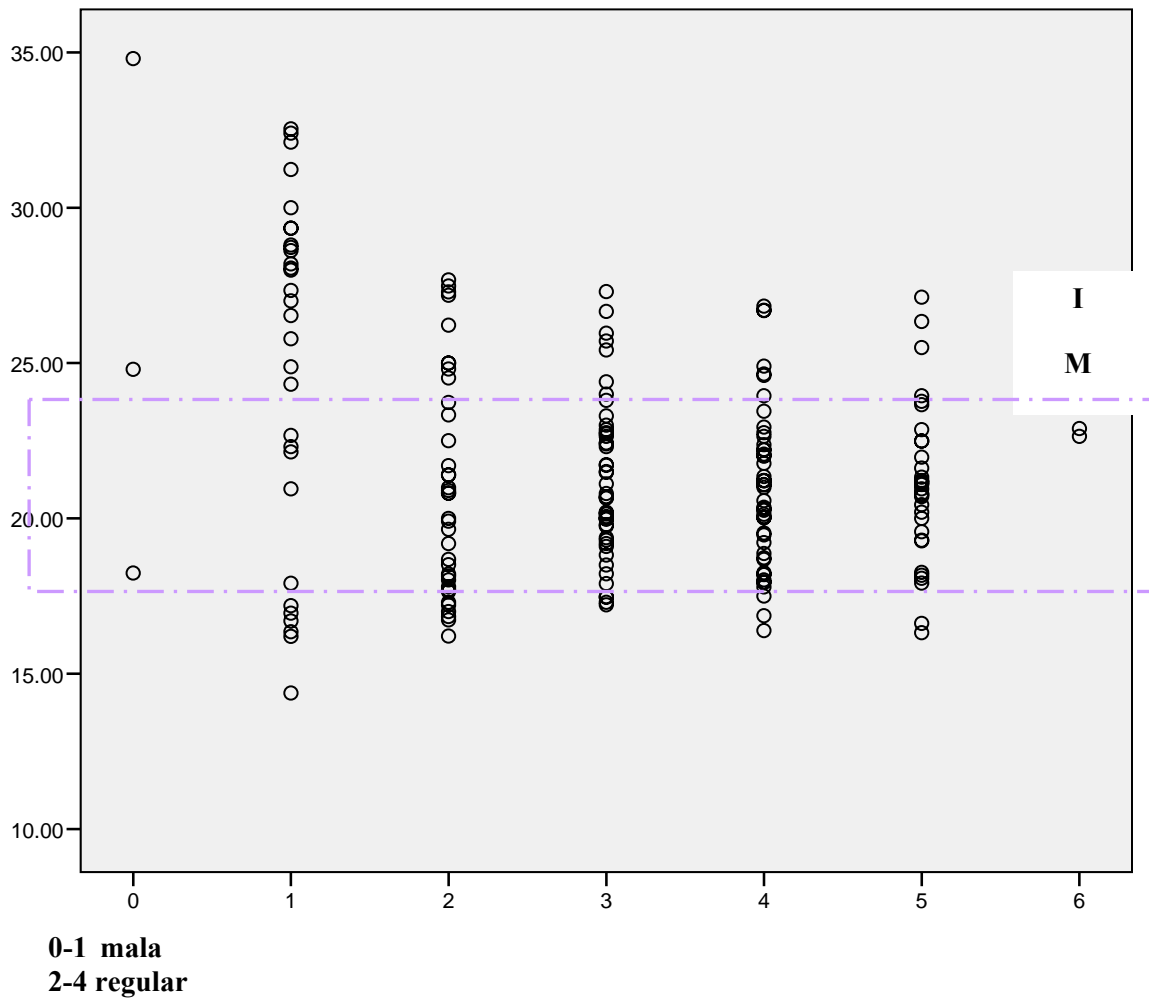
n=201

Fuente: cuestionario Factores de Riesgo Relacionados a la Obesidad en Adolescentes

Distribuidos en sexo masculino como predominante en frecuencia con 54.2% en relación a la población femenina con un 45.8%. El mayor porcentaje de los encuestados se encuentra en segundo grado con una frecuencia de 90 y un porcentaje de 44.8% y en menor proporción el primer grado académico.

Gráfica 1

Dispersión lineal entre variables dependiente e independiente.



En la gráfica anterior se muestra la correlación existente entre el IMC y la alimentación. , oscilando en valores de 14.38 hasta 34.8 kg/m² y en escala de buena a mala. Según el puntaje señalado al pie de la gráfica.

Los datos presentados con anterioridad nos refieren que la mayoría de los participantes en el estudio llevan una alimentación regular entre 2 y 4 puntos, pero se mantienen latentes algunos dentro de los límites normales. Cabe mencionar, que una porción sumamente baja se encuentra sin riesgo y con una buena selección de alimentos. No se debe descuidar que presentan factores

importantes como la poca alternativa que tienen dentro de la escuela para adquirir productos nutritivos con bajo aporte calóricos y a medida que ellos adquieren años su metabolismo disminuye al igual que la actividad física, por lo tanto es más difícil eliminar el aporte de grasa diario al organismo y esto marca un punto importante en la predisposición a presentar en un futuro obesidad.

Conclusiones

Los datos obtenidos en el presente estudio, muestran el alcance de los objetivos identificados en la población adolescente de la escuela secundaria técnica No. 37 que consumen de manera indiscriminada alimentos pocos nutritivos y de gran aporte calórico aunado a la poca actividad física que realizan llevan al adolescente a presentar ciertos grados de sobrepeso u obesidad en relación a su talla en un 18.5% de la población y el 6% corresponden a adolescentes con un bajo peso.

Su media de años en el momento de la recolección de los datos de los participantes oscila entre 14.02 ± 0.997 años, con una talla de $1.61 + 0.09315$ m.; un peso promedio entre $56.8532 + 11.46089$ Kg. E IMC de 21.7454 ± 3.69030 .

No existe significancia en la predisposición genética, ni sexo predominante ya que el sobrepeso u obesidad se presenta en masculinos y femeninos.

El estrés no se toma como factor de correlación con la variable dependiente ya que la mayoría de los participantes refirió no presentar estrés ante situaciones de la vida cotidiana. En lo que respecta a los medios de comunicación, se puede observar que estos influyen en la elección de los alimentos consumidos a diario por el adolescente, los cuales aportan gran cantidad calórica y bajo contenido nutricional.

Referencias bibliográficas

1. Cárdenas VV. et al. Factores relacionados a la obesidad en el niño y el adolescente. Rev. Desarrollo científico en Enfermería. 2007; 15(10):431-434.
2. Euzko Jaurlaritza. Obesidad Juvenil. (Acceso en 2008 agosto 22). Disponible en: <http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40->

- 0503/es/contenidos/informacion/kolegainfo_temas/es_temas/adjuntos/Obesidad%20(guia%20juvenil.com).pdf
3. Ciencia popular.com. Obesidad cuestión de peso. (Acceso en 2008 agosto 22). Disponible en: http://www.cienciapopular.com/n/Medicina_y_Salud/Obesidad/Obesidad.php
 4. Carballo MR. La hipertensión y la obesidad en el niño como factores potenciales de riesgo ateroesclerótico en el adulto joven. Rev. Cubana de Investigaciones Biomédicas.1998; 17(2). (Acceso en 2008 agosto 21). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11622&id_seccion=665&id_ejemplar=1203&id_revista=67
 5. Castillo MJ. La condición física es un componente importante de la salud para los adultos del hoy y del mañana. Rev. Facultad de Medicina universidad de Granada & Sotogrande Health Experience. 2007; 17(1):2-8. (Acceso en 2008 agosto 15). Disponible en : <http://www.cafyd.com/selec0701/Selultimo.pdf>
 6. Delgado EM. Et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes del municipio de Floridablanca, Colombia. (Acceso en 2008 agosto 15). Disponible en: http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32186875_ITM
 7. Diginota. Nuevas investigaciones confirman el origen vírico de la obesidad (Acceso en 2008 agosto 21). Disponible en: <http://www.diginota.com/noticias/nuevas-investigaciones-confirman-el-origen-v-rico-de-la-obesidad.html>
 8. Caballero C. Et al. Obesidad, actividad e inactividad física en adolescentes de Morelos, México: un estudio longitudinal. Rev. Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 2007; 57(3). (Acceso en 2008 agosto 15). Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2007-3/obesidad.asp>
 9. Bien Contigo. Obesidad Adolescente, un problema de mucho peso. (Acceso en 2008 agosto 15). Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/464542.html>

10. Síntesis Informativa. Obesidad Escolar. (Acceso en 2008 agosto 20). Disponible en: <http://www.seg.guanajuato.gob.mx/Informacion/Sintesis/2006/septiembre/04sep06.asp>
11. Wikipedia Enciclopedia Libre. Adolescencia. (Acceso en 2008 agosto 20). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>
12. University of Virginia Health System. Diabetes. (Acceso en 2008 agosto 22) Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_diabetes_sp/oover.cfm
13. Todo para tu bienestar. Obesidad. (Acceso en 2008 agosto 22). Disponible en: <http://www.anti-estres.com.ar/obesidad.htm>
14. Obesity las Américas. Obesidad la enfermedad del Siglo XXI. (Acceso en 2008 agosto 22). Disponible en: www.obesitylasamericas.com/inicio.html
15. Salud.com. Sobrepeso en la Adolescencia. (Acceso en 2008 agosto 22). Disponible en: http://www.salud.com/secciones/salud_femenina.asp?contenido=25315
16. Ley General de Salud, Título quinto. Investigación para la salud. Capítulo único. Artículo 100, 2005 [consultado el 16 de mayo del 2009], disponible en: <http://tareaweb.com/data/leyes/leyinfo/150/101.htm>
17. Marriner A, Raile M; (2007). Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier Mosby, Pp. 269-272,274.

Vivencia de la espiritualidad en adultos mayores. Una perspectiva fenomenológica

Roselvi López Torres*

Ma. Guadalupe Ojeda Vargas**

Pasante de enfermería Universidad Juárez Autónoma de Tabasco*.

Profesora Departamento de Enfermería y Obstetricia

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías.

Génesis de la inquietud en el investigador

El inicio de la inquietud a desvelar se conformó en mí persona desde que tengo conciencia ya que desde mí nacimiento he tenido una vida en el mundo Cristiano, donde he aprendido que sin Dios es imposible vivir de manera tranquila.

He aprendido los valores cristianos, gracias a mi Dios que puso en mi camino a personas de gran importancia en mi vida: mis padres quienes me llevaron e inculcaron los conocimientos de Dios, donde tengo el conocimiento de su palabra que es una guía en mi camino, obteniendo cada día la espiritualidad que me inspira para seguir adelante en la vida.

Recuerdo que de los 8 a los 13 años, solía pasar con mis abuelos paternos, los fines de semana, o cuando estaba de vacaciones tres o cuatro días de la semana, mi abuelo (q.e.p.d.), de quien recuerdo mucho sus experiencias espirituales y de las cuales he adoptado parte de ellas, tenía una vida entregada al servicio de Cristo. Él acostumbraba meditar a diario la palabra de Dios (Biblia), mencionaba que si no tenía antes del desayuno, una lectura de ella, estaba débil, pues la consideraba como el desayuno espiritual, que no podía faltarle y que debería ser lo primero, que deberíamos tener en el día.

Y al encontrarme ante la decisión de elegir un tema de investigación, surgió la necesidad de desvelar algo que me ha inquietó por tiempo, ¿qué importancia tiene para el adulto mayor la espiritualidad?

Aproximación al conocimiento de la temática.

Envejecimiento.

La evolución del envejecimiento es descrito por diferentes autores, de acuerdo a sus características y cambios, por lo que se revisaron los siguientes, los cuales estudian tal proceso obteniendo como conocimiento que:

Langarica (1985) señalaba que el envejecimiento es un hecho universal, presente desde el momento de la concepción cuyos efectos afectan a todos los seres vivos, quienes lo experimentan más tarde o más temprano según el ritmo con que se presentan los cambios en los distintos órganos de una misma persona y los diferentes tiempos de presentación de estos cambios. Por eso se dice que el envejecimiento es un proceso irregular y asincrónico, esencialmente individual, nadie envejece por otro. Envejecer es una vivencia personal, impredecible, única en nuestra existencia: es la gran lección que día a día nos da la vida¹

Envejecimiento poblacional

En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años, y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 870 millones, o el 380 %. En 2025, habrá un total de cerca de 1,2 billones de personas con más de 60 años². La población de nuestra región pasó de 161 millones de habitantes en 1950 a 547 millones en 2005, y se espera que para 2050 ascienda a 763 millones de personas³. Según el XIII censo de población y vivienda actualmente en Guanajuato residen más de 4.6 millones de personas, de ellas 331, 065 forman parte del grupo con 60 años y más. En las últimas décadas, el índice de envejecimiento se ha incrementado paulatinamente hasta alcanzar en fechas recientes un porcentaje equivalente a 13 personas de edad avanzada por cada 100 habitantes menores de 15 años. Sin embargo, se espera que en el año 2030, el número de adultos mayores ascienda a 59 por cada 100 menores de 15 años. La población de 60 años y más se encuentra distribuida proporcionalmente en 6 regiones, ocupando los primeros 10 lugares los municipios de: Atarjea, Santa Catarina, Coroneo, Tarandacuao, Acámbaro, Tarimoro, Salvatierra,

Santiago Maravatio, Moroleón y Pueblo nuevo, que además coinciden con una mayor intensidad migratoria en el estado⁴

Proceso de envejecimiento.

De acuerdo con la Asamblea Mundial del Envejecimiento de 1982, la biología del envejecimiento debe dedicarse a describir y explicar los cambios que a nivel molecular, celular, tisular y orgánico se manifiestan conforme avanza la edad⁵. Los aspectos físicos del envejecimiento rigen los cambios y las limitaciones propias de esta etapa de la vida, las canas, la piel vieja, el cambio de postura y las arrugas profundas son señales más que evidentes⁽¹⁴⁾. Entre los recursos psicológicos de afrontamiento, se destacan los sentimientos de autoestima, la percepción de control sobre las situaciones que se producen en la vida y la habilidad para manejarlas, y la percepción sobre la eficacia o respuesta hacia situaciones imprevistas o estresantes.⁽¹²⁾

Espiritualidad en el adulto mayor.

El hombre está compuesto por cuerpo y alma aunque en ciertos referentes se añade “espíritu” tanto el alma como el espíritu se ponen en contraste con el cuerpo, significando el componente incorpóreo del hombre; Con frecuencia se emplea el término alma para expresar la parte inmortal del ser humano⁶. Aristóteles, afirmaba en su teoría helimórfica que todas las cosas se constituyen en base a la materia y la forma. Es decir, no todo es material, no todo es espiritual, pero sin embargo ambas formas experimentan una íntima conexión. Del ser humano podemos afirmar lo mismo: no todo en él es sólo material, pero tampoco todo en él es sólo espiritual. Ambas realidades se implican y necesitan una de otra⁷. La fe es el principio y el fundamento de la vida espiritual, es algo indispensable y necesario. Es una luz que no cambia jamás; siempre brilla, sea cual fuere la situación en la que nos encontremos⁸. Por otro lado, la esperanza nos da la seguridad de que nos basta querer los senderos que conducen a Dios.

Cuidado de Enfermería espiritual al adulto mayor

El cuidado espiritual, es aquel que necesita todo hombre de forma personal, donde se explora al adulto mayor de acuerdo a sus valores y creencias, haciéndoles ver que no somos eternos, pero que es importante alimentar nuestro espíritu.

En esta perspectiva Ordenes enumera algunas claves fundamentales que pudieran orientar un acompañamiento espiritual del adulto mayor: Conciencia de lo finito, aceptación de las limitaciones y reconciliación, aceptación de la soledad, dinámica de la alegría desde la realidad, crecimiento en encuentro y diálogo consigo mismo, diálogo y encuentro con los otros, paradoja del sufrimiento y la alegría, encuentro con el Señor de la vida.

El bienestar espiritual es la capacidad para aumentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión del yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo⁹. Siendo un modo de vivir, un estilo de vida que ve y vive la vida con resolución y agrado, que busca opciones de enriquecimiento y sustento vital que se pueden escoger libremente en cada momento y que busca sus raíces en lo más profundo de sus valores espirituales, creencias religiosas o ambas cosas¹⁰.

El NIC y Kozier (2002) describen como intervenciones para el cuidado espiritual: *Ayudar a identificar barreras y actitudes que dificulten el crecimiento y el autodescubrimiento, ofrecer el apoyo de la oración al individuo o al grupo, según sea conveniente, fomentar la esperanza, proporcionar recursos espirituales.*¹¹

Construcción del referencial metodológico.

Para llegar a la construcción del camino metodológico se realizó una revisión a partir de:

Investigación cualitativa.

Consiste en la recolección sistémica y el análisis de materiales narrativos de carácter más subjetivos, utilizando procedimiento en los que el control por parte del investigador tiende a reducirse al mínimo¹². De esta manera, la investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones¹³.

Fenomenología.

Se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales. La fenomenología descansa en cuatro conceptos claves: La temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida).⁽¹³⁾

Entrevista en la investigación cualitativa.

Las entrevistas traen un sujeto con historia y con proyectos para que sean realizados en un futuro próximo o distante. En esta entrevista el sujeto menciona episodios que ilustran varios momentos de su vida social y privada, y habla de sus imaginaciones, fantasías, miedos y éxitos. La descripción sistemática y sistemática de las entrevistas se organiza a partir de una historia principal que amarra la narrativa, de historias paralelas que sugieren contrastes y aún de otras comprensiones posibles¹⁴.

Trayectoria metodológica.

Planteamiento de la interrogación.

Al inicio de la investigación, se presentó desde el momento en que fui aceptada para el verano científico y trasladarme al lugar elegido. Donde tenía curiosidad por conocer la investigación cualitativa. Entonces al realizar una introspección en mi vida, se manifestó ante mí la inquietud

de acercarme al fenómeno a través de la investigación cualitativa con enfoque fenomenológico como un camino metodológico para desvelar:

¿Qué significado tiene para el adulto mayor la espiritualidad?

Siendo esta el *epojé*, “suspender ese fenómeno ante mis ojos y conocer las vivencias que tienen las personas en ese mundo que habitan y qué experimentan”. Husserl (1998) describe el *epojé* como universal respecto del mundo que llega a ser consciente desconecta del campo fenomenológico el mundo que pasa el sujeto en cuestión pura y simplemente existe, pero en su lugar se presenta el mundo, en lugar de algo mundano singular puro y simple, se presenta el respectivo sentido de conciencia en sus diferentes modos¹⁵.

