

Cultura y educación

Estudios e intervenciones en salud

Imelda Orozco Mares
(Coordinadora)

Qartuppi®



Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Cultura y educación

Estudios e intervenciones en salud

Imelda Orozco Mares
(Coordinadora)

Qartuppi®

Obra financiada por el Programa de Apoyo a la Mejora
en las Condiciones de Producción SNI y SNCA (PROSNI) 2021.

Esta obra fue dictaminada positivamente por:

Rosa Martha Meda Lara, Universidad de Guadalajara.

Laura Leticia Salazar Preciado, Universidad de Guadalajara.

Ana Bertha Rodríguez Medina, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Cultura y educación

Estudios e intervenciones en salud

1era. edición, julio 2022

ISBN 978-607-8694-33-4

DOI 10.29410/QTP.22.07

D.R. © 2022. Qartuppi, S de RL de CV

Villa Turca 17, Villas del Mediterráneo

Hermosillo, Sonora 83220 México

<https://qartuppi.com>

Edición: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Diseño editorial: León Felipe Irigoyen

Fotografía de portada: Yaroslav Lutsky, unsplash

Contenido

6	Presentación Imelda Orozco Mares
9	I. Por donde ronda la muerte. Etnografía de la enfermedad terminal Imelda Orozco Mares
32	II. El mundo artesanal y el mundo mágico. Relaciones entre la alfarería, los nahuales y la salud en Tonalá Alejandro Chávez Rodríguez
50	III. Cuidado transnacional de adultos mayores mexicanos: las redes de apoyo en contextos migratorios María Guadalupe Ramírez Contreras
59	IV. Los aportes de la ciencia y la cultura en la educación para la salud sobre las identidades sexuales María de los Ángeles Covarrubias Bermúdez y Marco Antonio Zavala González
79	V. Revisión sistemática del estrés laboral en el docente universitario María Luisa Ávalos Latorre, Marcela Janette Colunga González y Carlos Alfredo Damián García
105	VI. Gestión de riesgos en plantas de tratamiento de aguas residuales: estado actual del conocimiento María Luisa Ávalos Latorre y Ana Laura Karen Ramírez Ramírez
114	VII. La práctica gerontológica institucional en el Centro Universitario de Tonalá: la evolución de la asignatura hasta que llegó la pandemia Katya Aurora Rábago Olivares y Martha Osbelia Díaz Fabila

Presentación

Esta obra ofrece siete temáticas en salud, cada una de ellas abordadas desde la perspectiva de la cultura y la educación; seis de los capítulos corresponden a los resultados de procesos de investigación, con temáticas que los autores han tomado a lo largo de su trayectoria académica como objetos de estudio; mientras que uno de los capítulos sistematiza la experiencia pedagógica trastocada por la emergencia sanitaria que ha representado la pandemia de COVID-19 y sus modificaciones en la concepción tradicional de enseñanza-aprendizaje. Tanto los procesos de investigación como las intervenciones educativas se llevaron a cabo en la región occidente de México, en la zona metropolitana de Guadalajara que, debido a su nivel de desarrollo y nivel de bienestar, posiciona al estado de Jalisco entre los primeros lugares de desarrollo económico y social, pero que tiene sus claroscuros y formas híbridas de convivencia para dar respuesta a la problemática en salud.

En el primer capítulo, la autora expone una mirada a la experiencia de los últimos meses de vida de los enfermos en fase terminal, en medio de la pobreza y de redes sociales debilitadas o inexistentes. Con la finalidad de acceder a la experiencia del otro, la vía de acercamiento metodológica que se eligió fue la etnografía. En el texto se presentan algunas partes de la vida de Clara, una mujer de 54 años que, desde su cansancio y dolor provocado por el cáncer de ovario, habla acerca de cómo se siente, pues sabe que la muerte está esperándola. Además, en el capítulo se describe al ámbito hospitalario como ese espacio donde la muerte se nombra y parece que está siempre al acecho; se propone como un escenario en el que se tejen historias breves, que no duran más allá de un único encuentro, pero que enriquecen los saberes sobre las subjetividades del enfermo crónico, sus familias y el personal de salud.