El resultado de la *epojé* fenomenológica es que nuestra atención se desplaza a los objetos al modo de darse esos objetos en la conciencia, o sea, a los fenómenos en sentido fenomenológico. Entonces el fenomenólogo sólo aceptará como fenómenos válidos aquellos que estén dados originariamente, y que son la base para toda interpretación e intelectualización posterior¹⁶.

Objeto del estudio. La Vivencia de la espiritualidad del adulto mayor.

Propósito de la investigación.

Fue comprender qué significado tiene para el adulto mayor la espiritualidad.

Escenario del estudio.

Se realizó con adultos mayores que manifiestan su espiritualidad asistiendo frecuentemente a diferentes iglesias, del Municipio de Celaya Guanajuato.

Tiempo de la investigación.

Del 23 de junio al 23 de agosto del 2008.

Recursos humanos.

Se realizó con la participación de:

Roselvi López Torres, estudiante de 8°. Semestre de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco de la División Académica de Ciencias en la Salud, Coordinación de Estudios Básicos de Enfermería.

Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas, profesora de carrera y Responsable del Cuerpo Académico Cuidado al Adulto Mayor Sano o enfermo, de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya de la Universidad de Guanajuato.

Recursos financieros y materiales.

El estudio fue financiado por el programa XVIII Verano de la Investigación Científica de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya a través de la experiencia de verano de la Investigación 2008.

Observación de la dimensión bioética.

Se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (SSA, 2008). En base al artículo 100 fracción I, III, IV y VI.

Acceso a los sujetos participantes.

Se realizó a través de la entrevista fenomenológica personal, la cual buscó penetrar al mundo de la vivencia desde la perspectiva del entrevistado, partiendo de una

Preguntas norteadoras:

¿Qué es para usted vivir de forma espiritual?, ¿Qué es para usted ser espiritual?, ¿Qué es eso de vivir una espiritualidad a esta edad?

Análisis de los resultados.

Datos cualitativos.

El investigador construye los datos, y al hacerlo registra la información en algún soporte físico.

Proceso general del análisis.

Los contenidos de las grabaciones de las entrevistas fueron transcritos en forma literal, manteniendo la descripción de los sujetos, a partir de ellos se realizó la reducción de datos: Separación de las unidades de significado, Identificación y clasificación de unidades en unidades temáticas y descripción del fenómeno desvelado.

Síntesis de las Unidades de Significado.

Después de realizada la síntesis de unidades de significado, **El significado que tiene para el adulto mayor la espiritualidad es algo que en realidad, no lo encuentra bien definido**, algo que no se palpa, algo que no se compra, algo de lo más valioso, esas cosas que nadie ni te las puede dar ni te las puede quitar, es conocer la parte más profunda de mi ser, es la búsqueda del hombre siempre, es llenar esa necesidad que muchas veces nos negamos, es satisfacer ese hueco que esta dentro de uno, es un sentimiento que se trae dentro, es algo sobrenatural, **es que una persona sea espiritual**, es leer libros que le ayuden a elevar la espiritualidad, es tener cosas del espíritu, **es tener valores morales altos, es vivir una vida correcta, intachable, una buena vida, con la que se este a gusto**, es algo que tiene más valor, más peso, es poner en práctica lo que la misma vida le ha enseñado, son todas las cosas positivas que puede haber en un ser humano, viviendo lo que anhelan, es vivir en este tiempo, lo que te dan las experiencias, **es ponerla en práctica como Dios quiere que las viva**, es un regalo de Dios, es un concepto de lo que es Dios, es tu vida con Dios, es más de lo que se ha aprendido a la luz de la biblia, es guardar los mandamientos, es vivir en armonía con Dios, es el soplo de vida que Dios nos ha dado, es tener esa relación íntima con el espíritu de Dios, con el espíritu del hombre, es el amor manifestado a través de la palabra de Dios en mi persona, es el momento en que recibo a Cristo como mi salvador personal, es darse esa oportunidad para poder ser llamado hijo de Dios, es acercarse más a reconciliarse con el Señor, es decirle a nuestro Señor mis dolores, **es encontrar relación con su manera de ser y pensar**, es la manera de ver la vida, la manera de conducirse, es no pensar que nada mas en lo que se ve, sino también en lo que no se ve, pero que te da un

mensaje, es pensar también en que hay una vida más allá de la que estamos viviendo aquí, **es no practicar cosas que le dañen o que dañen a otra gente**, es no amargarse la vida, no renegar, no dar puntapiés para que el otro caiga, es fortalecer a la persona en su decaimiento cuando esta enferma, sola, abandonada, y con sufrimiento, es la palabra de aliento que los ayude a salir adelante, es darle esperanza, es sentirse comprendidos, **es dejar una huella aquí con las demás personas**, es aceptar a la otra persona, es tener recogimiento delante de sus semejantes, es lo que debe de hacer uno como madre, es no irse por el camino extraviado, es vivir unidos, es vivir bien sin tener problemas, es estar bien con la familia, es saber que podemos ser útiles de mil maneras, **es la calidad de vida interna**, es lo que impulsa a tener compromiso con un Ser Superior, es como el efecto de lo que realice, es buscar su relación vertical, es una experiencia hermosa, es lo que nos ha sostenido, es algo completamente abundante, es tener amor, es fe, es ser creyente, es llevar todo con paciencia.

Estructura del fenómeno a partir de las unidades temáticas.

Identificadas las unidades temáticas, se puede acercar a la estructuración del fenómeno donde los adultos mayores refirieron que la Espiritualidad es algo que no es fácil de definir ya que esta implícito lo relacionado al espíritu, pues es algo que no se palpa, que no se ve, que no se puede comprar que esta dentro del ser humano, es una experiencia individual, que va más allá, es algo sobrenatural difícil de explicar, que emerge del interior de la persona dándole fuerza, para experimentar que su caminar no lo realiza sólo, es **algo intangible**, lo que no puede o debe tocarse; Es el espíritu, que busca ayudarse para ser elevado, al leer libros ricos en espiritualidad, música, leer la Biblia, leer frases motivadoras, contemplar la naturaleza, contemplar la obra creada por un Ser Superior, es tratar las cosas del espíritu, sabiendo que el **alimento espiritual** es donde el espíritu encuentra alimento sólido, para los que han alcanzado madurez y tienen los sentidos ejercitados en el discernimiento del bien y del mal; pero también puede el espíritu buscar leche cuando su disposición así lo necesite, dependiendo de la apertura y disposición del adulto mayor. Espiritualidad es tener valores morales altos y ponerlos en práctica, por lo que consideran que tiene más valor y peso, practicando todas las cosas positivas que puede haber en el ser

humano, viviendo en esta etapa de la vida con una forma de vida correcta, donde se sienta a gusto, **siendo la espiritualidad la conducta** que señala ciertas pautas mínimas, referidas a evitar matar, robar, mentir y cometer adulterio; y destacando tres virtudes, la humildad, la caridad y la veracidad, impulsando a comunicarse con Él, guardando los mandamientos y preceptos establecidos en su palabra, a manera de tener una relación íntima con Él. Es la búsqueda incesante de la parte más profunda de su ser, lo que nos lleva a tener una **vida espiritual**, considerándola como aquella que todo ser humano posee, donde Dios es el autor, se evidencia a través de la manifestación de amor hacia los otros, se alimenta en el amor Dios, con fe, oración y la Palabra; que es la manera de ver la vida, la manera de conducirse, de acuerdo al concepto que se tiene de Dios, pensando que hay un final en la vida lo cual es el destino de todo hombre, el encuentro con su Dios. De esta forma la espiritualidad en el adulto mayor que se encuentra ampliamente testimoniada por muchos e importantes aspectos de la experiencia, a través de capacidades humanas que trascienden el nivel de la naturaleza material, la inteligencia, las capacidades de abstracción, razón, argumentación, de reconocer la verdad y de enunciarla en un lenguaje. En la voluntad, las capacidades de querer autodeterminarse libremente, de actuar en vistas a un fin conocido intelectualmente. Y en ambos niveles, la capacidad de auto-reflexión, y querer nuestros propios actos y como consecuencia de estas capacidades, nuestro conocimiento se encuentra abierto hacia toda la realidad, sin límite (aunque los conocimientos particulares sean siempre limitados); nuestro querer tiende hacia el bien absoluto, y no se conforma con ningún bien limitado; y podemos descubrir el sentido de nuestra vida, e incluso darle libremente un sentido, proyectando el futuro; no practicando cosas que te dañen o dañen a otras personas, comprendiéndolos, apoyándolos espiritualmente a través de palabras de aliento, esperanza, porque la espiritualidad es la **vivencia de la piedad**, la cual penetra delicadamente en la existencia personal de cada fiel, se apoya en Dios emergiendo una experiencia de amor; que deja huella y te lleva a vivir en armonía, teniendo recogimiento delante del semejante, viviendo bien, teniendo respeto mutuo, llevando todo con paciencia, manifestando el amor de Dios, lo cual representa la espiritualidad la **vivencia de la gracia**: al cuidar a otros, y mantenerse útil socialmente, manteniendo la integridad ;aceptando el pasado y pasar momentos en Él, para nutrirse de los logros pasados, disfrutar de la vida, manteniendo el sentido del humor, siendo tolerante con los aspectos desagradables de la vejez, cuidarse, aceptar las necesidades de dependencia y agradecer el apoyo recibido tratando de mantener contacto e intimidad con viejos

amigos y lograr hacer nuevas amistades. La espiritualidad es como la **calidad de vida interna**, la cual busca una relación vertical que le conduce al creador, siendo una experiencia trascendente al estar en gracia de Dios, viviendo a través de la fe y el amor, hablando con sinceridad y amistad con Dios, a través de la fe, el amor a la ley de Dios, manteniendo una mente espiritual que lleva al camino de sabiduría, a través de los frutos del espíritu.

Consideraciones finales.

El inicio la inquietud, se presento ante mí como necesidad de comprender que significado tiene para el adulto mayor la espiritualidad, sin embargo el fenómeno es inagotable. Y considero que no es el fin, si no el principio de iniciar un acercamiento y alejamiento al fenómeno, que cada vez me permita descubrir nuevos elementos a mí comprensión y fortalecer de esta manera el cuidado espiritual de enfermería.

Considerando lo anterior, nos permitimos sugerir para el futuro realizar investigaciones permitan desvelar con mayor amplitud este fenómeno como:

- Conocer la importancia que tiene para el adulto mayor la religión.
- Conocer el significado de la espiritualidad para el adulto mayor que no asiste a la iglesia.
- Conocer el significado que tiene la espiritualidad para el adulto mayor que se encuentra en la calle.
- Conocer que significa para los jóvenes la espiritualidad.
- Conocer el significado que tiene para enfermería la espiritualidad.
- Conocer el significado que tiene para enfermería el cuidado espiritual en el adulto mayor.
- Conocer las herramientas que tiene enfermería para el cuidado espiritual.

Referencias Bibliográficas.

1. CONAPO, Envejecimiento de la población en México. Relato del siglo XXI., mayo 2005. México D.F.
2. CEPAL. Disponible en: <http://celare.cl/cms/content/view/2706/28/>, acceso 12 de julio de 2008.

3. CEPEG, Programa especial de población de Guanajuato, Gobierno del Estado de Guanajuato, Guanajuato, Gto. México, 2005.p.82-83.
4. Rubio Suárez Eduardo, Biología del envejecimiento. Asili Nélida y col., Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. p19 Disponible en:
<http://books.google.com.mx/books?id=v6HDqgUoE6gC&printsec=frontcover&lr=&sig=ACfU3U3v6it5KrtMfoUfqO07WSdzbId-YQ>, Acceso: 07 de julio de 2008
5. Nuevo diccionario bíblico ilustrado. Editorial. Talleres Gráficos de la M.C.E. Orbe, E.R No 265 SG. Viladecavalls (Barcelona) 1989.
6. Ordenes F, Marco A. El acompañamiento espiritual del adulto mayor. Disponible en:
www.iglesia.cl/portal_recursos/social/salud/acompanamiento.doc
7. Acceso: 07 de Julio de 2008
8. M Martínez Luis. La intimidad con Jesús. Editorial: La Cruz. México 1950.p 9,16, 26, 45-50, 107, 109, 238.
9. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2005-2006. Edit. Edide, S. L. p.40
10. Kozier Bárbara, Erb Glenora, Blais Kathleen, M Wilkinson Judith. Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y prácticas. 5ta edic. McGraw-Hill. Interamericana. México 2002.p.343, 347.
11. McCloskey Dochterman Joanne, M Bulechek Gloria. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ta edic.Edit. Elsevier. España 2006
12. Polit Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud, principios y métodos sexta Edición. Edit. McGraw-Hill Interamericana, México 2003 p. 14-19, 231-237, 286-288.
13. Martínez Miguélez Miguel. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Editorial: Trillas. México, 2004.p 65-66, 93, 137-154
14. B Gómez William. Instituto de Psicología. Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Psicol. USP vol.8 n.2 São Paulo 1997
15. Husserl E. Invitación a la Fenomenología, Ediciones paidós I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona buenos Aires- México 1998.

16. Fernández Sergio 1997. Disponible en:
<http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/gargola/1997/sergio.htm>. Acceso el 04/08/08

Supercurso latinoamericano sobre Epidemiología, Internet y Salud Global.

Dr. en C. Nicolás Padilla Raygoza
Coordinador de Apoyo a la Investigación y Posgrado
Coordinador del Supercurso Latinoamericano de Epidemiología, Internet y Salud Global
Profesor Asociado C
Departamento de Enfermería y Obstetricia
División Ciencias de la Salud e Ingenierías
Campus Celaya - Salvatierra
Universidad de Guanajuato
Mutualismo 303

En los 90's hubo dos revoluciones que cambiaron al mundo de la salud: la primera en biología molecular a través de la Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR) y la segunda fue el Internet con la transferencia de la información.

La historia del Internet es corta, sólo hasta los 90's se generalizó su uso. Vint Cerf es uno de los padres del Internet.

La red de salud global tiene como misión principal unir a todos los interesados en la prevención en el mundo.

Las agencias espaciales de los Estados Unidos y del Japón han sido de gran ayuda en el establecimiento de la red de salud global, a través de la transferencia de conocimientos, con una red segura y la experiencia global que tienen.

La red de salud global tiene varios componentes:

Conectividad,

Telemonitoreo de enfermedades,

Red universitaria de salud global,

Red de Organizaciones No Gubernamentales,

Documentos cibernéticos,

Red

De acuerdo al Banco Mundial (1994) los programas educativos a distancia son con mucho, menos costosos que los presenciales, con la red global nos permiten compartir el conocimiento,

entre los países desarrollados y los que están en desarrollo. Una ventaja de la red de salud global es que en múltiples lenguajes.

El esfuerzo surge de la Escuela de Graduados de Salud Pública de la Universidad de Pittsburgh, con uno de sus graduados con excelencia, Dr. Ron LaPorte.

El lanzamiento del Supercurso ocurre hace 13 años con una página Web y apoyo de diversas organizaciones, como la NASA, la Biblioteca Nacional de Medicina, IBM, el Grupo del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Panamericana de la Salud y la Universidad de Pittsburgh.

Es probable que nuestra Red sea el proyecto más grande de prevención en el mundo. La fortaleza de nuestro Supercurso es el gran número de colaboradores en muchos países del mundo.

El concepto es simple: compartir el conocimiento, gratis.

La clave es compartir.

El Supercurso y la Red de Salud Global ha crecido más allá de nuestras expectativas: 40,000 profesores en 174 países del mundo.

Tenemos más participantes que la OMS y que CDC.

Ahora tenemos más de 4,000 presentaciones en PowerPoint®

Varias de las cuales fueron elaborados por diferentes galardonados con el Premio Nobel de Medicina.

Nuestro esfuerzo está encaminado a fortalecer a los profesores de salud pública, medicina enfermería en el mundo.

El costo de entrenamiento de estudiantes es infinitamente inferior que con métodos tradicionales. Hemos recibido un reconocimiento por ser una de las mejores páginas de salud de acuerdo a The Lancet, PC Magazine. Se han generado supercursos regionales como el de los países de la Antigua Unión Soviética o el del Islam o el Latinoamericano.

Uno de nuestros esfuerzos es construir conferencias Justo en Tiempo, que son lanzadas inmediatamente después de un brote de una enfermedad infecciosa o después de un desastre natural. Lanzamos la presentación sobre Katrina y basada en ella, un colaborador del Supercurso en Texas, la distribuyó a todas las escuelas de educación elemental en el estado y cinco días después llegó el huracán Rita.

El Supercurso Latinoamericano surge por idea de Ron LaPorte, Eugene Shubnikov, Faina Linkov, Mita Lovalekar, Nicolás Padilla y el apoyo de la MIE Rosalina Díaz Guerrero.

Contamos con más de 500 conferencias en español, en diferentes áreas de la salud y uno de los grandes éxitos fue la presentación sobre influenza A H1N1 lanzada el 28 de Abril del 2009, creada por Rashid Chotani, publicada en el ciberespacio originalmente en inglés, español y ruso. La conferencia se actualizó diariamente durante 10 días con datos obtenidos de la OMS, CDC, SS.

La versión 15 ya estaba en 14 idiomas. La versión en español se utilizó para capacitar a personal de embajadas de los EUA en Latinoamérica, algunas secretarías de salud en el continente también la recibieron y la usaron. El encargado de Epidemiología de la Secretaría de Salud solicitó todas las versiones para tenerlas como acervo de información, la OMS nos felicitó por el esfuerzo desplegado y el Departamento de Estado de EUA, la utilizó para su sistema de información a la población acerca del H1N1.

Bibliografía

1. <http://www.pitt.edu/~super1/index.htm>
2. <http://www.feoc.ugto.x/super/curso.php>

Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social en pacientes de una unidad de hemodiálisis

L.E.O. Norma Arriola Ortega*

Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas

Alumna de Maestría en Ciencias de la Enfermería 2008-2010*

Profesora Departamento de Enfermería y Obstetricia

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Campus Celaya-Salvatierra

Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad emergente de nuestros tiempos y a medida que pasan los años es notable el aumento de su incidencia; el paciente que la padece puede sufrir problemas físicos y psicológicos que pueden alterar su personalidad, porque ante la necesidad de enfrentar cambios en su vida cotidiana puede asumir una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, deprimirse y no lograr adaptarse a las nuevas exigencias de su vida, reflejando soledad, aislamiento, ansiedad y egocentrismo, sobre todo cuando el tratamiento para salvaguardar su salud y bienestar es invasivo y demandante de mucha disciplina, tal y como lo es la hemodiálisis, que es un tratamiento sustitutivo de los riñones, y que indica que el estado de salud de la persona está en riesgo de llevarlo a la muerte.