Desde una perspectiva cualitativa, en el segundo capítulo, el autor analiza la magia y el simbolismo de un pueblo y su identidad, asumida a través de la actividad artesanal, la magia y los nahuales como medio para mantener la salud. Tonalá es ese lugar en el que sus habitantes viven en un mundo híbrido en el que la tradición y la modernidad se funden y destaca el saber medicinal, ese que parece que ha desaparecido en un mundo pos-moderno; sin embargo, para este pueblo, la medicina tradicional une y da respuesta organizada a las necesidades de atención en salud comunitaria.

El cuidado en la vejez en contextos migratorios es el tema abordado en el capítulo tres, en el cual se retrata brevemente cómo las redes transnacionales son vitales en un estado con tan altos índices de migración. En el capítulo se recuperan las historias en las que se mantienen las obligaciones de cuidado y se pone de manifiesto que, a pesar de que el fenómeno transmigratorio ha modificado algunas costumbres, no ha arrancado la cultura de cuidar a uno de los grupos vulnerables, como son las personas adultas mayores.

En el capítulo cuatro, los autores discuten los aportes de la literatura sobre sexualidad con perspectivas culturales y la diversidad conceptual con que está siendo investigada; debaten sobre las necesidades de adaptarse a los cambios vertiginosos que la sociedad está atravesando en los temas de familia, amor, sexualidad, diversidad, religión, educación, entre otros; así, permiten la comprensión de lo inútil de polarizar las visiones investigativas y educativas para los sujetos que toman decisiones sobre su identidad sexual en la cotidianidad.

Un reto para la salud pública del siglo XXI serán los padecimientos de salud mental ligados a los procesos productivos. La docencia es una de las ocupaciones históricamente valoradas y reconocidas por su responsabilidad social. Un buen docente universitario será aquel que participa en la formación de ciudadanías, no solo con conocimientos para desempeñar un empleo, también debe co-construir valores de respeto al ser humano. A partir de la literatura existente, en el quinto capítulo, los autores analizan los ambientes laborales universitarios, en específico aquellas condiciones que provocan en el docente problemas de salud mental estigmatizados y ocultos, como son la ansiedad, el estrés, la depresión y el sentimiento de agotamiento.

El capítulo seis versa sobre un asunto vital para el ser humano en sociedad: el uso del agua y el tratamiento de sus residuos. En la actualidad, para todas las sociedades, el agua y su uso es un motivo de preocupación, debido al riesgo a la salud que representa el uso de aguas contaminadas, en especial para los trabajadores de las plantas tratadoras de agua, que pocas veces se visualiza en los estudios.

El reto más inmediato que enfrenta la educación es la continuidad de los procesos de enseñanza en todos los niveles educativos como consecuencia de la pandemia de COVID-19. En el caso de la formación de profesionales de la salud y su formación práctica, en la que se contrastan los saberes teóricos con la realidad, representa una serie de constantes adaptaciones para garantizar la calidad de la educación superior. En el capítulo siete, los autores exponen la experiencia docente en la búsqueda de lograr el análisis de la práctica institucional, que asegura, además, la calidad de los servicios de salud y atención a los grupos de adultos mayores institucionalizados.

En este libro más que perfilar temas, los autores intentan proponerlos para su reflexión desde las dimensiones de la cultura y la educación; en especial, porque cada uno de los capítulos aborda cuestiones de la vida diaria que atañe a toda la población.

Dra. Imelda Mares Orozco

I.

Por donde ronda la muerte.

Etnografía de la enfermedad terminal

Imelda Orozco Mares

A él le habían dicho que iba a estar encamada...
Que ya de la cama no me iba a levantar, pero a mí...
acá bajita la mano, me dijeron...
No bien y ya tengo así tanto
que ya me quiero morir
(Clara, 54 años, cáncer de ovario)

El presente capítulo tiene un doble propósito; por una parte, brindar una mirada a las condiciones en las que un sector de la población en situación de pobreza, en la región occidente de México, se enfrenta a la muerte; por otra parte, proponer a la etnografía como un método de investigación útil para la comprensión de la realidad de aquellos quienes se encuentran próximos a morir.