La soledad como problema psicológico y de salud, afecta la relación afectiva y social del paciente con IRC, y con ello se afecta el deseo de cuidar su salud y bienestar, o lo deja en manos de las personas que se hacen responsables de su cuidado, sin embargo debido a los cambios en su vida (por la hemodiálisis) el paciente se aísla o se aleja de los demás, en ocasiones ocultando su estado anímico y de salud real, dando como consecuencia complicaciones serias que pueden llevarlo a un desenlace fatal. Por lo anterior se hace necesario que las personas que están en tratamiento de hemodiálisis mantengan un equilibrio entre la soledad y la interacción social, que es un requisito universal de salud descrito en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, de

Dorothea E. Orem, que consiste en llevar a las personas a lograr un sentido de bienestar y armonía en su vida. La unidad de hemodiálisis, es el área donde acude el paciente con insuficiencia renal, lo que hizo necesario que el profesional de enfermería conociera las características del equilibrio entre la soledad y la interacción social e identifico comportamientos del paciente que indicaran dicho desequilibrio y actuar prontamente para su atención.

Esta investigación fue sustentada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem. El objetivo fue describir el requisito universal de autocuidado “mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social” de pacientes en una unidad de hemodiálisis. El estudio se efectuó en la Clínica Hospital ISSSTE Celaya, Gto, en el servicio de hemodiálisis, para recolección la información se aplicó un instrumento llamado “Escala para medir el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social del paciente con estancia hospitalaria prolongada”, el cual ya fue validado en una población adulta de Ciudad del Carmen, Campeche.

Es importante mencionar que este estudio beneficio a los pacientes de la unidad de hemodiálisis pues se encuestaron y se identificaron sus necesidades sociales y de interacción con otras personas o bien la necesidad de permanecer en soledad para reflexionar sobre su estado de salud y lo importante que es “hacerse responsables de su propio cuidado”. Además fortaleció los conocimientos del personal de enfermería que la colocaron en la posibilidad de atender este aspecto tan olvidado, en ocasiones, como lo fue el interactuar con los pacientes, se les hizo sentir que son personas y no solo enfermos con una necesidad puramente fisiológica: la hemodiálisis.

Justificación

La IRC es un problema de salud pública, actualmente considerada como enfermedad emergente con una tasa anual de crecimiento de 9 al 15% a nivel nacional, apareciendo principalmente en el adulto mayor generando una situación de crisis, un acontecimiento angustiante que en mayor o menor medida impacta en la vida del sujeto y crea una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, ocasionando desequilibrio tanto en su persona como en su familia¹.

Dada su situación de salud el ingreso a una unidad de hemodiálisis, fue una situación que se caracterizo por múltiples alteraciones emocionales y experimentar sentimientos de

despersonalización como la soledad, pérdidas, limitaciones e inseguridades, a menudo impuso grandes sacrificios para el binomio paciente-familia².

El paciente con IRC presento cambios en su estado de ánimo, que pudieron deberse a varios motivos, entre ellos, estrés debido a la administración de medicamentos y a la acumulación de la urea en la sangre, lo que alteró su sistema nervioso. Muchos de estos pacientes se hicieron dependientes fisiológicamente de una máquina para poder seguir viviendo, como fue el caso de la hemodiálisis, y el hecho de ser autosuficientes y ahora depender de esa máquina, le provoco ira o enojo hacia la persona que le realizaron el procedimiento de hemodiálisis. Esto fue importante ya que el profesional de enfermería identifico los comportamientos que se sabia la enfermedad predispuso entre ellos, tal como fue el aislamiento y deterioro de sus relaciones, ya que el estar hemodializando continuamente se convirtió en una fuente continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica.

El estudio pretendió investigar como es el requisito universal de autocuidado “Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social” del paciente con IRC en una unidad de hemodiálisis, para posteriormente implementarse estrategias que ayuden a que los pacientes se sientan bien consigo mismos y con su entorno social, con lo cual se animarían a colaborar en su propio tratamiento y autocuidado, esto último beneficiaría a ellos, su familia y al mismo sector salud, pues al cuidar de sí mismos podrían disminuir las incidencias de hospitalización por complicaciones.

López Cisneros en su investigación describió el requisito universal de autocuidado, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social del adulto con estancia hospitalaria prologada, concluyendo que el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (MESIS), como tal solo lo presenta un pequeño porcentaje, es decir perciben la soledad como una experiencia positiva, a pesar de haberse sentido solos alguna vez en su vida, pero la estancia hospitalaria no le generó la soledad³.

Pintado A, analizó el efecto de tres condicionantes básicos estado de salud: sistema de cuidado de salud y factores ambientales en el equilibrio entre la soledad y la interacción social en el paciente con más de tres días de estancia hospitalaria, los resultados obtenidos fueron: en el estado de salud la situación económica, la falta de búsqueda de ayuda cuando el paciente siente temor o

angustia debido al padecimiento, la falta de unión familiar, el no poder desarrollar actividades de la vida cotidiana sin molestia, sentir pena para expresar sentimientos relacionados con la enfermedad, son los aspectos relevantes en la pérdida del equilibrio entre la soledad e interacción social del paciente hospitalizado⁴.

La importancia del porque se realizó esta investigación sobre el mantenimiento y el equilibrio entre la soledad y la interacción social en el paciente de una unidad de hemodiálisis, con la teoría de Dorothea E. Orem, fue para la identificación de las características entre la interacción social producto de la relación estímulo-respuesta, en el que se vieron reflejados sentimientos de auto percepción y desadaptación, que pudieron estar asociados con la pérdida de actividad y aislamiento social, aspectos que pudieron desembocar en trastornos tales como ansiedad y depresión. Existe un instrumento validado para medir este requisito universal, el cual fue aplicado a población adulta en el área de hospitalización, la posibilidad de ser aplicado al paciente con IRC, en una unidad de hemodiálisis amplió el cuerpo de conocimientos del profesional de enfermería en otro grupo de población con problemas de salud diferentes.

Con esta investigación se pretendió fortalecer el acervo de conocimientos del Cuerpo Académico “Estilo de vida saludable y cronicidad”, se estudiaron también adultos mayores fortaleciendo el cuerpo académico “Cuidado del adulto mayor sano o enfermo”, de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato.

Planteamiento del problema

El servicio de hemodiálisis de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya, Gto, de acuerdo con los registros de enfermería, atendía 32 pacientes, de los cuales son 16 mujeres y 16 hombres. Sin embargo a la fecha se tiene pocos estudios de esta población sobre el requisito de autocuidado universal del mantenimiento del equilibrio de la soledad y la interacción social.

La unidad de hemodiálisis además de ser un servicio que presta atención medicamentosa al paciente con IRC, fortaleció la interacción, superficial o de manera profunda entre los pacientes, lo que permitió e identificó en su comportamiento que presento cercanía o lejanía emocional entre ellos.

Los pacientes con IRC dentro de la unidad de hemodiálisis, llegaron a sufrir una serie de problemas que afectaron su comportamiento durante su estancia en esta unidad, ocasionados por un rompimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social y cuya intensidad vario en cada paciente, ya que cada persona vivió su enfermedad de forma distinta, al ingreso al servicio presento necesidades diferentes. Por lo tanto fue necesario ya que el personal de enfermería valoró de forma oportuna al paciente, que identifico su crecimiento personal, su interacción entre la sociedad, llevo al profesional de enfermería a la creación de mayor conocimiento en la socialización de los pacientes para su desarrollo humano optimo que lo llevo a desarrollar actitudes positivas hacia su propio cuidado.

Por lo anteriormente mencionado se planteo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo es el requisito universal de autocuidado “mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social” de pacientes en la unidad de hemodiálisis?

Marco teórico conceptual

La búsqueda de Orem es lograr una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente a finales de la década de los 50's, dedico mucha energía a comprender el significado de la enfermería y autocuidado. En su postulado “Enfermería: los conceptos de práctica”, proporciona un marco que contempla: la práctica, la educación y la gestión de enfermería, con el propósito de mejorar los cuidados⁵

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, Entorno, Salud, Enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas⁶.

Teoría del autocuidado

Es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso.

El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Describe tres tipos de requisitos⁷: Requisitos de Autocuidado Universal; Requisitos del Desarrollo; Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud. Los requisitos de autocuidado universales (RAU) abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales en la vida. Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción puede conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida.

Estos (RUAC), son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de la salud cubriendo los aspectos fundamentales para la vida, el mantenimiento de la integridad de las estructuras y el funcionamiento y bienestar de la persona. En este grupo se incluyen: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales⁷.

Los (RUAC) se ven influenciado por los factores condicionantes básicos (FCB) que son condiciones internas y externas de la persona que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado, estos factores fueron propios de las personas o del entorno en

que vive. Estos influyen, por una parte en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesitan llevar a cabo la persona para mantenerse en condiciones de salud satisfactorias y sacar todo el partido posible a su propia vida y por otra en las capacidades de las personas que se encargan de su autocuidado o del cuidado de quienes dependen de ella. Estos (FCB) son los siguientes: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos⁶.

Teoría del Déficit del Autocuidado

Expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de si mismos o de quienes están a su cargo ⁷.

Esta teoría se muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la agencia de autocuidado ⁶.

Teoría de los Sistemas de Enfermería

Es la más general de ellas, incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería, sugiere que la disciplina de enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados, diseñados y producido por enfermeras, a través del ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado. Ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ellas, que plantean problemas de cuidado o de cuidado dependiente⁷. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda de enfermería por medio de los sistemas de enfermería los cuales son: Sistemas de enfermería totalmente compensatorio; parcialmente compensatorio; sistemas de apoyo - educativo. Estos sistemas se llevan a cabo por medio de los siguientes métodos enfermeros: Actuar por otro; Guiar a otro; Apoyar a otro; Proporcionar un entorno de desarrollo; Enseñar a otro.

Los métodos de ayuda adecuados para desarrollar los sistemas de apoyo-educativo son: proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, apoyar, guiar y enseñar. Estos métodos de ayuda Orem los describe como comunes en todas las situaciones de ayuda, puede utilizarse tanto en situaciones individuales como para grupos, seleccionándolos y combinándolos según las demandas de autocuidado y la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente. Se convierten en agentes de cuidados actuando en lugar de la persona, apoyándola física y/o psicológicamente, promoviendo un entorno favorable del desarrollo personal y enseñándole, de tal manera que llegue a ser capaz de satisfacer sus demandas de autocuidado actuales y futuras⁹.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Los requisitos universales de autocuidado cuando están satisfechos terapéuticamente y con eficacia, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognoscitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar.

El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, se enfoca en acciones de autocuidado y en la necesidad del equilibrio armónico en la vida entre los dos extremos. Lograr un ***equilibrio entre la soledad y la interacción social*** proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquieren conocimientos, se forman valores y expectativas, además se consigue una sensación de seguridad y realización.

La ***soledad*** reduce el número de estímulos sociales y de las demandas de interacción social, también proporciona condiciones que conducen reflexionar, los contactos sociales favorecen oportunidades para el intercambio de ideas y de culturas que influyen en la socialización y el logro del potencial humano. Por su parte la ***interacción social*** también es fundamental para mantener los recursos materiales esenciales para la vida, el crecimiento y el desarrollo.

Existen grupos de acciones generales para satisfacer el requisito universal del mantenimiento entre el equilibrio y la interacción social, los cuales consisten en:

- Mantener la calidad y el equilibrio necesario para el desarrollo de la autonomía personal y de relaciones sociales perdurables que refuercen el funcionamiento efectivo de los individuos.

- Reforzar los lazos de afecto, amor y amistad; manejar efectivamente los impulsos de usar a otros con propósitos egoístas, ignorando su individualidad, su integridad y sus derechos.
- Proporcionar las condiciones de calor social e intimidad esenciales para el continuo desarrollo y adaptación.
- Promover tanto la autonomía personal como la pertenencia al grupo.

Sin embargo *ser humano* significa tener capacidad de sentir, a menudo las personas se permiten pensar pero se prohíben sentir las emociones, la única forma de desarrollar una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros, es reconocer las emociones y darse permiso a sentirlas ya sean agradables o dolorosas.

La **soledad** es una emoción en la que existe una ausencia que genera una ansiedad difusa, es un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales, que se vinculan con aislamiento, retiro y estado de abandono, también se le considera como un sentimiento prolongado involuntario, de no estar relacionado significativamente con alguien, es una apreciación subjetiva de que la persona se siente sola.

La soledad suele estar unida con frecuencia a situaciones como el desamor. Durante los estados de soledad la incomunicación es absoluta y va en contra del hombre como ser social, cuya función más básica es comunicarse con los demás.

En las comunidades tradicionales la soledad es un fenómeno poco frecuente, basado la mayor parte de las veces en motivos externos (enfermedades, sentimientos de culpa).

Frente a ello, en las actuales sociedades industriales aparece el fenómeno del aislamiento del individuo, serio problema que requiere tratamiento psicológico, ya que la incomunicación puede provocar algunas enfermedades, como la depresión. Una de las causas más frecuentes es la debilidad relacional, es decir, la incapacidad para establecer relaciones personales.

Asimismo la soledad, involuntaria o aparentemente elegida, es un trastorno psicosocial (hastío del mundo) que indica el inicio de determinadas etapas vitales, como la pubertad o la vejez, la soledad al generarse en la persona altera la **interacción social** que consiste en el comportamiento de comunicación global de sujetos relacionados entre sí.

Las formas y convenciones de la interacción social están marcadas por la historia y sujetas, por tanto, a un cambio permanente. Son básicamente la expresión del grado de diferenciación del statu quo social. En la ***interacción social*** los individuos se influyen mutuamente y adaptan su comportamiento frente a los demás. Cada individuo va formando su identidad específica en la interacción con los demás miembros de la sociedad en la que tiene que acreditarse. La comunicación social ha sido ampliamente utilizada como sinónimo del concepto de interacción social, pero difiere de este concepto al estar considerada como un proceso no siempre simétrico. Las relaciones interpersonales están basadas en la interacción social, es decir, en la relación de reciprocidad que se da en el comportamiento de dos o más personas, la interacción social permite ver a la persona como un ser en sociedad, que influye y es influido a la vez.

Paciente con IRC en una unidad de hemodiálisis

Existen cambios físicos, fisiológicos y emocionales que suelen acentuarse con el proceso de enfermedad, haciendo al paciente vulnerable de factores de riesgo propios del entorno, tomando como referencia los cambios emocionales y sociales que presenta el paciente al ingresar a la unidad de hemodiálisis, debe enfermería identificar las características de este tipo de pacientes al inicio y de forma continua, sea observado que el principal sentimiento generado es la soledad el cual impide o limita el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas disminuyendo la interacción social y limitando el desarrollo de la persona, sin olvidar que esta puede relacionarse con las condiciones y circunstancias de la vida, así como la relación con su familia y otros individuos.

Insuficiencia Renal Crónica

Insuficiencia Renal Crónica, se caracteriza por una disminución persistente, progresiva e irreversible de la función de los riñones¹⁰ La Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, señala que la Hemodiálisis es un procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva de agua y solutos de la sangre a través de una membrana artificial semipermeable y que se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal y

otras patologías, aplicando los aparatos e instrumentos adecuados. La Unidad de Hemodiálisis, es un centro dedicado al tratamiento de pacientes que requieren de hemodiálisis¹¹.

Soledad del paciente en una unidad de hemodiálisis

Existe soledad en los pacientes porque persisten paredes muy fuertes que impiden abrir una luz de la esperanza, paredes de soledad familiar, conyugal, social, existencial. Hay personas que se resignan a la soledad y permanecen pasivos en el centro de ese hogar que se llama vida existiendo además otros factores como la edad avanzada, vivir solo, estar viudo, tener un bajo nivel educativo, bajos ingresos económicos, un mal estado de salud, un mal estado funcional, mala visión y la pérdida de audición, las actitudes pesimistas, fatalistas, de depresión, angustia, pérdida limitaciones e inseguridades aumentan la prevalencia de la soledad, esta es definitiva una dimensión muy importante del ser humano que va mucho más allá de una situación o un estado de ánimo.

Interacción social del paciente en una unidad de hemodiálisis

Es sabido que las enfermedades de larga duración predisponen a los individuos y sus familias al aislamiento y deterioro de sus relaciones, la enfermedad puede llegar a ser el mayor estresor relacionado con que un individuo tenga pocos contactos sociales y se produzca un alejamiento de su familia y redes sociales. Los cambios de ánimo son muy comunes en las personas que padecen insuficiencia renal crónica por ciertos motivos: administración de medicamentos, urea en la sangre (altera el sistema nervioso central), despersonalización, fuentes continuas de malestar y vulnerabilidad, la desesperanza, tristeza, abandono (esto no tiene que ser sistematizado ya que el sujeto puede experimentar goce o inspiración).

Requisito universal de autocuidado: “Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social” de los pacientes con hemodiálisis.

Dentro de los requisitos universales el sexto se refiere al mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social que se enfoca en acciones de autocuidado y van de la mano, ya que promueve un sentido de bienestar y pondera de manera armoniosa la vida por lo que la enfermera

debe encontrar la forma de abordar la soledad, que permita ver al paciente desde una óptica diferente, positiva, eludiendo pensamientos autocompasivos o victimas de manera que propicie un crecimiento interior en la persona ⁶.

El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social puede darle un valor positivo a la actitud de las personas en una unidad de hemodiálisis, el cual es fundamental para adquirir conocimientos y valores para el desarrollo humano, considerando que las relaciones interpersonales ofrecen seguridad, confianza, capacidad de reflexión, etc., en uno mismo y con relación a otras personas reflejada en su calidad de vida.

El equilibrio se da cuando existe una ausencia de soledad y una mejor interacción social en el individuo.

Interacción social

Según Orem es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones, también proporciona el calor y la proximidad para el desarrollo humano normal, tiene así mismo una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos ⁶.

Para otros autores la interacción social es un comportamiento de comunicación global de sujetos relacionados entre sí. Las formas y convenciones de la interacción social están marcadas por la historia y sujetas por tanto, a un cambio permanente. Son básicamente la expresión del grado de diferenciación del “*statu quo social*”. En la interacción social los individuos se influyen mutuamente y adaptan su comportamiento frente a los demás, cada individuo va formando su identidad específica en la interacción con los miembros de la sociedad en la que tiene que acreditar¹².