La muerte nos encuentra en cualquier parte y en cualquier momento. Es un saber que un día moriremos, es un conocimiento de sentido común; sin embargo, la acelerada vida contemporánea que vivimos provoca que nos *olvidemos* de nuestra finitud en el mundo y nos mantengamos ocupados en resolver el día a día, particularmente si no se tiene los recursos económicos y sociales suficientes para sobrevivir. Con igual naturalidad en nuestras trayectorias de vida, asumimos que hay espacios en los que la muerte se pasea con mayor frecuencia y comodidad, casi tanto como si fuera su casa; esos lugares son los hospitales y las viviendas de aquellos que tienen una enfermedad crónica o se encuentran con una edad muy avanzada y, por tanto, el enfermo como sus familiares esperan la muerte. A estos enfermos, médicamente, se les conoce como *enfermos en fase terminal*.

El proceso de morir es un asunto social, concebirlo de esa manera permite indagar el *morir* desde el momento en que la enfermedad del pa-

ciente se define como incurable y se espera que la muerte llegue en un plazo determinado (Alonso, 2012). Clínicamente, ese plazo en la enfermedad terminal se establece cuando lo avanzado del padecimiento sugiere que resultará en muerte inminente; sin importar que la persona esté recibiendo tratamiento o que tenga consciencia de la gravedad de su estado. Como resultado de la enfermedad, las personas pueden o no sufrir de severos dolores y malestares, y presentar deterioros físicos y cognitivos visibles o no. Son casos de muerte inminente porque se espera que suceda en corto plazo, usualmente días o semanas; algunos autores ponen un límite máximo de vida no superior a los seis meses (Peñacaoba, 2004; Sullivan, 2005).

Para los enfermos en fase terminal, los servicios de salud ofrecen el cuidado paliativo. Las unidades de estos cuidados son espacios que bien pueden ubicarse al interior de un hospital o en un edificio no hospitalario; se concibe como un lugar con un ambiente armonioso, cuya atención no es invasiva. Su propósito es mantener la calidad de vida y evitar en lo posible que las personas sufran de dolor físico. Una de sus características para el cuidado paliativo con calidad es que este debe llevarse a cabo en el hogar del enfermo, donde pueda sentir tranquilidad y se vea acompañado por su familia y otros seres queridos. Para 2014, en México, solo 25 de sus estados contaban con servicios especializados de este tipo (Covarrubias et al., 2020); en Jalisco se concentran en la zona metropolitana de Guadalajara.

Los cómo y algunos para qué

En el intento de describir lo que pasa alrededor de la muerte, decidí hacer uso de la etnografía que, en las últimas décadas, se ha revelado como un método útil para comprender las prácticas culturales en torno a los procesos de salud-enfermedad y de muerte (Arantazamendi et al., 2016). Por otra parte, la etnografía permite co-construir junto con los participantes el mundo social de la enfermedad y la muerte que se configura a partir del sentido común y el discurso hegemónico (Loza & Ramírez, 2020). Los testimonios y experiencias de los participantes en el estudio se confrontan con el trabajo etnográfico y permiten un acercamiento al malestar que sufren día a día (Cortés et al., 2005) y que muchas veces son desconocidos y otras veces menospreciados por quienes no viven ese drama.

Realicé entrevistas con enfermos moribundos, sus familias y equipo de salud; las interacciones cara a cara fueron pactadas de manera verbal, así como la obtención de sus permisos para ser grabados. Los participantes tuvieron siempre la opción de detener la grabación o la conversación completa, ya fuera porque eran temas que no estaban dispuestos a discutir, por cansancio o porque querían hablar de algún tema en especial, pero no deseaban que quedara registrado. Entendí por qué Bourdieu (1999) indicó que las entrevistas son momentos privilegiados, plagados de intercambios que nada tienen que ver con los encuentros causales. Me propuse mantener presente algunos asuntos que me preocupaban por la naturaleza y condición de los entrevistados: no ser más intrusiva de lo estrictamente necesario, no ejercer violencia de ningún tipo en la comunicación, cuidar el uso de las palabras que pudieran ponerme en un lugar de poder, vigilar mis gestos y expresiones, buscando que no juzgaran sus trayectorias y forma de vida, y agradecer siempre su generosidad para compartir y confiarme sus historias.

Para comprender y explicar cómo y por dónde ronda la muerte, fue necesario pasearme por donde vivían algunos enfermos en fase terminal y por lugares a donde acudían ellos o sus familiares a recibir atención paliativa. Escribí con la mayor objetividad posible todo lo que pude observar. En algunos registros fue inevitable ponerme en la escena, en particular cuando las pláticas informales abrían un abanico de explicaciones de cómo es que se vive al final la enfermedad crónica y cómo es que se cuida al que está muriendo.

En este escrito intentaré dar voz a una de las enfermas entrevistada que falleció a la siguiente semana de nuestra última conversación. Clara (así la llamaré) accedió a platicar conmigo, sabiendo que algún día podría utilizar sus testimonios para que otras personas nos acerquemos a la comprensión de cómo viven los últimos días los enfermos en fase terminal, de las necesidades materiales y subjetivas; todo ello, en contextos de pobreza. Durante las conversaciones, ella también comprendió que no es solo conocer historias que parecen comunes, su experiencia podrá servir para que otros se preparen y reconozcan las señales que llevan a una muerte con escasa calidad de vida. Cuando haga uso de sus palabras, siempre respetaré sus formas de palabras, pues ellas dan cuenta de su experiencia.

Donde se nombra a la muerte con facilidad

La etnografía en este estudio me llevó a recorrer hospitales que ya había caminado antes: hubo un tiempo en que impartí clases en el área de enseñanza de una de esas instituciones, pero esta vez caminé con otra sensibilidad sus calles y corredores, busqué entenderlo como el espacio donde se pasea con descaro la muerte e intenté comprender lo que significaba ir ahí con el objetivo de recibir tratamiento para el cáncer; solo entonces imaginé por qué fue común escuchar con los enfermos a quienes entrevisté, el alivio que representó dejar de acudir a recibir tratamiento como una más de las emociones que la enfermedad provoca. Las últimas salidas de Clara a la calle fueron al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde y, una ocasión, a la Unidad de Cuidados Paliativos. El hospital se encuentra desde el siglo XVIII en la colonia Barranquitas, del municipio de Guadalajara; en sus inicios se conoció como Hospital de Belén. En el siglo XIX se consolidó como el espacio para la enseñanza práctica de la medicina más importante de la región (Peregrina, 2008).

Al caminar por las calles del barrio de Barranquitas y pasar por sus talleres de curtiduría, se pueden percibir los olores del trabajo con la piel, ya que, a principios del siglo XX, esa ocupación y el asentamiento de innumerables talleres zapateros fueron las actividades económicas principales de sus habitantes (Magaña, 1992). Esta colonia tradicional se configuró en el imaginario como un baluarte en la historia de Guadalajara, en especial por la ubicación del hospital, que ha adquirido la denominación de patrimonio cultural (Guevara, 2019).

En los alrededores del hospital abundan los negocios de alimentos: comida rápida, aguas frescas, paletas, puestos de fruta picada y antojitos mexicanos. Caminar por sus calles aledañas es percibir olores a pozole, tacos, lonches, etc. En sus angostas banquetas sueles encontrarte con muchas personas, la mayoría de ellas con expresión de cansancio —que se refleja en sus rostros pálidos—, caminando lento y casi siempre cargando suéteres, chamarras o cobijas, ya que para ser atendidos hay que llegar temprano; desde las 5:00 o 6:00 horas es posible ver a las personas, ya sean los mismos enfermos o familiares, haciendo fila para ingresar a algún servicio de atención. Son comunes también los negocios de farmacias,

venta de artículos de segunda mano y algunos establecimientos de servicios funerarios. Frente al hospital, hay un jardín con prados y bancas que siempre están ocupadas por familiares que pernoctan en espera de buenas noticias. También es lugar de reunión de personas en situación de calle.