Soledad

Orem señala que la soledad es la disminución de estímulos sociales y de las demandas de interacción social, también proporciona condiciones conductuales a la reflexión y pensar sobre su

existencia y la de otros, así como sobre su entorno que los rodea ⁽⁶⁾. Los contactos sociales favorecen oportunidades para el intercambio de ideas y de culturas que influyen en la socialización y el logro del potencial humano.

También es definida como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto¹³. La soledad puede ser pensada como un estado, o situación que provoca emociones. Dichas emociones pueden ser tristeza, desesperanza abandono, aunque no de manera sistemática tiene que tener connotación negativa, ya que también el sujeto puede experimentar goce o inspiración. Esto se debe a que este estado puede estar producido por múltiples causas y no inexorablemente por el aislamiento social¹⁴.

Es importante que el paciente que se encuentra en la unidad de hemodiálisis perciba que no está solo, que existen más personas con su mismo problema y que nada gana con aislarse o negarse a sí mismo la existencia de su enfermedad, más bien debe enfrentar su realidad y hacerse acompañar de las personas que lo aman y que lo apoyan, es decir debe darse la oportunidad de interactuar con los demás, a veces de las experiencias de otros se aprenden muchas cosas que le pueden ayudar a sobrellevar su tratamiento y padecimiento, pero también es importante hacer notar que la soledad es un estado que el propio paciente puede decidir como un medio de estar consigo mismo y reflexionar su situación que en ocasiones lo hace acercarse a sus creencias y valores espirituales, y es un deber de enfermería propiciar o favorecer que el paciente se sienta bien consigo mismo y con su entorno social en la unidad de hemodiálisis.

Objetivos

General:

Describir el requisito universal “mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social” de pacientes en una unidad de hemodiálisis.

Específicos:

- Identificar el perfil de los pacientes que se encuentran en una unidad de hemodiálisis.
- Describir las características de la soledad en pacientes en una unidad de hemodiálisis.

- Describir las características de interacción social de pacientes en una unidad de hemodiálisis.

Metodología

Tipo de Estudio

Cuantitativo, Descriptivo, Aplicado.

Diseño metodológico

Transversal, No experimental.

Límites de Tiempo y Espacio

Este estudio se realizará en la Clínica Hospital ISSSTE Celaya, en la Unidad de Hemodiálisis, en marzo de 2010.

Universo y muestra

32 Pacientes, que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Hospital ISSSTE, Celaya. Se tomarán en cuenta todos los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Hospital ISSSTE Celaya, que reúnan los criterios de estudio:

Criterios de inclusión

- Pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio

Criterios de exclusión

- Que se encuentre bajo el efecto de medicamentos psicotrópicos.
- Problemas para la comunicación verbal.

Variables

- Descriptivas:
Edad, género, escolaridad, estado civil, religión, ocupación (Apéndice 6)
- Estudio:
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. (Apéndice 7)

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento ya validado de alta estructura denominado “Escala para medir el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social del paciente con estancia hospitalaria prolongada” (Anexo 1) se utilizó en una población adulta hospitalizada y fue elaborado por Manuel Antonio López Cisneros (3), a los autores se les solicitó permiso (apéndice 2) para poder utilizar su instrumento. Este instrumento se encuentra estructurado por tres secciones, cada una con sus instrucciones correspondientes.

Sección I: Datos generales, en donde se registro información del paciente como su nombre completo, servicio, días que acude a su terapia, tiempo que dura su terapia, edad en número de años cumplidos, género y escolaridad, dicho apartado conto con instrucciones pertinentes para su llenado, posteriormente a estos datos y dentro del mismo apartado se encuentra otra serie de preguntas de opción múltiple relacionadas con estado civil, ocupación y la religión.

Sección II: Evaluación de la variable soledad, este apartado estuvo compuesto por 20 ítems con opción de respuesta Si = 1 y No = 0 cuando el sentido de la pregunta era negativo, es decir a mayor puntuación menos soledad, pero cuando la pregunta estaba en un sentido positivo los valores eran inversos (Si = 0 y No = 1). Los indicadores de soledad fueron establecidos como 0 a 10 puntos que indicaban presencia de soledad y 11 a 20 puntos significaban ausencia de soledad.

Sección III: Evaluación de la variable de interacción social. Estuvo integrada por 19 preguntas con opción de repuestas dicotómicas: Si= 0 y No = 1 cuando el sentido de la pregunta era negativo, es decir a mayor puntaje mayor interacción social, pero cuando la pregunta estaba en sentido positivo los valores eran inversos (Si = 1 y No =0). Los indicadores de interacción social establecidos son de 0 a 10 puntos no existe o existe poca interacción social y de 11 a 19 puntos existe más o mejor interacción social.

Cabe mencionar que al final se incluye una pregunta abierta para que el paciente incluya su concepto de soledad. A dicho instrumento se le realizó la prueba de confiabilidad para escalas dicotómicas, a través del coeficiente de Kuder - Richardson 20 (KR-20) obteniendo una calificación de 0.714, con lo que se demuestra la confiabilidad estadística del instrumento.

Procedimientos

Aprobación del protocolo:

Se sometió al Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, para la retroalimentación y/o aprobación. (Apéndice No. 1).

Autorización del protocolo:

Se solicitara la autorización del protocolo por las autoridades del ISSSTE, ya que se pretende captar los pacientes de la unidad de hemodiálisis de esa institución de salud. (Apéndice No. 3)

Selección de la muestra y consentimiento informado:

Se hará por conveniencia, se invitará a participar en el estudio, al 100% de los pacientes de la unidad de hemodiálisis del ISSSTE, se les pedirá su participación voluntaria, una vez que se les explique en qué consiste el estudio y cuál es el objetivo del mismo, así como en qué consistirá su participación y se les pedirá que firmen un formato de consentimiento informado (ver apéndice 4) y se les garantizará la confidencialidad de sus datos.

Recolección de los datos:

Se aplicaron encuestas a los pacientes en la unidad de hemodiálisis de la Clínica ISSSTE Celaya Gto., en los tiempos en que se llegue al acuerdo con el personal operativo para que no se interfiera con su trabajo. Se procurará un ambiente de cordialidad con los pacientes y el personal que labora en esa unidad de hemodiálisis.

Análisis estadístico:

Se elaboro una base de datos con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS ver. 15, Se utilizará estadística descriptiva para las variables descriptivas: media y desviación estándar para variable numéricas, frecuencia y porcentajes para variables categóricas. Se realizaran tablas de contingencia para describir las características de la variable de estudio “Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social” de pacientes en la unidad de análisis.

Recursos

Humanos

L.E.O. Norma Arriola Ortega.

Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas.

Asesor Estadístico: Ing. Martín Arredondo Rosales.

Materiales y Financieros

Los costos de este protocolo de investigación serán cubiertos por el responsable del proyecto a través de la beca CONACYT.

Difusión

El presente trabajo de investigación se presento en los siguientes foros: XVII Difusión internacional de investigación en enfermería.

Se publicara en:

- Revista Índex de Enfermería el trabajo total de la investigación.
- Revista Desarrollo Científico de Enfermería, se publicarán los instrumentos elaborados del estudio.

Consideraciones Ético Legales

Esta investigación está guiada por los lineamientos del reglamento de la “Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud” “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.” Frac.VII Conseguir la autorización de la institución de salud donde se realizará la investigación¹⁴ Se protegerá la privacidad del individuo.¹⁶ Se considero una investigación de riesgo mínimo dado que el registro de datos se llevo acabo a través de procedimientos comunes, solo se aplica un instrumento escrito y no se realiza intervención que pusiera en peligro la vida del paciente, integridad física o emocional y psicológica. El sujeto de investigación no sufrirá ningún daño como consecuencia del estudio.¹⁷ En el Título sexto “De la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud” Artículo 113 señala: “La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia”. Como base para la investigación en seres humanos, se consultó la “Declaración de Helsinki”, que menciona que

“los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”.¹⁸ Aprobación por el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías.

Resultados

Se realizaron en una base de datos con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS ver. 15. Se realizaron tablas de contingencia para describir las características de la variable de estudio “Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social” de pacientes en la unidad de análisis. Las variables de estudio se describirán por medio de estadística descriptiva, como tablas de frecuencia, medias desviación estándar y se obtendrá la correlación entre ellas.

Referencias Teóricas y Bibliografía

1. Rodríguez Zamora MC. Calidad de vida en pacientes nefrópatas con terapia dialítica. CONAMED.2008; 13 (2): 15-22.
2. Álvarez Aguirre A, García Figueroa A, Tovar Luna B. Percepción de los pacientes hemodializados sobre la atención de enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. Enero-Febrero 2006; 14 (1): paginas.
3. López Cisneros M. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social del paciente adulto con estancia hospitalizada prolongada. [Tesis maestría]. Celaya Gto: Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya; Junio 2005.
4. Pintado González A. Influencia de los factores condicionantes básicos en la soledad y la interacción social del paciente hospitalizado. [Tesis maestría]. Celaya Gto: Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya; Junio 2005.
5. Stephen J. Cavanagh. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Ediciones Científicas y técnicas S.A. Barcelona: Editorial; MASSON - SALVAT Enfermería, 1993. P. 1-167.
6. Benavent Garcés A, Esperanza Ferrer F y Francisco Del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Ediciones DAE. Madrid 2001. p. 314-422.
7. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ta. ed. Madrid, España: Editorial Elsevier Mosby; 2007. p. 267-295.
8. Ostigüín MR, Velázquez SM, Teoría General del Déficit de Autocuidado. Editorial: El Manual Moderno México D.F. 2001. p. 1-67.

9. LatinSalud.com. Insuficiencia Renal Crónica; [3 paginas]. Disponible en: <http://www.latinsalud.com/articulos/00408.asp> . Consultada: Junio 19, 2009.
10. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-171-SSA1-1998, Para la práctica de hemodiálisis. Septiembre 19, 1999; [1 pagina]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/171ssa18.html>. Consultado: Junio 17, 2009.
11. Interacción social. Comportamiento de comunicación global de sujetos relacionados entre sí. Enciclopedia Microsoft® Encarta® Online 2009 <http://es.encarta.msn.com> © 1997-2009 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos. © 1993-2009 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos. Disponible en: http://es.encarta.msn.com/Interacci%C3%B3n_social.html Consultado: Junio 2, 2009.
12. Montero M, López L, Sánchez Sosa J.J. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual; [paginas 9]. Disponible: <http://www.inprfed.org.mx/pdf/sm2401/sm240119iaL.pdf?PHPSESSID=efd6a9970f54e07e2950c834ce521342>. Consultado: Junio 3, 2009.
13. Rubio R. La soledad en las personas mayores españolas; [paginas 1]. Disponible: <http://www.ugr.es/~master/master/descargas/Soledad.pdf>. Consultada: Enero 24, 2010.
14. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México, D.F: Editorial McGraw Hill; 2008.
15. Polit D, Hungler B. Diseño y ejecución de un plan de colecta de datos, en Investigación Científica en Ciencias de la salud, 6° Edición, McGraw-Hill. Interamericana, México, 2000.
16. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México, D.F: Editorial LIMUSA; 1995.
17. Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 4ª. ed. México: Editorial Limusa, Noriega editores, 2007.
18. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México, D.F: Editorial McGraw Hill; 2008.

Educación continua para enfermeras que brindan cuidado al adulto mayor moribundo - una perspectiva fenomenológica

Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas

Profesora Departamento de Enfermería y Obstetricia

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra

Universidad de Guanajuato-México

Ojedal@quijote.ugto.mx

Génesis del Estudio

Buscando en mi experiencia personal la inquietud sobre el tema de formación de las enfermeras sobre el cuidado al adulto mayor terminal considero que inicia en la década de los 80', cuando tuve la oportunidad de participar en la planeación para el proyecto de la creación de la clínica Gerontológica Sagrada Familia, donde se atendía sanas y enfermas en un ambiente integral para su cuidado, el proyecto arquitectónico y físico no presento ningún obstáculo, pues se desarrollo de la mejor manera, sin embargo nos encontramos con una situación de enfermería particular, el personal que las atendía en su mayoría eran auxiliares, sin ninguna formación específica para el cuidado de adultos mayores y muy lejanas de una formación para acompañar a los adultos mayores terminales a su encuentro con la muerte.

En la década de los 90' reinicie mi labor como titular de la materia de enfermería geriátrica, observando con curiosidad que al llegar a los temas de cuidados al paciente Terminal los alumnos manifestaban incomodidad y expresaban que esperaban que no se les murieran muchos pacientes cuando ellos estuvieran en la práctica profesional ya que su labor era mantener la salud y conservar la vida.

En los últimos años dentro de mi labor docente de colaborar en los cursos dirigidos a enfermeras profesionales con la materia de ética y bioética donde se abordaban los temas de derechos de los adultos mayores y derechos del moribundo, observe que los profesionales tenían poco

conocimiento sobre el envejecimiento y que al abordar los temas de la muerte resultaba para algunos doloroso presentando actitudes evasivas hacia la muerte y hacia el cuidado del adulto mayor terminal.

La realización de la investigación Vivencia de enfermeros en el cuidado del adulto mayor moribundo hospitalizado – una perspectiva fenomenológica. Aporto a través de sus discursos la necesidad de ser atendida, como ser existencial en ese mundo, donde el mundo del cuidado, no se refiere sólo a la relación enfermera-paciente, sino que en ese mundo es necesario considerar para el cuidado integral e integrador a la familia del paciente. Un paciente con características especiales en relación a la concepción y aceptación de la muerte, pues la vejez lleva implícita como parte de ella y como bien lo afirma Heidegger¹ (2005) “es un ser para la muerte”. Un cuidado que requiere para alcanzar calidad, formación humana y técnica de enfermería y del equipo de salud.

Del cuál surge la inquietud de realizar la integración de un grupo de enfermeras, con la finalidad de contribuir de manera sencilla a la creación de un conocimiento sistemático sobre la formación de las enfermeras encargadas de cuidar a los adultos mayores moribundos, iniciando con la inquietud a desvelar de: *Comprender la vivencia de las enfermeras en el cuidado del adulto mayor moribundo posterior a la participación en un curso de actualización participativo.*

Acercamiento al conocimiento del conocimiento del tema

Sobre el cuidado de enfermería al adulto mayor moribundo

La actualidad nos invita a hablar del adulto mayor con interés y compromiso dado que la población va en aumento y debemos poner atención en ellos con responsabilidad en cuanto a lo que requieren para vivir esta etapa de la vida no solo de manera saludable sino prepararse para lo que todo ser humano conlleva consigo como meta final de la vida la muerte, esa muerte que llega como inevitable en esta etapa de la vida y consigo necesidades que debemos atender, una de ellas es la actualización y capacitación del personal de enfermería que atiende a los adultos mayores hospitalizados, ya que él o la familia en muchas ocasiones deciden realizar este acto en un hospital.

El estado de salud de los adultos mayores es un resultado complejo de factores: como las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años); los riesgos conductuales ocasionados por el consumo de tabaco, alcohol, dieta, actividad física y el uso y acceso a los servicios de salud.

Las 10 principales causas de mortalidad en el mayor de 65 años en México en el 2005 son: diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensiva, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, infecciones respiratorias agudas bajas, nefritis y nefrosis, desnutrición calórico proteica, Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón SSA² (2005).

Las 10 principales causas de morbilidad en el estado de Guanajuato en la población postproductiva en 2005, son infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, hipertensión arterial, úlceras, gastritis y duodenitis, diabetes mellitus, intoxicación por picadura de alacrán, amibiasis intestinal, neumonías y bronconeumonías, enfermedades isquémicas del corazón SSG³ (2005).

Mencionaba Pamela Babb⁴ en 1998, que el proceso de envejecimiento es altamente complejo y variado que involucra cambios en la célula en el tejido y en los organismos. Suponiendo que dicho proceso se inicia por procesos internos, tales como una programación genética y es afectado por factores externos, existiendo otro tipo de contribuyentes, como los estresores del medio ambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyos sociales y sensación de utilidad y bienestar consigo mismo.

La senilidad para Babb es considerada como el proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico, de deterioro del organismo maduro, propio de todo miembro de una especie, de manera que con el tiempo, se vuelve incapaz de hacer frente al estrés del entorno y por ende aumenta su posibilidad de morir.

Para ella morir es un acto altamente individual, nadie muere igual, cada persona lleva consigo valores, creencias, experiencias y sentimientos muy diferentes, por lo que la muerte de una persona siempre será diferente a la otra.

La Carta de los Agentes Sanitarios⁵ (1995), menciona que cuando las condiciones de salud se deterioran de modo irreversible y letal, el hombre entra en la fase terminal de la existencia terrena. Pues el vivir se hace particular y progresivamente precario y penoso, ya que al sufrimiento físico sobreviene el drama psicológico y espiritual del despojo que significa y comporta el morir, tornándose el enfermo terminal en una persona necesitada de acompañamiento humano y cristiano.

El plan de VIENA⁶ (1982) recomienda: La necesidad de cuidados debe ser conocida y comprendida por las personas que los ofrecen, por las familias de los moribundos y por los propios enfermos; Se debe incrementar significativamente la capacitación, con un doble enfoque: un programa internacional de capacitación y, al mismo tiempo, programas nacionales y regionales adaptados especialmente a la situación de los países y las regiones; Tomar las medidas necesarias para la capacitación de personal sobre el envejecimiento y fortalecer los esfuerzos para difundir información sobre el envejecimiento entre las propias personas senescentes; Motivar la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y la geriatría, y dar importancia en los planes de estudios nuevos o actuales para que presten especial atención a la capacitación en gerontología y geriatría.; Estimular la investigación sobre aspectos sociales, económicos y sanitarios del envejecimiento, incluyendo la prevención del deterioro funcional, la invalidez, enfermedad y pobreza relacionadas con la edad, y la coordinación de los servicios necesarios para la atención de los ancianos.

El Consejo Internacional de Enfermeras menciona que los servicios de enfermería son el mayor de los componentes para dispensar los cuidados a las personas mayores frágiles, enfermas y moribundas, y que al mismo tiempo contribuyen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. El fomento de la autoasistencia y el derecho de las personas mayores a participar en las decisiones sobre el estilo de vida y tratamiento son aspectos importantes de la función de las enfermeras. Se tiende a considerar a las personas mayores como un grupo homogéneo aunque necesitan y tienen derecho a un tratamiento o a planes de atención individualizados y multidisciplinarios, preparados con la enfermera que es un elemento esencial del equipo de salud. Las enfermeras tienen la responsabilidad de mantener su nivel de competencia, planificar

y prestar cuidados de calidad, delegar tareas con seguridad y evaluar los servicios dispensados CIE⁷(2006).