El tratamiento oncológico se ofrece en un edificio, en la calle Coronel Calderón. Frente a este, se encuentran cotidianamente tres puestos de alimentos. Por esa misma banqueta, un señor oferta bolsas, otro vende ropa usada y uno más promociona a gritos la venta de una pomada para las uñas con hongos. El tráfico peatonal y de autos siempre es intenso.

Al ingreso del edificio siempre se encontrará un hombre o una mujer usando uniformes de vigilancia, sentados a un lado de una mesa junto a la puerta; en la mesa normalmente se encuentran unos folders y un estetoscopio —en las visitas realizadas a este lugar, no registré uso alguno—. Normalmente, registran datos de quienes van a atención y eso representa hacer una primera fila. Los vigilantes visten pantalón negro, camisa blanca con un logotipo de empresa de seguridad privada. Uno de ellos es delgado, piel morena, calvo, de una estatura aproximada de 1.60 metros, aparentemente rebasa los 40 años, usa cubrebocas. Mientras se pasa la mano por la cabeza, pregunta en tono fuerte a una mujer joven “¿a dónde va?”, no logro escuchar lo que ella contesta. Yo ingreso sin que me haga preguntas, me mira y repara en que llevo un cuaderno en la mano, me revisa de arriba abajo, no dice nada y permite mi ingreso.

Desde los primeros estudios sobre las relaciones y construcciones sociales de la vida cotidiana en hospitales, se describió cómo los roles se establecen en gran medida a través de la vestimenta y la actitud de quienes se mueven en estos lugares. Según Goffman (2004), la vestimenta, los rituales y los distintos modos de humor con que llegan y se mueven enfermos, médicos, vigilantes, personal paramédico, familiares, entre otros, definen el estatus y los roles que se juegan. En este caso, entrar con un cuaderno en la mano, con seguridad y sin voltear a mirar al vigilante, hizo que yo entrara al área de consulta sin restricciones.

La puerta de ingreso es amplia. La sala de espera del Instituto Jalisciense de Cancerología (IJC) tiene una dimensión aproximada de 4 x 5 metros, frente a la puerta de ingreso hay tres hileras de cuatro sillas.

A un costado, otra fila más con cinco sillas. Al frente, hay cuatro hileras más, con espacio para siete personas cada hilera. Queda entre ellas una especie de camino torcido y con poco espacio para caminar. Casi la totalidad de las sillas se encuentran ocupadas. La mayoría de los asistentes son mujeres. La mayoría de los asistentes son adultos y ancianos. Los más jóvenes son los acompañantes; se deduce por el color de su piel, porque no usan gorros o turbantes en la cabeza, por la agilidad al moverse, a veces con expresión de cansancio, y porque casi siempre están tratando de encontrar el mejor lugar para el enfermo que acompaña.

Ocupo un lugar donde puedo observar la recepción y el ingreso al área de consulta externa. Para ello, hay un mostrador y un letrero que dice “se reciben citas de 7:00 a 8:30”.

Escucho decir a una mujer: *“va a ser otra vez toda la mañana aquí”*. En el lugar donde me encuentro es una rampa y, por tanto, las sillas se sienten en desnivel, que al poco rato de usarlas hacen sentir incomodidad. Al final, se encuentra un pizarrón en el que hay información sobre cómo realizar exámenes para detectar cáncer de mama y un póster con información nutricional.

Hay un pasillo que comunica con otros consultorios y un escritorio, dispuesto ahí para dar información, hacer pasar a las personas al área de consultorios y recabar algunos datos del enfermo. En todos los servicios de salud, es común que los pacientes sean interrogados una y otra vez (García et al., 2017), parece una exposición interminable de la condición humana. Detrás del escritorio se encuentra una mujer de casi 50 años, pelo negro, recogido, sin maquillaje y viste una falda azul, blusa blanca y chaleco azul marino. Calza zapatos de piso, cerrados. Inicia a pasar personas a consulta a las 8:57, se van reacomodando los enfermos en las hileras de sillas y siguen entrando otros más. Casi hora y media y el flujo hacia los consultorios no para, pero tampoco el ingreso de enfermos a revisión. Escucho a la mujer que da informes decirle a un hombre que lleva unos papeles en la mano: *“lleva el recibo a exentar... si mijo, si no, no lo exentan”*.

Las enfermedades crónicas requieren de apoyos sociales y para solventar los costos hospitalarios, esperar que los gastos los asuman los hogares es condenar al enfermo a no recibir atención. Estudios previos re-

velan que los hospitales subrogan un promedio de 337 dólares mensuales para otorgar tratamientos costosos como la hemodiálisis y las quimioterapias (Arce et al., 2018).

Llevo más de tres horas en el lugar, siento cansancio y hambre, y recuerdo a la mujer que dijo: *“va a ser otra vez toda la mañana aquí”*.

Me encuentro con una psicóloga a quien conozco y que participa como asistente de investigación en un estudio epidemiológico sobre cáncer de mama. Ella usa bata blanca y trae una tabla cuyo broche sostiene algunas hojas. La saludo y comenta que está ahí para recabar el consentimiento informado para dos biopsias que tienen programadas. Le pregunto ¿todos los que se atienden firman el consentimiento? *“No, solo los de protocolo, nosotros sí les explicamos bien, ve que la doctora [la responsable del estudio a quien conozco] es muy exigente en eso... otros yo veo que nomás les hacen firmar y ni saben qué les hacen”*.

El objetivo principal de los estudios clínicos es obtener conocimiento generalizable para mejorar la salud, el bienestar y aumentar la comprensión de la biología humana. Los participantes en los estudios son el medio para asegurar el conocimiento y se debe asegurar, que no solo sean usados, sino que sean tratados con respeto mientras contribuyen al bien social. Sin embargo, hay evidencia de que no siempre es así y no se cumple con los criterios éticos elementales en el trato al paciente (Peackoc et al., 2019).

Acompaño a la psicóloga a solicitar las firmas. Caminamos una rampa para acceder al siguiente nivel, nos encontramos con dos mujeres: una de casi 50 años y otra de más de 80 años, que es su mamá; la señora mayor es quien será intervenida. Ella comenta que las citaron a las 9:00 y no han desayunado, porque piensan que es mejor así. La psicóloga les pregunta si leyeron el escrito que les había entregado el día que les registraron cita para la biopsia. La señora asiente con la cabeza y dice que sí, indica que incluso se los dio a leer a sus hijos y sobrinos y que están de acuerdo en participar en el estudio.

Deben firmar tres hojas de autorización:

1. Permiso para usar las muestras en el desarrollo del estudio.
2. Permiso para que sus resultados sean presentados en congresos académicos o incluidos en publicaciones.
3. Permiso para usar sus datos contenidos en el expediente.

La señora firma y la psicóloga se retira. Yo me quedo conversando. Me piden que las acompañe al área de hospitalización donde realizan la biopsia. Caminamos unos metros, seguimos el pasillo hacia la izquierda y un letrero anuncia que hacia la izquierda es área de biopsias y, a la derecha, terapia intensiva. Una vez ahí, la señora me agradece el acompañarla, porque la hizo sentir segura y se encamina con su mamá a un área de consultorio. Estoy en el primer piso de cancerología y ocupo una silla para hacer algunas anotaciones. Mi lugar está en medio de una mujer de 56 años y una joven en sus veintitantos, ellas no tienen parentesco. La señora de 56 años es hermana de otra a quien le harán la biopsia y en esos momentos se encuentra en consultorio. Comenta con tono cansado que vienen de Jocotepec, no han desayunado, consideran que es mejor para la realización del estudio. Salieron de Joco a las cinco de la mañana y llegaron al hospital casi a las siete. Ella ha estado en otras ocasiones asistiendo para la atención de su hijo en neurología, así que dice *“ya sé andar aquí” “ya no me pierdo de la central para acá, eso es ganancia, no que al principio”*. Comenta que su hermana (más chica que ella, 51 años) estaba renuente a realizarse los estudios y va con la conciencia de que *“si tiene cáncer, ya ni modo, ya vivió mucho”*. Dice que cuando ya le toca a uno no hay más que hacer. Su papá tiene más de 90 y está sano.