El alivio del dolor y del sufrimiento es una responsabilidad fundamental de la enfermería, reciben formación de expertas en la gestión del dolor, en los cuidados paliativos, en la ayuda a las personas en su trato con el dolor, la muerte y los moribundos. La calidad de la atención durante la fase final de la vida contribuye en gran medida a una muerte pacífica y digna y reconforta a los miembros de la familia en el duelo y en el proceso de aceptación de su pérdida CIE ⁽⁷⁾ (2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ establece los principios que rigen los cuidados paliativos, reafirman la importancia de la vida considerando el proceso de morir como un proceso natural. Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte, ni prolongue con medidas desproporcionadas (ensañamiento terapéutico), propiciar alivio del dolor, y de otro síntoma penoso ; integrar los aspectos psicológicos y espirituales en la estrategia del cuidado, ofrecer un sistema de apoyo para ayudar al paciente a una vida tan activa como fuera posible antes de que la muerte sobrevenga, ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que ella pueda enfrentar el dolor del paciente y sobreviva al periodo de luto.

Para la OMS, paciente terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses).

Los enfermos terminales requieren por tanto unos cuidados muy continuos para esa sintomatología cambiante que no serán cuidados “intensivos” sino cuidados muy intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basan en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento , para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte. Para hablar de cuidados paliativos se debe hablar de los lugares donde pasara sus últimos días el paciente y puede ser el hogar, el asilo o el hospital pues deberá reunir

características especiales para la estancia de aquel adulto terminal que espera la muerte como la última etapa de su vida

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)⁹ 2003, propone al personal de enfermería atender las siguientes recomendaciones: mantener una comunicación efectiva con las personas a las que da atención; reconocer en la persona su concepción holística; proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgo y daños innecesarios, establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud, actuar con base en los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería

Esta realidad sobre el cuidado al adulto mayor moribundo, lleva consigo retos: contar con personal de salud capacitado para atender problemas de los adultos mayores, diseño de servicios comunitarios de rehabilitación y atención de largo plazo, redoblando esfuerzos para que los ancianos permanezcan en sus hogares, situación que cada vez ampliará más la responsabilidad de los sistemas primarios de salud para atender problemas de tipo secundario y terciario, dado por la morbilidad. México¹⁰ (2001).

Ante esta situación la formación de los alumnos en las escuelas de medicina y enfermería, requerirá de adoptar revisar y si es necesario adecuar en su currícula, que favorezca la formación para el cuidado integral del adulto mayor y el adulto mayor terminal, así mismo se necesitaran especialistas en geriatría, gerontología y atención al adulto mayor terminal hospitalizado, educación continua que requerirá ser facilitada por las instituciones de salud. Por lo que para la profesión de enfermería en México se presentan nuevos retos y áreas de especialización, en cuanto a la atención de los adultos mayores México⁽¹⁰⁾(2001).

Sobre la educación continuada en enfermería

La educación continuada es considerada para enfermería como un proceso permanente y continuo a lo largo de su vida profesional que le permitirá estar actualizada en el área en que se desarrolla.

La educación continua es una poderosa arma desde cualquier ángulo que se le enfoque, la enfermera(o) debe recibir orientación y capacitación periódica con el objeto de actualizarse y adiestrarse en su práctica diaria HERRERA¹¹ (2004).

En su recomendación 59 el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento en 1982 señala; deberá estimularse la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y la geriatría, y darse la debida importancia en los planes de estudio de todos los niveles. Se insta a los gobiernos y a las autoridades competentes a que estimulen a las instituciones nuevas o a las actuales para que presten especial atención a la capacitación adecuada en gerontología geriatría.

En el numeral ocho menciona El Decálogo del Código de Ética para enfermeras y enfermeros Mexicanos¹² (2001), asumir el compromiso de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

La Universidad de Guanajuato¹³ (1995) reconoce que la educación continua consistirá en la implementación de actividades, estrategias y modalidades de formación personal y profesional, flexibles, dinámicas y alternativas, dirigidas a los diversos sectores de la población, ofrecerán la renovación y ampliación de los conocimientos profesionales y proporcionarán información sobre avances en determinadas áreas científicas, tecnológicas, humanísticas o artísticas.

Así pues podríamos decir que la educación continuada en enfermería es una herramienta que le permitirá mantenerse actualizada en sus conocimientos para ofrecer un cuidado de calidad. Pero que esta debe ser sistematizada e incluir aspectos señalados por los expertos en educación como:

Edgar Morin¹⁴ (1999), que describe los 7 saberes imprescindibles que deberá afrontar el sistema educativo para constituirse en relevante y significativo son: 1. Una educación que cure la ceguera del conocimiento, La primera e ineludible tarea de la educación es enseñar un conocimiento capaz de criticar el propio conocimiento. 2. Una educación que garantice el conocimiento pertinente. Como consecuencia, la educación debe promover una "inteligencia general" apta para referirse al contexto, a lo global, a lo multidimensional y a la interacción compleja de los elementos. Esta inteligencia general se construye a partir de los conocimientos existentes y de la crítica de los mismos. Su configuración fundamental es la capacidad de plantear y de resolver problemas. 3. Enseñar la condición humana La educación deberá mostrar el destino individual, social, global de todos los humanos y nuestro arraigamiento como ciudadanos de la Tierra. Éste será el núcleo esencial formativo del futuro. 4. Enseñar la identidad terrenal La perspectiva planetaria es imprescindible en la educación. Pero, no sólo para percibir mejor los problemas, sino para elaborar un auténtico sentimiento de pertenencia a nuestra Tierra considerada como

última y primera patria. En esta perspectiva de relación paterno- materno- filial es en la que se construirá a escala planetaria una misma conciencia antropológica, ecológica, cívica y espiritual de Hegel: "La lechuza de la sabiduría siempre emprende su vuelo al atardecer." 5. Enfrentar las incertidumbres, Existe también la incertidumbre sobre la validez del conocimiento. Y existe sobre todo la incertidumbre derivada de nuestras propias decisiones. Una vez que tomamos una decisión, empieza a funcionar el concepto, nos hemos educado aceptablemente bien en un sistema de certezas, pero nuestra educación para la incertidumbre es deficiente. navegamos en un océano de incertidumbres en el que hay algunos archipiélagos de certezas, no viceversa.”. 6. Enseñar la comprensión Enseñar la comprensión significa enseñar a no reducir el ser humano a una o varias de sus cualidades que son múltiples y complejas. La verdadera comprensión exige establecer sociedades democráticas, fuera de las cuales no cabe ni tolerancia ni libertad para salir del cierre etnocéntrico. 7. La ética del género humano, Además de las éticas particulares, la enseñanza de una ética válida para todo el género humano es una exigencia de nuestro tiempo.

Freire¹⁵ (1985) afirma que la necesidad de la humanización del oprimido debe partir desde él mismo, la situación de deshumanización que vive el hombre actual no es la verdadera vocación a la que está llamado su vocación es la humanización y esta debe ser conquistada a través de una práctica que lo libere de la condición actual, una praxis concretan y transformadora de la realidad donde tenga la condición de descubrirse y conquistarse , en forma reflexiva, como sujeto de su propio destino histórico.

Kovacs¹⁶ (2004), señala que la propuesta pedagógica esta ligada a principios de aprendizaje significativo, segundo en este abordaje es difícil de disociar aspectos cognitivos y afectivos, teniendo en consideración tres cimientos, teoría, práctica y desarrollo personal, propuesta que debe dirigir el proceso de formación. Y mucho mas que un cúmulo de informaciones y elaboración, cuestionamientos, confrontando con las perspectivas y valores del alumno y con esto acrecentar y perfeccionar, ofreciendo una devolución para el propio conocimiento ya acumulado.

Boemer¹⁷ (1998) Las propuestas educativas en el sentido de preparar a los profesionales de la salud para enfrentar la muerte, o morir siempre será considerado un desafío a ser vencido y no un momento de la existencia humana que vivido con autenticidad, es la expresión máxima de la libertad del ser. Propiciando al paciente rescatarse para morir, en una comprensión de que somos

seres para la muerte y los seres del equipo podrán vivir auténticamente, siendo un ser de presencia en una existencia compartida.

La educación problematizadora de Paulo Freire.

El interés por el tema de educación continuada para las enfermeras cuya función en el desempeño de su trabajo es el cuidado de los adultos mayores moribundos ha llevado a la identificación de modelos de referencia que favorezcan la profundización en el objeto de investigación. Por lo que, se presentan el referente teórico de la educación problematizadora, de la obra de Paulo Freire ya que la educación liberadora del oprimido es un intento de respuesta práctica y culturalmente situada que busca reconocer al hombre su propia dignidad y la fuerza que ella contiene una vez que la descubre, coincidiendo esta realidad para las enfermeras que cuidan adulto mayor terminal, para la profesión se requiere rescatar desde la práctica la conciencia crítica que permita generar una fuerza transformadora de la realidad, a partir de ellas mismas.

Paulo Freire en su obra Pedagogía de oprimido editada en 1985, propone que la educación es un acto cognoscente en el cual el objeto cognoscible en lugar de ser el término del acto cognoscente de un sujeto, es el mediatizador de sujetos cognoscentes.

Este tipo de educación antepone la exigencia de la superación de la contradicción educador-educandos, pues sin esta no es posible la relación dialógica, indispensable a la cognoscibilidad de los sujetos cognoscentes, en torno del mismo objeto cognoscible.

La educación problematizadora situación gnoseológica a fin de realizar la superación afirma la dialogicidad y se hace dialógica. Rompe con los esquemas verticales característicos de la educación tradicional y se convierte en la práctica de libertad superando la relación educador y educando, a través del dialogo donde no hay educando y educador sino que cada uno se vuelven educando-educador y educador-educando.

De esta manera el educador ya no es solo el que educa, sino aquel que en tanto educa, es educado a través del diálogo con el educando, quien al ser educado también educa. Así ambos se transforman en sujetos del proceso en el que crecen juntos y en el cual ya no existe la figura de

autoridad, ahora ya nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión y el mundo es el mediador.

La práctica problematizadora lleva al educador a ser siempre un sujeto cognoscente, tanto cuando se prepara como cuando se encuentra dialógicamente con los educandos. Donde el objeto cognoscible, es la incidencia de su reflexión y de la de los educandos.

Así pues el educador problematizador rehace constantemente su acto cognoscente en la cognoscibilidad de los educandos, donde son investigadores críticos en dialogo con el educador, quién a su vez es también un investigador crítico.

El educador presenta a los educandos el contenido, cualquiera que sea, como objeto de su admiración, del estudio que debe realizarse. “readmira”, “la admiración” que hiciera con anterioridad en la “admiración” que de él hacen los educandos.

Dado que esta práctica educativa es gnoseológica, el papel del educador problematizador es el de proporcionar, conjuntamente con los educandos, las condiciones para que se dé la superación del conocimiento al nivel de “doxa” por el conocimiento verdadero, el de “logos”.

La educación problematizadora, de carácter auténticamente reflexivo, conlleva un acto permanente de descubrimiento de la realidad donde se busca la emersión de la conciencia crítica.

Cuando más se problematizan los educandos como seres en el mundo y con el mundo, se sentirán mayormente desafiados y más obligados a responder al desafío; desafiados comprenden el desafío en la propia acción de captarlo porque captan a este como un problema en sus conexiones con otros, en un plano de totalidad donde la comprensión resultante tiende a tornarse crecientemente crítica y por tanto más desalienada.

La reflexión que se propone es autentica por ser sobre los hombres en relación con el mundo, relaciones en las que conciencia y mundo se dan de manera simultánea, o sea que el mundo constituyente de la conciencia se transforma en mundo de la conciencia, de allí la afirmación de Sartre” Conciencia y mundo se dan al mismo tiempo”.

Siendo este un proceso permanente donde los hombres van percibiendo críticamente, como están siendo en el mundo, en el que y con el que están, convirtiendo a la educación problematizadora

en una práctica de la libertad, donde el hombre responde a su verdadera vocación una transformación creadora, con carácter histórico y la historicidad de los hombres.

Así pues se asienta en el acto creador y estimula la reflexión y la acción verdadera de los hombres sobre la realidad, reafirmando su vocación como ser que no puede autenticarse al margen de la búsqueda y de la transformación creadora.

Y se puede identificar entonces la raíz de la educación como manifestación exclusivamente humana, en la inconclusión de los hombres, tornándose entonces en un quehacer permanente, en razón de la inconclusión de los hombres y del devenir de la realidad, donde la educación se rehace constantemente en la praxis *“para Ser tiene que estar siendo”*.

Así pues los hombres como seres históricos y su historicidad se identifican con ellos como seres más allá de sí mismos como proyectos; como seres que caminan hacia delante, que miran al frente, como a seres a quienes la inmovilidad amenaza de muerte, para quienes el mirar hacia atrás no es una nostalgia de querer volver sino una mejor manera de conocer lo que esta siendo, para construir mejor el futuro partiendo de su sujeto y su objetivo.

Esa búsqueda ese movimiento del ser más, sólo se puede dar en la comunión, en la solidaridad de los que existen, donde se busca la humanización de los hombres.

Así pues se puede decir que la educación desde la óptica de Freire, es aquella donde los educadores y los educandos se hacen sujetos de su proceso, superando el intelectualismo alienante, donde el mundo ahora, ya no es algo sobre lo que se habla con falsas palabras, sino el mediatizador de los sujetos de la educación, la incidencia de la acción transformadora de los hombres, de la cual resulta su humanización.

Sobre la fenomenología

La epoché fenomenológica distingue con precisión la filosofía de todas las otras ciencias, que se interesan en la existencia del mundo y de los objetos en el comprendidos, y , por lo tanto, hace del filosofar una actitud puramente contemplativa a la cual puede revelarse, en pureza, la esencia misma de las cosas ABAGGNANO¹⁸ (2004)

El termino fenomenología expresa una máxima que puede formularse así: ¡a las cosas mismas!, frente a todas las construcciones en el aire, a todos los descubrimientos causales, frente a la adopción de conceptos solo aparentemente rigurosos, frente a las cuestiones aparentes que se extienden con frecuencia a través de generaciones como problemas. Por lo tanto lo que la fenomenología nos muestra es “aquello que inmediata y regularmente justo no se muestra, aquello que esta oculto, pero que al par es algo que pertenece por esencia a lo que inmediata y regularmente se muestra de tal suerte que constituye su sentido y fundamento (ABAGGNANO, 2004)

Siendo el fenómeno el objeto de investigación fenomenológica, para clarificar regresamos a su etimología “(...) del griego phainomenon significa discurso esclarecedor respecto de aquello que se muestra a un sujeto cuestionado. Del verbo phanesthai como se muestra, como se aclara ese fenómeno y entonces todo lo que se muestra se manifiesta se des-vela al sujeto que lo interroga. (MARTINS¹⁹, 1984).

Ahora acercándonos en la búsqueda de la esencia del fenómeno se tiene el “epoché” que significa colocar entre paréntesis las creencias, presupuestos y teorías acerca del fenómeno que esta siendo interrogado. Así el fenómeno es colocado en suspensión, siendo buscado aquello que se muestra, no es preciso insistir que se vea con los propios ojos, más antes que se deje ver una interpretación que los preconceptos imponen al sujeto. (MARTINS, 1984).

En la búsqueda de desocultar el fenómeno interrogado, el investigador no parte de teorías o explicaciones a priori. Parte del mundo de los sujetos que vivencian el fenómeno en cuestión, en otros términos, realizando el “epoché”, el investigador procura establecer un contacto directo con el fenómeno colocado. (MARTINS, 1984).

Y para enfermería, señalan Carvalho y Valle (2002), la descripción de experiencias por quien vive el fenómeno, es un camino para comprensión de él, y el lenguaje es una de las formas que se abren para esa comprensión. El lenguaje no tiene función solo de comunicación, sino también de revelación de un ser que existe en sí y para los otros como singular e idéntico. El lenguaje por tanto, no es solo un modo de expresión, más en ella se manifiesta la esencia de aquello que somos. Para toda comprensión se consume un lenguaje. La totalidad significativa de la comprensibilidad viene en la palabra.

Para Polit (2006), la fenomenología, esta enraizada en una tradición filosófica desarrollada por Husserl e Heidegger, y es una manera de pensar sobre las experiencias de vida de las personas, El investigador fenomenológico, pregunta: ¿cuál es la esencia de este fenómeno experimentado por estas persona, o que es lo que significa?, el fenomenologista presume que existe una esencia- una estructura esencial e invariable- que puede ser comprendida, de esta forma. La fenomenología estudia los fenómenos subjetivos, en la creencia de que las verdades críticas sobre la realidad están fundamentadas en las experiencias vividas por las persona.

Por lo que de acuerdo a las corrientes teóricas de la fenomenología es esta una de las maneras de ir al encuentro del fenómeno y permitirle que hable y se desvele ante mis ojos para realizar una comprensión de la vivencia de las enfermeras después de haber participado en un curso de actualización y conocer de ellas mismas su vivencia.

Camino metodológico

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio inserto en la línea de investigación de cuidado al adulto mayor sano o enfermo del cuerpo académico de cuidado al adulto mayor de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya de la Universidad de Guanajuato.

Será cualitativo toda vez que responde a cuestiones muy particulares, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado, ya que se trabaja con significados, motivos, aspiraciones creencias, valores, actitudes, que corresponden a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de fenómenos que no pueden ser reducidos a operacionalización de variables. Se profundizará en el mundo de los significados y de las acciones y relaciones humanas, un lado sí perceptible y sí captable - aunque no expresado en ecuaciones, medias o estadísticas - desde la perspectiva fenomenológica, porque ésta es considerada como la ciencia para la experiencia de vida MINAYO²⁰ (2004).

Polit²¹ (2006), señala que el delineamiento cualitativo es flexible y elástico, capaz de ajustarse a lo que está siendo encontrado durante la colecta de datos, envuelve una mezcla de estrategias de

colecta de datos, tiende a ser holística, buscando la comprensión de todo, exige al investigador involucrarse en el proceso y volverse instrumento de la investigación, exige un análisis continuo de los datos para formular estrategias subsecuentes y para determinar cuando el trabajo de campo está terminado, tiende a reunir un conjunto complejo de datos derivados de varias fuentes.