Seguimos sentadas y, en esos momentos, sale del área de terapia intensiva una mujer delgada de más de 40 años, pelo corto, pantalón de mezclilla y blusa sin mangas, quien acomoda una cobijita que está en la silla de al lado, se sienta y con la mayor naturalidad empieza a platicar con quienes estamos ahí; ella platica que su papá está hospitalizado desde hace dos meses y que *“ya está en las últimas”*, por lo que el doctor ya les dijo *“háganse a la idea”*, entonces, *“pos, se va a morir...”* La joven de veintitantos es su sobrina y en esos momentos se suma a la conversación, comenta que ellos vienen de Zapotlanejo y creen que su abuelo *“está esperando a que vengan sus hijos a verlo, pero no quieren: algunos porque están en Estados Unidos y no tienen papeles para venir y otros porque no quieren...”* —la hija del señor enfermo termina la frase en voz muy baja— *venir a perdonarlo”*.

Regresa la primera mujer con quien llegué. Su rostro reflejaba cansancio y preocupación. Dejó a su mamá en el consultorio para que le realizaran la biopsia. Con naturalidad se suma a la conversación que tenía con las otras mujeres, llevando la plática al asunto del cuidado. Comenta que cuidar a su mamá es muy difícil, sobre todo por las complicaciones por una caída meses atrás, debido a la fragilidad de la señora.¹ Ella se encarga del cuidado, tiene otros dos hermanos, pero ellos *“se hacen los sordos, que no la quieren ver enferma ¡cómo si a mí no me doliera!”*. Comenta que ya no le dirá a su mamá lo que resulte del examen: *“si es que ya se va a morir, a su edad para qué la preocupamos con eso, ella piensa que tiene una bolita de grasa, con eso que se quede”*.

En esos momentos llega de nuevo la psicóloga con un médico y otra mujer cargando una pequeña hielera. La psicóloga me presenta como investigadora y el patólogo, sin mirar, dice: *“ah”* y toma la caja para muestras, sin avisar a su compañera, quien hace una pequeña expresión de sorpresa, y ambos se separan de donde estoy sentada con los familiares de los enfermos. La psicóloga mira hacia los lados y se acomoda al lado de ellos.

Pasados 20 minutos, llaman a la mujer para que ayude a su mamá a vestirse; acto seguido, tanto el médico patólogo como la mujer que lo acompaña se apresuran a entrar para recuperar la muestra. Salen sin decir una palabra, no escuché en ningún momento un *“gracias”* a quien decidió colaborar para mejorar la calidad de vida de otros. La psicóloga se despide y camina con ellos para asegurar que las muestras lleguen al laboratorio.

Mientras tanto, las mujeres comparten en esos momentos recetas *naturales*, que pueden servir *“no para curar, pero sí les ayuda mucho a no tener tantos malestares y a aguantar el tratamiento”*. Las dos familias saben de dos hombres, padre e hijo del pueblo de San Luis Soyatlán, que venden *“una medicina en frascos y son muy honestos, rápido te dice si se va a curar o no, lástima que el señor grande ya no atiende tanto, él es mejor”*.

La conversación con las otras mujeres continúa, comentan su comprensión sobre la dificultad que representa cuidar de un enfermo. Todas, hasta la más joven, tienen experiencias en el cuidado de hermanos, padres, hijos, sobrinos o abuelos.

¹ La fragilidad es uno de los síndromes geriátricos que se asocia con las caídas, no siempre mortales, pero sí incapacitantes y causa de disminución en la calidad de vida.