El abordaje será fenomenológico pues permitirá ver lo que se muestra, tal como se muestra por sí mismo, ir a la “las cosas mismas”, se limita a indicar cómo mostrar y tratar lo que debe tratarse sobre el fenómeno en estudio, mostrando y demostrándolo directamente, que equivale a la fenomenología descriptiva, que equivale a todo mostrar un ente tal como se muestra en sí mismo (HEIDEGGER²², 2005).

Epoje.

La interrogación que se presenta a ser desvelada es: *Comprender la vivencia de las enfermeras en el cuidado del adulto mayor moribundo posterior a la participación en un curso de actualización participativo.*

Propósito del estudio

Comprender la vivencia de las enfermeras en el cuidado al adulto mayor moribundo, posterior a su participación en un curso de educación continuada, con la metodología de educación concientizadora, de Paulo Freire.

Escenario del estudio.

La investigación será realizada, con enfermeras que brindan cuidado al adulto mayor moribundo en instituciones de Salud Pública de la ciudad de Celaya Gto., por ser estas quienes atienden a la mayoría de la población adulta mayor moribunda.

Sujetos del estudio

Serán enfermeras y enfermeros que trabajan en el cuidado del adulto mayor moribundo en las instituciones de salud pública de la ciudad de Celaya Gto.

Acceso a los sujetos de estudio

Se basará en la metodología problematizadora de Paulo Freire que exige que en el flujo de la investigación se hagan ambos sujetos de la misma, tanto la investigadora como las enfermeras.

Cuanto más asuman los participantes una postura activa en la investigación temática, tanto más profunda su toma de conciencia en torno a la realidad y explicitada su temática significativa se la apropian; podría decirse que el tener al investigador y las enfermeras de sujetos de la búsqueda temática significativa sacrifica la objetividad de la investigación pero son ambos quienes deben ser los mayores interesados en su propia educación.

Esto revela una conciencia ingenua de la investigación temática, para la cual los temas existirán en su pureza objetiva y original fuera de los hombres, como si fueren cosas.

Los temas en verdad, existen en las enfermeras que cuidan al adulto mayor en su relación con ellos con el mundo que les rodea, referidos a hechos concretos, un mismo hecho objetivo en esa realidad puede ocasionar subunidad epocal, un “conjunto de temas generadores” que nos lleva a las etapas:

La etapa inicial será la invitación grupal y personal a participar en el círculo de estudios, enseguida se procederá a:

1. Etapa, **apropiarse de los núcleos centrales de aquellas contradicciones** a través de la observación, el investigador estará capacitado para organizar el contenido programático de la acción educativa e incluirá; Inserción del investigador en el campo de la investigación; levantamiento del universo vocabular, con el personal de enfermería que atiende a adultos mayores terminales; Exploración mediante entrevistas semiestructurada; observación del cuidado, ambiente y atención que enfermería proporciona al adulto mayor terminal.
2. Etapa. el investigador con los datos que recogió llega a la aprehensión de aquel conjunto de contradicciones con las que se **elaboraran las codificaciones** que servirán para la investigación temática, Se fotografiaran a las enfermeras proporcionando cuidado al adulto mayor moribundo, como objeto que se ofrecerá para el análisis crítico de los sujetos descodificados y del cual depende, su preparación, debe reunir ciertos principios como: debe representar situaciones conocidas por las enfermeras que ofrecen cuidado al adulto mayor terminal, haciéndolas reconocibles para ellas posibilitando, de este modo, su reconocimiento en ellas; devolución de la temática significativa como contenido programático; proponer representaciones de realidades extrañas a los individuos pues al analizar una realidad extraña la comparan con la suya descubriendo las limitaciones de esta, analizando su propia realidad

perciben su percepción anterior de lo que resulta una nueva percepción de la realidad percibida por ellas en forma distorsionada; dándose la descodificación, de donde se realizará la reducción temática

3. Definir los círculos de cultura. **Sistematizar las palabras y conductas del personal de enfermería en el cuidado del adulto mayor terminal**; Organización y análisis de los tópicos referentes al adulto terminal y la atención proporcionada por enfermería en la práctica; Organización y análisis de los tópicos referentes al adulto mayor moribundo y la atención proporcionada por enfermería en la entrevista; Elección de las palabras seleccionadas del universo vocabular investigado; Creación de situaciones existenciales típicas del grupo con el que se va a trabajar; Análisis-reflexión en encuentro con el grupo ; Las palabras generadoras propiciarán la creación de otras; Definición de las palabras del universo vocabular de enfermería constituidas en sus comportamientos que configuren la situación del cuidado del adulto mayor moribundo en la realidad, abordada de manera dialógica.
4. **Elaboración del manual de atención al adulto mayor terminal**; Elaboración del manual por el investigador a partir de las palabras del universo vocabular de enfermería.
5. **Desarrollo de la reflexión a través del curso de atención al adulto mayor moribundo con el grupo aplicando la pedagogía problematizadora.**
6. **Dejar transcurrir 3 meses de práctica posterior al curso**
7. **Realización de las entrevistas** (a través de la entrevista fenomenológica)

El libro de Anesia de Souza Carvalho (1987) en su obra “Metodología da Entrevista um abordagem fenomenológica”, la autora habla desde la óptica del servicio social en Brasil, donde comúnmente es utilizada y señala que ésta surgió, “Al tener que observar ante los temas una actitud comprensiva y no explicativa”.

También señala que el interés por la línea comprensiva esta unida, al acto de que la intención de la entrevista clásica, viene siendo siempre la búsqueda de un conocimiento universal y verdadero sobre el cliente, al situar el servicios social en el pensamiento impersonal de la ciencia,

pensamiento ubicado a nivel de tercera persona, frecuentemente paraliza la acción del participante social impidiendo llegar a objetivos mayores como: un respeto real a la autodeterminación, la dignidad humana del individuo, valores que se colocan al nivel de un conocimiento en primera persona.

Para Carvalho en la perspectiva comprensiva de la entrevista fenomenológica es el acto de comprensión y el acto de aprehensión de lo psíquico que no puede ser objeto de explicaciones y aprehendido a través de sus exteriorizaciones, el método comprensivo más que un método psicológico es un método hermenéutico que se dirige a la interpretación de la vida psíquica en sus estructuras objetivas. Comprender y aprehender los objetos de la vida del espíritu para alcanzar una vivencia original en la forma de gestos, lenguaje o cultura, donde se realiza esta vivencia; ésta exteriorización, esto es que da las formas culturales humanas e históricas. Se trata de una comprensión que se hace como una totalidad de nuestra alma, una comprensión que es la aprehensión de algo que trasciende al sujeto mas, que no es una razón.

Así pues Carvalho (1987) define tres características de la entrevista fenomenológica que deben observarse ver y observar sin estar cerrados en una perspectiva causal, para dejar emerger la visión en una perspectiva fenomenológica; Interpretar comprensivamente el lenguaje del cliente y la percepción de ese lenguaje como vehículo de significados, procurar mostrar la perspectiva fenomenológica que no dicotomiza sujeto de objeto, significado de significante; Percibir el gesto del cliente en su movimiento, nos ocupamos específicamente de la acción y procuramos no mantener una línea y mostrar que la acción en la entrevista no es intervención o tratamiento.

En 1997, Simões y Souza, en su artículo “Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica” identifica que la entrevista fenomenológica, supone cuatro momentos, el primero implica encontrar el ambiente físico apropiado para favorecer que se de la relación empática, el segundo momento es el camino tomado para aproximarse a la entrevista, que implica el lanzamiento de la pregunta norteadora y la comprensión de ésta por los participantes en el estudio. el tercer momento, analizar la información obtenida y clarificar la pregunta norteadora , valorar el uso de grabadora hasta llegar a que las palabras con los significados originales fluyan a través de las palabras de los participantes, revalorar el local y el cuarto momento, es el encuentro del sujeto- investigador y sujeto investigado. Recomienda también después de la experiencia,

procurar saber más del cliente y no saber sobre el cliente, que implica profundizar en el conocimiento de la persona, sentimientos, motivaciones lo que le da esencia a ese ser.

Por lo que la recolección de datos de llevará a cabo a través de la entrevista fenomenológica partiendo de una **pregunta norteadora** que guié la entrevista como:

¿Qué significa ti cuidar al adulto mayor moribundo después de haber participado en el curso de educación continuada?

¿Me gustaría que me hablara, que es para usted eso de cuidar a los adultos mayores en su proceso de muerte, después de su participación en el curso de educación continua?

Serán realizadas entrevistas, tantas como fueren necesarias, para llegar a la comprensión de la experiencia vivida por las enfermeras

La entrevista será grabada donde la enfermera determine, en el ambiente que le favorezca para poder hablar de sus experiencias en el cuidado de estos pacientes, asegurando siempre la confidencialidad, la empatía, la intersubjetividad y la comunicación verbal y no verbal. Respetando siempre el ambiente apropiado, dado que es un encuentro existencial.

El **Diario de campo** se utilizara, para tomar notas, de mis pasos y percepciones en mí acceso a los sujetos del estudio, las anotaciones se harán al termino de cada entrevista preferentemente en el mismo lugar para evitar omisiones y que la descripción del contexto, me permita penetrar al mundo de las enfermeras, esperando comprender su vivencia en el cuidado del adulto mayor moribundo posterior a su participación en el curso de educación continuada.

Observación de la dimensión bioética.

Dada la temática sobre al adulto mayor moribundo, se contemplará lo señalado en:

Plan de Viena (1982), Reafirman solemnemente su convicción de que los derecho fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos se aplican plena e íntegramente a las personas de edad; Recomendación 5. Atender a los moribundos, dialogar con ellos y apoyar a sus allegados en el momento del duelo y

posteriormente requiere unos esfuerzos específicos que van más allá de la práctica de la medicina, pero que al mismo tiempo deben inspirarla. La necesidad de estos cuidados debe ser conocida y comprendida tanto por las personas que los prodigan y por las familias de los moribundos como por los propios enfermos. A este respecto, los ejemplos y las prácticas todavía vigentes en varias culturas deben ser libremente intercambiados.

Requisitos previstos por la legislación mexicana en términos de investigación en seres humanos, Ley General de Salud: en su Artículo 100, La investigación desarrollara conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud (1986)
ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y TITULO SEGUNDO, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, CAPITULO I, ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala; VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y **ARTÍCULO 16.-** En las

investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías; I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;

- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Por lo anterior será sometido al comité de bioética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya para su aprobación.

Construcción de los Resultados.

El investigador en búsqueda de las descripciones

Las palabras emitidas por las participantes de su vivencia en el cuidado del adulto mayor terminal es la descripción del fenómeno en estudio y por lo tanto se constituye en la esencia del desarrollo del estudio, ellas nos transmitirán significados, sin estilo literario, normas reglas o frases especiales por lo que el siguiente paso es, buscar las descripciones en sus palabras, para ello Martins, Boemer y Ferraz (1990) han propuesto:

“Después del análisis individual de cada descripción el investigador busca las convergencias o invariantes, el aspecto común que permanece en cada descripción. El análisis de las descripciones puede seguir cuatro momentos:

- Lectura de la descripción del principio al fin sin buscar aun ninguna interpretación o identificar cualquier atributo o elemento, a fin de llegar a un sentido general de lo que está descrito.

- En el momento en que el sentido fue encontrado, el investigador vuelve al inicio y lee nuevamente el texto, ahora intentando apropiarse de las unidades de significado, dentro de una perspectiva (psicólogo ó enfermero) y enfocándose al fenómeno que esta siendo investigado.

- Después de obtener las unidades de significado, el investigador recorre todas las unidades identificadas y expresa el significado contenido en ellas, esto es particularmente

verdadero para las unidades de significado que son más reveladoras del fenómeno en consideración.

- finalmente, el investigador sintetiza todas las unidades de significado para llegar a una estructura del fenómeno, algunos investigadores usan también agrupamientos de significados la palabra de categoría, entendida aquí en cuanto tema.

Una unidad de significado en general es una parte de transición cuyas frases se relacionan unas a otras para indicar momentos que se pueden distinguir. El tema de una unidad puede, alguna veces, ser denominado o diferencialmente indicado en una única frase después de haber hecho la descripción por entero”.

Reflexiones sobre el desvelamiento de un nuevo pensamiento de cuidado al adulto mayor moribundo posterior a la participación en un curso de educación continuada.

No habrá una parte de conclusiones y generalizaciones ya que para la fenomenología no existe la preocupación de concluir, una vez que el fenómeno estará siempre descubriéndose u ocultándose en una visión dialéctica, pero sí se llegara a una reflexión sobre que se desvelo, que nos llevará a describir un nuevo pensamiento del cuidado de enfermería al adulto mayor moribundo, así como la identificación de nuevas inquietudes que nos lleven a la necesidad de desvelarlas y por lo tanto a nuevos estudios.

El estudio se realizara de octubre del 2008 a octubre del 2010,

Investigador Principal; Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas

Colaboradores: Personal que acepte participar y personal de laboratorio de enfermería del adulto mayor de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías.

Citas Bibliográficas

1. Heidegger Martin. El ser y El tiempo. Traducción José Gaos: Edit. Fondo de cultura Económica. México. 2005.
2. Secretaría de Salubridad y Asistencia. [Sede Web] Situación de Salud en México 2002-2004; Indicadores básicos; SINAIS Sistema Nacional de Información en salud.SSA. México. disponible en: www.ssa.org.gov (acceso 30 de marzo del 2008).

3. Secretaría de Salud en el estado de Guanajuato. Prontuario Estadístico 2005:SSG.Guanajuato, 2005.
4. Babb Stanley P. Manual de Enfermería Gerontológico. México: Editora McGraw-Hill Interamericana; 1998.
5. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios Carta de los agentes sanitarios. [Sede Web]. Ciudad del Vaticano; 1995. [Acceso 7 de abril del 2008]. Disponible en: http://www.churchforum.org.mx/info/Familia/agent_sanit.htm
6. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento: Viena, Austria. ONU, Informe 6 de agosto de 1982.
7. Consejo Internacional de Enfermeras. La atención de enfermería a las personas mayores; [Sede Web]; Ginebra, Suiza; CIE, Declaración de posición; [Acceso 7 de abril del 2008]. Disponible en <http://www.icn.ch/psoldersp.htm>
8. Organización Mundial de la Salud, Palliative care: cáncer control knowledge into action, WHO guide for effective programmes; [sede web], Ginebra, Suiza; OMS, guía, octubre del 2007 [acceso 30 de marzo 2008]. Disponible en : <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
9. Ochoa R. Victoria, Manuel Lee G, Arroyo Cordero G, Jiménez Sánchez J, Terrazas Sotero L., Camacho Villicaña,B, et al., Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería, 2003, Revista CONAMED, vol. 8,Núm 3, julio-septiembre p.19-26
10. Secretaría de Salud de México. Programa de acción para la atención del envejecimiento. México: SSA; 2001.
11. Catalina Herrera Molina, Leticia Mancera Sánchez, María de Lourdes García Campos; Factores que Influyen en el Desinterés del Personal de Enfermería por la Educación Continua. Desarrollo Científico de Enfermería; 2004; 12(10):299-303.
12. Comisión Interinstitucional de enfermería; Código de ética para las enfermeras y los enfermeros en México; México, SSA, diciembre, 2001
13. Universidad de Guanajuato; Normatividad vigente, Guanajuato, U de Gto.,2004
14. Edgar Morín, Los 7 saberes necesarios a la educación del futuro [sede web]; Paris, Francia UNESCO. 1999. [Acceso 4 de abril del 2008] disponible <http://www.bibliotecasvirtuales.com/biblioteca/Articulos/los7saberes/index.asp>

15. Freire Paulo, Pedagogía del oprimido, México, D.F., 33ª. Edición, XXI siglo veintiuno editores, 1985
16. Kovács María Julia, Educação para a morte, desafio na formação de profissionais de saúde e educação, São Paulo, Brasil, FAPESP casa do psicologo, 2004.
17. Boemer Magali R, A morte e o morrer, Ribeirão Preto, Brasil, 3ª. Edición, Holos Editora, 1998.
18. ABBAGNANO, N. Diccionario de filosofía. México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 2004.
19. Martins J.,Farinha M.F., Temas fundamentais de fenomenología, Sao Paulo, Brasil, Editora Moraes, 1984.
20. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento, São Paulo, Brasil, 8ª Edição: Editora Hucitec, 2004.
21. Poli, Beck & Hungler, Fundamentos de pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação e utilização, Porto Alegre , Brasil, 5ª Edição : editora artmed, 2006.
22. HEIDEGGER, M. El ser y el tiempo. México, D.F., traducción José Gaos. Editora Fondo de Cultura Económica, 2005.

Influencia de los factores culturales en la salud mental

Mtra. Isaura Arreguín Arreguín,

Mtra. Ana María Vera Ramírez

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías,

Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra.

Introducción:

El contenido gira en torno de la percepción de salud que regularmente tiene la población, de la manera que dicha percepción le permite otorgarle un significado y en consecuencia, ciertos hábitos y costumbres que determinan en general su condición de salud mental. El concepto se aborda tanto en el contexto de su pertenencia social como en forma particular al individuo.

Objetivo: Dar a conocer la influencia de los factores culturales en el proceso de salud mental de las personas, tanto a nivel individual como comunitario. **Desarrollo:** En el siglo XVI este significado extendido al cultivo activo de la mente humana. Posteriormente “Kultur” adquirió el significado del “vivir de un pueblo”. En la actualidad el término se utiliza para designar desde el cultivo de la mente hasta la forma distintiva de vivir de una persona. La cultura surge de una compleja red de retroalimentación a través de las cuáles, valores, creencias, y normas de conducta se modifican y se sostienen constantemente. Estos se modifican constantemente y, compartidos, crean una identidad y la identidad el sentido de pertenencia. El comportamiento de las personas entonces, está moldeado y regido por su identidad cultural; dicha identidad refuerza su sentido de pertenencia y permite crear un significado para las personas. Identidad y pertenencia permiten al individuo la capacidad de adaptación y de experimentar sentimientos de bienestar y equilibrio emocional. Cuando los procesos culturales se caracterizan por relaciones de poder, sumisión, relaciones compensatorias o coercitivas, generan el malestar en la persona que sufre la acción y por otro lado, quien ejerce el poder lo seguirá haciendo porque le brinda recompensas emocionales, pero con conducta inadecuada.

Palabras Clave: Cultura, salud mental, factor condicionante, percepción, bienestar.

Se plantea un análisis sobre los factores culturales, considerados como condicionantes que limitan o supeditan a las personas a adquirir un estado de salud mental, procurando destacar los aspectos de percepción, significado y sensación de bienestar, haciendo énfasis en la relación integral y de la interdependencia entre ellos.

En las prácticas diarias y en general en todos los aspectos de la vida, el ser humano internaliza conductas y pensamientos contruidos por la colectividad en la que se desenvuelve y ciertos comportamientos se vuelven habituales; de igual manera, muchas de esas prácticas y actitudes se convierten en costumbres que se convalidan con lo consuetudinario y se arraigan en su propia cultura. La identifican y le dan una característica propia.

La interpretación de los fenómenos de la naturaleza y sus distintas formas de conocimiento también adquieren tintes de ideología dominante en la medida que sustentan estructuras de poder, ya sea en el ámbito de toda una sociedad o en el mismo núcleo familiar o grupal. Estas formas de conceptualización colectivizada, ligadas profundamente a los elementos de tipo material que se desarrollan para poner en práctica los conocimientos e interpretaciones, se convierten en poderosos instrumentos culturales que moldean el comportamiento de las nuevas generaciones y que tienden a mantener ciertas tendencias explicativas de la realidad.

El concepto o la idea de salud y enfermedad que predominan en cada sociedad o grupo de personas, igualmente les condiciona a presentar tanto en lo individual como en lo colectivo a presentar comportamientos habituales en relación a dicha percepción.

De la misma manera, dependiendo de cómo en el ámbito social se genera de forma inconsciente el concepto de salud o enfermedad, en esa misma medida aparecerán los comportamientos para prevenirla o tratarla. Por otro lado, se espera una respuesta favorable a la prevención e intervención, cuando la interpretación se asuma de forma consciente; al ser asumidos conscientemente, servirán de sustrato psicológico para una nueva actitud orientada a la solución.

Con el progreso de la ciencia y la tecnología, la medicina o otras áreas relacionadas con la salud, han tenido mayores posibilidades de profundizar en la tendencia de la prevención y el tratamiento y han desarrollado mejores técnicas; pero debido a que la mayoría de las explicaciones se reducen al aspecto organicista, no hay avance sustancial en el conocimiento de la enfermedad mental sin explicación biológica, ni se ha preocupado con la misma intensidad por explicar la salud mental en el en el contexto cultural-social.

Objetivo

Dar a conocer la influencia de los factores culturales en el proceso de salud mental de las personas, tanto a nivel individual como comunitario.

Desarrollo

La cultura surge de una dinámica compleja o una red de retroalimentación a través de los cuáles, valores, creencias, y normas de conducta se modifican y se sostienen constantemente. Los valores y creencias de una cultura afectan a su cuerpo de conocimientos y contribuye a la interpretación de experiencias de sus propios miembros y deciden cuando una clase de conocimientos es significativa o no. El sistema de valores y creencias compartidos crea una identidad y la identidad el sentido de pertenencia. El comportamiento de las personas está moldeado y regido por su identidad cultural, refuerza su sentido de pertenencia y así su cultura está inmersa en el modo de vida de las personas, por lo que la identidad cultural refuerza las defensas al crear un significado.

La cultura que creamos y sostenemos con nuestras redes de comunicación, incluye no solo valores y creencias o normas de conductas, sino también nuestra propia percepción de la realidad.

Cognitivamente se da una interrelación entre las estructuras semánticas, neurales y biológicas en general. La tecnología industrial que no está exenta de generar desasosiego o franca incomodidad. Por tanto, puesto que la cultura es creada y sostenida por redes de comunicación humanas, cambiará con los modos de comunicación; como en la actualidad, el sistema de

comunicación está caracterizado por un alcance global, y por su interactividad potencial, ello cambia permanentemente la cultura. (Radio, tv, internet, etc.).

Los procesos culturales caracterizados por relaciones de poder, sumisión, demasiado compensatorios o coercitivos., originan inadecuados procesos de culturización en las personas. El poder se une a la explotación, carece de autoridad. Para muchas personas el ejercicio del poder conlleva elevadas recompensas emocionales y materiales. Para el caso de enfermedades relacionadas con el estrés, descubrimientos recientes en la ciencia de la cognición parecen indicar que puesto que la mente está encarnada físicamente en el cerebro, es una manifestación física del significado compartido que la persona otorga a partir de las redes de la comunicación social.¹

Cognitivamente se da una interrelación entre las estructuras semánticas, neurales y biológicas en general. La tecnología industrial que no está exenta de generar desasosiego o franca incomodidad. Cuando un individuo se siente excluido o marginado del grupo al que pertenece, por naturaleza debe buscar una opción, por lo que se convierte en presa fácil de adquirir conducta delictiva, tráfico de drogas, juego patológico, prostitución, secuestro, todo por que el sistema social económico y político en el que está inmerso, no le permite ajustarse o experimentar sentido de pertenencia.²

Es importante resaltar, que inicialmente la construcción conceptual de salud mental, partió de la alteración o la enfermedad y no de la "salud" o la no-alteración, según lo percibiera y se viera impulsado a hacerlo el hombre en ese momento histórico. Luego entonces, lo que el hombre busca explicarse en primera instancia es la enfermedad o, mejor, esa sensación de malestar y alteración que experimenta. Por el contrario, no busca explicarse el estado de no-enfermedad o de normalidad y plenitud vital, lo cual parece ser propio de su naturaleza.

1,2 Castels, Manuel. Citado en: Fafka, F. Las Conexiones Ocultas. Cap. 5. Barcelona España. 2002.

Debemos insistir en señalar que el concepto que subyace a todo este proceso es el de la enfermedad sentida, o la alteración física o mental perceptible por los miembros de la sociedad, sin causa conocida, pero explicada dentro del contexto ideológico dominante en la colectividad.

En este siglo ha surgido un movimiento suscitado por la influencia de las ciencias sociales en la teorización de la salud, el cual se ha dado a la tarea de trabajar sobre el concepto de la salud como tal, sin tener que partir de su contrario, la enfermedad o la afección, para definirla.

Este enfoque, que constituyó la principal preocupación de las primeras reuniones de expertos de la Organización Mundial de la Salud -OMS- incorporó a la conceptualización la categoría del bienestar para poder aplicar, tanto al individuo como a los grupos sociales, un nuevo concepto de salud que fuese más integral y permitiese un abordaje holístico de esta problemática.³

Como producto de la influencia de esa corriente y después de inagotables debates entre especialistas de diversas tendencias filosóficas y políticas de la posguerra, a mediados del presente siglo, por consenso de las naciones participantes de la ONU, su organización recién creada, la OMS, se definió la salud como "Un estado de completo bienestar físico, social y mental y no solo la ausencia de enfermedad o afección".⁴

Esta aproximación teórica ha constituido la definición básica sobre la cual se ha apoyado la salud pública del mundo actual para orientar sus planes y programas, enfrentándose aún a las tendencias asistencialistas que consideran la curación como el espacio más natural de la atención médica y dejan los asuntos del bienestar a otros sectores sociales.

Aunque la definición de salud de la OMS ha sido cuestionada por muchos teóricos arguyendo que es una utopía inalcanzable para todos los miembros de un grupo social, me parece que, aún así, su enfoque es válido y deseable; quizás su aporte más importante es el de hacer girar el concepto de salud en torno del bienestar.

3 Una Aproximación al Concepto de Salud. Rev. Sal.Pub., 2008 (23)

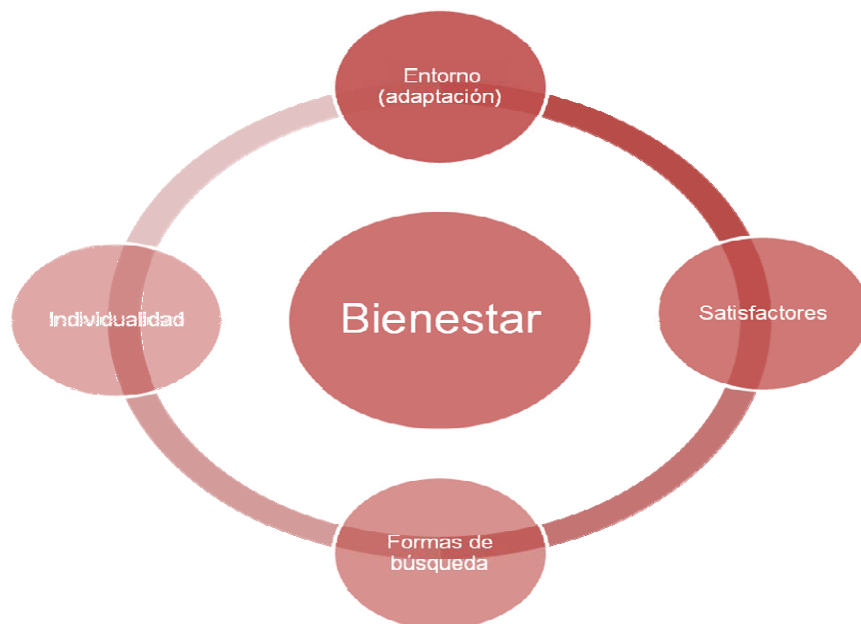
4 www.who.int/dg/es/index.html

Atendiendo al objetivo de este documento, haremos un desglose de la definición enunciada, primero descodificando el concepto de bienestar para que a partir de la misma, ubiquemos el concepto e interpretación de la salud, procurando alcanzar una visión social amplia y panorámica de este proceso que atañe a la vida humana, tanto individual como colectivamente.

Así, si aceptamos que para el ser humano la sensación de bienestar proviene del grado y medida en que satisfaga sus necesidades más inmediatas y trabaje activamente para mejorar sus condiciones de vida, lo mismo que para solucionar otras necesidades que puedan presentársele como producto de su desenvolvimiento social, podemos afirmar sin mucho riesgo de error que debe existir una relación muy intensa entre la satisfacción de las necesidades humanas y el bienestar social, con las particularidades del medio ambiente general en el cual se da esa relación.

El bienestar como categoría social de análisis debe, pues, abordar todo el espacio de esa relación, admitiendo de entrada que es una relación enteramente dinámica entre el ser humano y su entorno, para poder aplicárselo al conjunto.

Para alcanzar un grado de bienestar también básico o esencial, es absolutamente indispensable para el hombre, solucionar aquellas que tienen que ver con su cotidianidad, con su diario vivir, y cuyo grado de satisfacción caracteriza sus condiciones materiales y la calidad de su vida.



Si el bienestar es la palabra clave para experimentar adecuado nivel de salud mental, es natural que la capacidad de adaptación de una persona se dé en la medida en que pueda adquirir ciertos satisfactores en su vida cotidiana; la forma de búsqueda o más bien las formas en que satisface las necesidades, le permitirán adquirir capacidad de individualidad, de autonomía, de certidumbre. La capacidad de adaptación se retroalimenta y consecutivamente podrá ir cubriendo de forma favorable, cada vez más satisfactores; el elemento a cubrir, es que social y culturalmente, las personas no pueden cubrir satisfactores o implementar formas de búsqueda de bienestar, cuya acción o consecuencia invada o trasgreda la individualidad del otro.

En el mismo orden de ideas, tenemos entonces que la enfermedad resultaría de cualesquier alteración del bienestar, tanto a nivel individual como colectivo e incluso puede o no ser percibida como tal; así el concepto de “enfermedad” adquiere una dimensión social. En el caso de la “enfermedad” mental, por ejemplo, resulta más fácil encontrarle explicación en el campo de las necesidades afectivas y de socialización, seguridad, comunicación, libertad, etc., aunque también pueden intervenir la nutrición, la educación y, en fin, todas las demás, ya que, existe una verdadera interrelación e interdependencia entre los resultados de la satisfacción de ellas a nivel perceptual del individuo.

Dentro del contexto social, las ideologías se mueven igualmente a través de las creencias religiosas, las tendencias filosóficas y las corrientes del pensamiento social. También dentro de ellas podemos ubicar las explicaciones y comportamientos colectivos respecto a la enfermedad y la salud, en medio de una intrincada trama de interrelaciones de lo ideológico y de la cultura espiritual. Los hábitos y costumbres relacionados con la salud, surgidos, como hemos anotado, de la cultura consolidada en este campo, condicionan de manera muy importante la perspectiva de los individuos a gozar de una buena condición física y mental, dependiendo de la forma como estos favorezcan o limiten el contacto con algunos riesgos o puedan interferir en las reacciones defensivas orgánicas y en la evolución del proceso mórbido; Asimismo, los hábitos y costumbres alimentarias y las conductas nutricionales relacionadas sobretodo con la crianza, pueden condicionar de manera casi determinante el futuro orgánico e intelectual de los individuos.

5

Obviamente es necesario tener en cuenta las oportunidades sociales que condicionan el acceso a los alimentos y la adopción de algunos hábitos provocados más por las condiciones materiales de vida que por la internalización simple de esquemas de comportamiento validados colectivamente.

Otros aspectos comportamentales como el machismo, el autoritarismo en el seno familiar y otras actitudes injustas consagradas socialmente, como la obediencia ciega impuesta en ciertas relaciones de poder (aún en la relación médico paciente), o los patrones impuestos por los medios de comunicación masiva, o los símbolos y actitudes de estatus arribistas que siguen los adolescentes, también pueden condicionar la salud por mayor exposición e inducción a riesgos, o por limitación en conductas que podrían favorecer la evolución de la enfermedad.

Es indispensable destacar que la forma mágica de conceptualizar sobre la enfermedad persiste aún en nuestros días entre la población, independientemente de su nivel cultural, pero especialmente entre aquella de relativo nivel bajo en lo educativo y en el acceso al conocimiento universal. Los grupos humanos que se encuentran constituidos en comunidades con cierta identidad cultural y en circunstancias de pobreza y postergación social, tienen mayor tendencia a las explicaciones mágicas de la enfermedad, lo mismo que a introducir y usar ritos de la espiritualidad en las sesiones o actos de curación. Las creencias populares sobre el "mal de ojo", "la pérdida de la sombra", el "tocado de difunto", el "embrujo", el "hechizo", "los maleficios" y muchas otras entidades de este mismo estilo, utilizadas para explicar padecimientos, síndromes, enfermedades o estados patológicos de ciertas características, lo mismo que para propiciar circunstancias del azar y la suerte, favorables o adversas, así como los personajes y los métodos para curarlas o prevenirlas, son ejemplos típicos de la persistencia de esta forma de raciocinio mágico que sigue teniendo enorme presencia en campos y ciudades.⁶

En México, resulta muy obvia la publicidad de personajes que se anuncian libremente en los periódicos y en ellos destacan sus facultades especiales y la fuerza inmensa de sus poderes mágicos, para que sus clientes seleccionen a quien más les convenga, según sea la forma como culturalmente éstos interpretan sus necesidades, ya sean afectivas u orgánicas.

6 Una Aproximación al Concepto de Salud. Rev. Sal.Pub.,2008 (23)

Muchos pacientes que no encuentran solución a su caso dentro de la medicina oficial, terminan acudiendo a los servicios de este sistema médico paralelo, no ortodoxo, y a lo mejor encuentran un espacio cultural más cercano de comprensión y afectividad que, aún dentro de lo esotérico y extraño, les ofrece confianza y seguridad en la comunicación y mantiene vivas sus esperanzas.

Es importante destacar cómo dentro de esta forma religiosa de intentar la explicación de la enfermedad, los problemas mentales manifiestos en forma de alteraciones graves de la conducta, -que provocaron sorpresa y hasta estupor en los grupos- se atribuyeron casi siempre a la acción de las divinidades demoníacas que poseyeron a ciertos individuos para manifestarse a través de ellos. También las enfermedades convulsivas, sobretudo la epilepsia del tipo gran mal, se consideraron de esa manera y, aún hoy, se pretende curarlas con exorcismos y rituales antisatánicos.

En muchas culturas surgieron incluso los dioses médicos que se ocuparon específicamente del problema de la enfermedad física o mental, motivo por el cual se les erigieron templos especiales a donde acudían los enfermos en búsqueda de sus favores, dando origen a la aparición de los primeros lugares sagrados destinados a los rituales de sanación, donde se reunían millares de personas afectadas por algún mal para ser curados.

La atención en el sentido de admitir la persistencia de este tipo de sustrato conceptual profundamente religioso para comportarse ante la enfermedad, presente aún en nuestra cultura y sobretudo entre la población de los estratos más pobres. Persiste y se afianza entre ellos el concepto de fragilidad y vulnerabilidad de los humanos, supeditando y empequeñeciendo al hombre en forma total ante la divinidad.

Para muchos de ellos su salud y su destino siguen estando en las manos de alguna divinidad y por eso son renuentes a asumir comportamientos conscientes hacia la prevención de riesgos y a la utilización racional de los servicios médicos institucionales. Dentro de esta condición puede inscribirse a los estratos socioeconómicos más pobres y aún a ciertos grupos de fanáticos religiosos.

Para el caso de enfermedades relacionadas con el estrés, descubrimientos recientes en la ciencia de la cognición parecen indicar que puesto que la mente está encarnada físicamente en el

cerebro, es una manifestación física del significado compartido que la persona otorga a partir de las redes de la comunicación social.⁷

Con el progreso de la ciencia y la tecnología, la medicina ha tenido mayores posibilidades de desarrollar mejores técnicas de curación que intervienen al sustrato orgánico; pero debido a eso mismo no ha avanzado con la misma celeridad en el conocimiento de la enfermedad mental sin explicación biológica, ni se ha preocupado con la misma intensidad por explicar la salud en el contexto social.

El sistema médico contemporáneo, animado por esa tendencia organicista, y convertido en hegemónico por la ciencia oficial y el Estado que convalida e institucionaliza su quehacer, también ha derivado sus esfuerzos cognoscitivos a la curación, cuyos resultados económicos son más atractivos en el ejercicio del mercado legal de la profesión.

En suma, existe una corriente del pensamiento médico, con gran influencia institucional en la sociedad, que continúa imponiendo una ideología de la salud basada en el manejo de la enfermedad y que desafortunadamente ha frenado los avances de la medicina preventiva y del discernimiento sociológico respecto del quehacer en salud, desarticulando la medicina del compromiso que implica el análisis integral del desarrollo de la humanidad desde un ángulo verdaderamente científico y totalizante, y separándola de la ligazón indispensable que debe tener con las ciencias humanas especialmente.

Lo preocupante, es que el sistema económico actual está organizado en un sistema de creencias y valores totalmente ajenos a los de la población principalmente necesitada. Las principales ideas de la globalización son tan diversas, como diversas son las formas de organización humana, pero algo en común, es que en la actualidad ha influido el uso de la tecnología hasta para hacer conexiones sentimentales y emocionales, de conducta de compra, de exponer puntos de vista, de relacionarse, a través de Internet, cuya historia es sorprendente.

⁷ Álvaro, J.L. Torregrosa J.R. y Garrido L. Influencias Sociales y psicológicas en la Salud Mental. Siglo XXI. Madrid, España. 1992

En lo personal, creemos que la posesión del dinero ofrece cierta seguridad a los individuos, les genera certidumbre, pero con la revolución tecnológica, el papel moneda se convierte en plástico o número, generando mayor sentimiento de incertidumbre en las personas. La nueva economía entonces favorece a las empresas, pero no a las personas.

Conclusión

Cuando los procesos culturales propician exclusión o marginación de una persona, del grupo al que pertenece, o con el cuál debería identificarse, por naturaleza social, debe buscar una opción de pertenencia, convirtiéndola en presa fácil de adquirir conducta delictiva o sentimientos de inadecuación o desadaptación; este estilo de vida no le permitirá experimentar sentimientos de bienestar. Sería un grave error tratar de resolver problemáticas de ciertos ámbitos sociales, a partir de la experiencia con otros. Tanto para los individuos, como para la sociedad, será sano cuando, pese a los cambios, sean capaces de adaptarse a ellos, a través de la creatividad y funcionalidad.

Si bien, la opción más viable es la transformación de la cultura, los valores, las creencias, las redes de comunicación, etc., será muy difícil cambiar millones de percepciones y estructuras cognitivas que determinan el actuar de las personas, la realidad de una de ellas no lo es para otros cuantos millones, aún en la misma región, aún en la misma colonia o población e incluso aún en el mismo círculo familiar.

La tecnología provoca confusión de ideas, distorsiona la percepción de la realidad de millones de personas y entonces su actuar estará condicionado a la percepción que tienen y no a la real, por lo que difícilmente podrán hacer algo por sí mismos para cambiar la realidad en la que viven, podemos decir, que vivimos en un mundo condicionado.

Pero lo más preocupante es que incluso elementos culturales están moldeados tecnología y para mejorar los procesos de culturización será necesario realizar cambios en tecnología, política y valores humanos.

Lamentablemente los seres humanos no podemos avanzar cognitivamente al ritmo acelerado de la tecnología, que conlleva dificultades y nos vemos limitados a resolverlos.

Como una opinión ajena al tema de nuestro interés, no podemos dejar de mencionar que actualmente, tanto en el ámbito social y cultural se han visto efectos devastadores por el impacto de la globalización, pues ha generado que solo accederán a mejores condiciones de vida aquellos que tienen preparación, aquellos autoeducados, aquellos que son usados para producir conocimiento para solo unos cuantos que manejan el poder de la información.

Es probable que en las personas se generen sentimientos de alienación, ese sentimiento de construir o generar sin verle una utilidad de tipo personal, solo una utilidad para otros; su compensación es solo material, los individuos trabajarán competitivamente por sentir comodidad y seguridad a partir de lo material, fragmentando las relaciones humanas y en consecuencia, sensaciones de malestar hacia sus propias acciones.

Bibliografía

- Kafka, Fritjof. Las Conexiones Ocultas. Barcelona, España. Ed. Anagrama. 2003.
- Documento de Antología: Salud Mental 4to. Semestre. Licenciatura en Enfermería, Campus Celaya Salvatierra. Universidad de Guanajuato.
- Álvaro, J.L. Torregrosa J.R. y Garrido L. Influencias Sociales y psicológicas en la Salud Mental. Siglo XXI. Madrid, España. 1992.
- Una Aproximación al Concepto de Salud. Rev. Sal.Pub.,2008 (23)
- Página de la OMS: www.who.int/dg/es/index.html

Estímulos que influyen en el nivel de adaptación del modo de interdependencia del adulto mayor hospitalizado. Resultados preliminares

Lic. Francisco Javier Juárez Sánchez fjuarezs@celaya.ugto.mx

M.I.E. Ana María Padilla Aguirre anyta50@hotmail.com

Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas ojedal@quijote.ugto.mx

M.C.M. María de Lourdes García Campos.

Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra,

División de Ciencias de la Salud e Ingeniería,

Resumen

Objetivo: Describir los principales estímulos que influyen el nivel de adaptación del modo de interdependencia del adulto mayor hospitalizado en hospitales públicos de Celaya Guanajuato.

Material y métodos: Estudio observacional, prolectivo y transversal. Se estudiaron 17 sujetos, mayores de 60 años, hospitalizados, que aceptaron participar; se excluyeron pacientes inconscientes y con deterioro neurológico. Se aplicó un cuestionario con datos generales, datos para la interdependencia y datos que indiquen estímulos que influyen en este. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 17. **Resultados y discusión.** La media de la edad fue de 73.7 ± 8.3 , la escolaridad de 3.12 ± 3.0 y la media de la puntuación total del nivel de adaptación del modo de interdependencia fue de 17.7 ± 5.0 manifestando un nivel de adaptación integrado en el modo de interdependencia; el 76.5% de los adultos mayores manifiestan un nivel integrado y el 23.5% compensatorio; 58.8% pertenece al género femenino, 58.8% es viudo y el 35.3% casado, totalmente católicos, 52.9% de los adultos mayores es cuidado por sus hijos y el 35.3% por sus esposos; el 76.5% presenta positivo con sospecha de maltrato y el 41.2% positivo a aislamiento social. **Conclusiones:** Resultados preliminares; hasta el momento los adultos mayores estudiados presentan un nivel de adaptación integrado en el modo de interdependencia haciendo necesario contrastar con otras investigaciones la presencia de estímulos relacionados con la sospecha de maltrato y el aislamiento social, estos son causantes de un desequilibrio en la adaptación por alteración de la suficiencia de afecto, desarrollo y recursos; y los conducen a una sensación de no ser necesarios, valorados o apreciados por otros.

Palabras clave: Estímulos, Adaptación, Anciano, Interdependencia.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2006), menciona que el avance vertiginoso de la transición demográfica en el entorno mundial ha ocasionado un incremento poblacional de la vejez muy importante entre los años 2000 y 2008, las proyecciones a futuro indican que entre 2010 y 2050, la población mundial de 60 años o más se multiplicará por más de tres, pasando de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo, donde pasarán de 400 a 1700 millones en ese mismo periodo.

De acuerdo a la dinámica anteriormente descrita, la proporción de las personas mayores de 60 años dentro de la población total se triplicará entre el año 2000 y 2050, de tal modo que uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños será una persona mayor en el año 2050. Según las estimaciones y las proyecciones de la población, el número de personas mayores continuará con un incremento significativo en la región; a pesar de que persistirán divergencias importantes entre los países.

CONAPO (2004), señala que en México es la onceava nación más poblada del mundo con poco más de 97 millones de habitantes. Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población de adultos mayores. “Por un lado, el declive de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas (envejecimiento *por arriba* o por la cúspide de la pirámide). Por el otro, la caída de la fecundidad se refleja a la larga tanto en una cantidad menor de nacimientos, como en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total (envejecimiento *por abajo* o por la base de la pirámide)”.

Unidad de Planeación e Inversión Estratégica (2005), menciona que en el estado de Guanajuato ha experimentado importantes transformaciones en materia de monto, estructura y composición de su población. Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, en Guanajuato residen mas de 4.5 millones de personas, de ellas aproximadamente 300 mil forman parte del grupo con 60 años y más. La tasa de crecimiento anual del segmento de población con 60 años y más es de 2.96% lo que representa poco más de 10 mil personas adultas mayores anualmente.

El progresivo envejecimiento de la población tiene presencia en conjunto con algunos cambios sociales entre los cuales se encuentran las familias cada vez más reducidas o la inclusión de la mujer en el mercado laboral, de importancia mencionar que la mujer tradicionalmente ha sido responsable del cuidado de los mayores, los cambios culturales, la disminución de la tolerancia, la discriminación y la institucionalización. Estos cambios en el adulto mayor, y que son evidenciados por la población más joven, pueden incidir en la interdependencia del adulto mayor; ya que en esta sociedad consumista la productividad económica falsamente está “asentada” en la población joven; discriminando y dejando a un lado al adulto mayor.

Esta discriminación es posiblemente atribuida desde la óptica de la cultura occidental en la que la valoración social se basa en la capacidad física, en las competencias y la productividad, cualidades que van en decremento al paso de los años, esto genera restricciones que disminuyen las posibilidades de mejorar la calidad de vida y en algunas ocasiones es foco de agresión y desplazo. Tal situación hace que se transforme en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo ésta de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia. Parece ser que los ancianos, principalmente los que viven solos y en edad avanzada son considerados solitarios, sin embargo, factores como la personalidad, la capacidad cognitiva, la salud física pueden cumplir un papel más importante en la vulnerabilidad social.

Fuentes (2003) señala que los datos anteriores ponen de manifiesto que los adultos mayores, como sistemas adaptativos holísticos, presentan respuestas humanas las cuales utilizan para hacer frente a los cambios que acontecen en su ambiente a través de cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, desempeño del rol e interdependencia. Los adultos mayores presentan problemas de adaptación y dependiendo del nivel de adaptación se verá afectada en su capacidad de responder de forma positiva ante los estímulos que puedan afectar su interacción socioafectiva.

Este estudio se sustenta en la Teoría de la Adaptación de Callista Roy; el objetivo de nuestro estudio fue: describir los principales estímulos que influyen en el nivel de adaptación del modo

de interdependencia del adulto mayor hospitalizado en los hospitales públicos de Celaya Guanajuato.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo, observacional, prolectivo y transversal mediante entrevista dirigida que se desarrollo en los hospitales públicos de la Ciudad de Celaya Guanajuato. El tamaño de la muestra se calculo con un error esperado de .10 y un nivel de confianza del 95% (n=52). Hasta el momento se tuvo acceso a 17 sujetos.

Los criterios que se establecieron para que las personas participaron en el estudio fueron: mayores de 60 años, que se encontraran hospitalizados, de ambos sexos, que aceptaran participar voluntariamente en el estudio. No se incluyeron pacientes inconscientes o con deterioro cognitivo que dificultaran la entrevista. La recolección de datos se realizo mediante entrevista dirigida a cada uno de los adultos mayores en su unidad; lo anterior dadas las características de la población, ya que era posible encontrar personas analfabetas.

Las variables socio demográficas recogidas en la entrevista fueron: edad, sexo y estado civil, escolaridad, ocupación y existencia de un cuidador específico.

Se aplico un cuestionario para la identificación de estímulos que pueden interferir en el nivel de adaptación en el modo de interdependencia que consta de dos segmentos; 24 preguntas con una confiabilidad mediante KR20 de 0.86, de las cuales 23 se realizan en sentido positivo y 1 en sentido negativo con el fin de identificar las relaciones de dependencia e independencia del adulto mayor con sus seres queridos y con los sistemas de apoyo a los que puede pertenecer, así como 23 preguntas haciendo alusión a estímulos que pueden desencadenar situaciones que afectan la suficiencia de afecto, de desarrollo y de recursos. Se realizó un análisis mediante el paquete estadístico SPSS versión 17; se utilizo estadística descriptiva media y desviación estándar ($\bar{X} \pm D.E.$), frecuencias (f) y porcentajes (%). (Roy 2002)

Resultados y Discusión

Los siguientes datos representan el resultado preliminar de la aplicación de 17 encuestas a los adultos mayores hospitalizados. La tabla 1 muestra los datos referentes a edad, escolaridad y el nivel de adaptación del modo de interdependencia. Los datos que aporta el nivel de adaptación en el modo de interdependencia del adulto mayor hospitalizado manifiestan encontrarse dentro de un nivel integrado de acuerdo a Roy 2002.

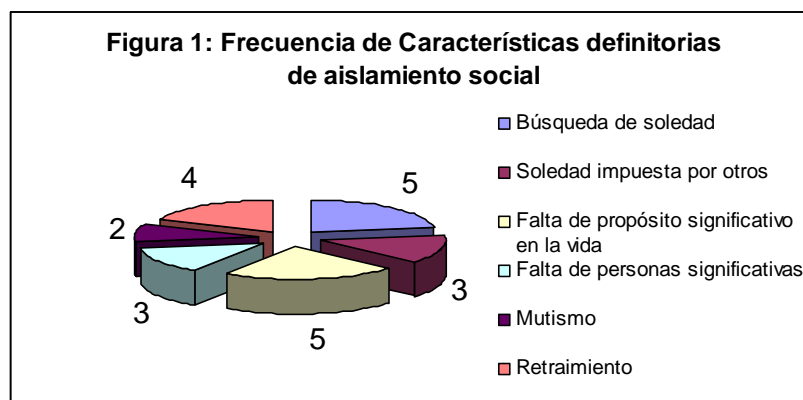
Tabla 1 Estadística descriptiva

Variable	n	X\pmD.E.
Edad	17	73.7\pm8.3
Escolaridad	17	3.1\pm3.0
Nivel de adaptación del modo de interdependencia	17	17.7\pm5.0

Fuente: Cuestionario estímulos que influyen en el modo de interdependencia

El genero del sujeto de estudio el 58.8% es femenino y el 41.2% es masculino, el 58.8% es viudo, el 35.3% casado y el resto en unión libre; 58.8% se dedican al hogar, 11.8% es jubilado, un porcentaje igual es campesino, otro igual se encuentra en casa y un 5.9% es comerciante, el 100% refiere ser católico; la persona que lo cuida en un 52.9% son los hijos, un 35.3% manifiesta ser cuidado por el esposo (a) y el resto lo cuidan los sobrinos y los primos.

Los datos que aportan los estímulos encontrados en los adultos mayores hospitalizados fueron centrados en datos de sospecha de maltrato y aislamiento social de los cuales en el 76.5% se encuentra la presencia de un solo ítem positivo que se relaciona con sospecha de maltrato; los tipos de maltrato que refiere el sujeto de estudio son 35.5% psicológico, el 29.4% refiere abandono, 11.8% maltrato físico y el resto no refiere maltrato, el 35.3% refiere dos o mas tipos de maltrato; el 41.2% refiere una o varias características definitorias para aislamiento social; la figura 1 muestra las características definitorias presentes en los sujetos con datos de aislamiento social.



Fuente: Cuestionario estímulos que influyen en el modo de interdependencia

De los adultos mayores encuestados 76.5% presentan un nivel integrado de adaptación en el modo de interdependencia y un 23.5% un nivel compensatorio, hasta el momento no se ha encontrado datos para describir un nivel comprometido en la interdependencia del adulto mayor hospitalizado.

Discusión

Es importante destacar que los adultos mayores entrevistados en los hospitales públicos de la ciudad de Celaya, Gto. Nacieron en el siglo pasado, en la década de 1930, de ahí el situar algunas características importantes como lo es la escolaridad, recordando que en aquellos tiempos la instrucción primaria era lo esencial y que a ella solo podían acceder ciertos miembros de la sociedad, principalmente hombres y con buen nivel económico.

La vejez en el estado de Guanajuato tiene cara de mujer como lo refieren los resultados en cuanto a genero; esto es atribuido a que en su mayoría son las mujeres las que alcanzan mayor edad; el estado presenta un índice de masculinidad menor en relación al país; en Guanajuato existen poco menos de 80 varones por cada 100 mujeres. (Unidad de Planeación e Inversión Estratégica 2005)

La dependencia según Roy (2002) se refiere al grado dentro del cual la persona mira o confía en otras personas para la ayuda, la atención y el afecto los datos que aporta la investigación ponen de manifiesto que esta dependencia se centra principalmente en los hijos como ya se ha reportado anteriormente.(Fuentes 2003) esta situación en nuestro estado suele manifestarse ya que desde el concepto moral, los padres educan y quieren a los hijos con miras a que en el futuro sean ellos los que se hagan cargo en su vejez.

Dado lo anterior y con el paso de los años, en el curso de la historia el desencadenamiento generacional se ha modificado; encontrando en nuestra sociedad desde antaño los siguientes niveles: padres e hijos, abuelos padres e hijos y desde hace algunos años no es raro encontrar bisabuelos, abuelos, padres e hijos

A pesar de que hasta ahora los datos que aporta el estudio manifiestan que el adulto mayor hospitalizado presenta un nivel de adaptación integrado en el modo de interdependencia es importante hacer un contraste con los datos referentes a los estímulos en cuanto a que hemos encontrado datos de sospecha de maltrato y aislamiento social ya que Roy manifiesta que dentro de los procesos comprometidos dentro de la interdependencia existe una ansiedad por la separación, apatía y soledad; los datos significativos expresados por la NANDA-I (2007-2008) y que refieren los adultos mayores encuestados concuerdan que el individuo cuando envejece y presenta estos datos lo conducen a una sensación de no ser necesarios, valorados o apreciados por otros.

Conclusiones

Datos preliminares dado el avance de la recolección de datos. El adulto mayor hospitalizado en las unidades hospitalarias públicas de la ciudad de Celaya, Gto. , hasta este momento de la investigación presentan un nivel integrado de adaptación del modo de interdependencia lo que podría debatirse en una investigación posterior ya que se encontraron datos de sospecha de maltrato y aislamiento social; estos datos manifiestan un desequilibrio en la adaptación por alteración de la suficiencia de afecto, de desarrollo y de recursos.

A pesar de la presencia de datos de sospecha de maltrato y aislamiento social el adulto mayor hospitalizado en los hospitales públicos de Celaya, Gto. Y que presentan un nivel de adaptación integrado en el modo de interdependencia, es necesario demostrar mas adelante la concordancia de estos hechos ya que posiblemente el adulto mayor.

Referencias

- ¹ CONAPO. *Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México* en: La situación demográfica de México. [En línea]. 2004: [Citado 2008 Sept. 06]; [131 paginas]. Disponible en: URL <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>
- ² Fuentes García, I. y García Garro A. *Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor*. [En línea]. 2003; [Citado 2008 Sept. 06]; [6 paginas] Disponible en: URL <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-quebra/e-lq2003/e-lq03-1/em-lq031g.htm>
- ³ NANDA-I. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008*. Madrid, España. Elsevier. 2008
- ⁴ OMS. *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?* [En línea]. 2006; [Citado 2008 Sept. 06]; [1 pagina]. Disponible en: URL <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
- ⁵ Roy C, & Andrews H. *The Roy Adaptation Model*. Second edition. Stanford, Conecticut. EUA. Appleton & Lange. 2002
- ⁶ Unidad de Planeación e Inversión Estratégica. *Programa especial gerontológico del Estado de Guanajuato (2005-2025)*. Consejo Especial de Población del Estado de Guanajuato. Gobierno del Estado de Guanajuato. Guanajuato. México. 2005