En estudios previos, se ha documentado que, en las salas de espera, tanto los pacientes como sus familiares expresan con mayor facilidad sus condiciones de salud y cómo viven y experimentan la enfermedad y el cuidado, que dentro del consultorio con el médico (García et al., 2017). Ahí se escucha la tristeza, el enojo, el cansancio, la esperanza y la desilusión. Encontrarse con otros que se considera que viven y sufren algo similar, desata una especie de solidaridad y comprensión entre extraños. Comparten experiencias y consuelo. Parecen comprender con exactitud lo que está viviendo el otro. Ahí, con extraños, se atreven a nombrar sin temor a la muerte. Con sus familiares enfermos no se dan ese permiso. En sus casas juegan a la *mentira piadosa*, lo que algunos estudiosos llaman *la conspiración o pacto del silencio*, acuerdo implícito entre los familiares, amigos y profesionales de la salud, para alterar la información que recibe el paciente, cuya finalidad es ocultar la gravedad del pronóstico de la enfermedad. A veces este pacto inicia desde el momento del diagnóstico. Esto sucede porque la familia —y en ocasiones el médico— cree que revelar la situación real de salud no es bueno para el enfermo; se quiere proteger del impacto emocional que la noticia puede provocar y se tiene la creencia generalizada de que conocer la verdad sumirá al enfermo en un estado de depresión, que lo llevará a la muerte con mayor anticipación (Manjón, 2018).

Eso es lo que le pasó a Clara. A ella le ocultaron su diagnóstico. Primero supo que estaba mal, a quien le informaron de su condición fue a otro, y hasta que ella quedó sin fuerza para sostenerse en pie supo que su enfermedad era cáncer.

yo no sé, ahora sé que Juan me ocultó todo, pero según a él ya le habían dicho que iba a estar encamada... y que ya de la cama ya no me iba a levantar. Pero a mí que ya no puedo, a mí no me lo dijeron... A mí acá abajito la mano, él ocultando las palabras solo hasta ahora, a mí no bien. Desde que me dijeron que cáncer, dije ya, ya valió y pos así como estoy ahora ya me quiero morir...

Estas mentiras piadosas complican no solo la calidad de vida del enfermo, sino también las actividades de autocuidado que la persona enfer-

ma puede realizar, ya que, al no estar enterada de su verdadero estado de salud, puede correr riesgos o provocar mayores daños involuntarios.

¿Quién era Clara y cuál era su entorno?

Clara era una mujer de 54 años, que no logró terminar la escolaridad primaria, pero sabía leer, escribir y sacar cuentas. Desde los 13 años había trabajado, siempre en empleos que no garantizaron acceso a la seguridad social: en restaurantes de ayudante de cocina, en lavado, planchar ajeno... su último trabajo fue en un hotel como recamarera. Su mamá todavía vive con una hermana de Clara, en el municipio de Arandas, por lo que las ha visto en los últimos meses solo una vez. La última vez que su mamá la visitó pudo dejarle un poquito de dinero como ayuda para la medicina.

Clara se casó a los 20 años y tuvo cinco hijos; dos mujeres y tres hombres. A los 12 años de matrimonio decidió separarse porque: *“me enfadó ese hombre por borracho y me puse a vivir con otro ¡ay ese otro que me tenía como reina! Amanecía y menudo [para desayunar], llegaba [de trabajar] y birria, siempre me andaba cuidando, hasta engordé más que nunca”*. Con esa pareja vivió alrededor de siete años y al momento de la entrevista tenía otra pareja, Luis, que se encontraba hospitalizado *“mmm... porque... porque le dan ataques y se va y mete solo al hospital, ni quien lo cuide, pos no tiene hijos, ya de pronto sale y nomás llega, se vuelve a poner mal y otra vez al hospital”*.

Los apoyos que recibía por parte de sus hijos se configuraba de la siguiente manera: el mayor de sus hijos hombres murió en un accidente, su segundo hijo varón se encontraba recluido en el Centro de Readaptación Social porque se juntó con *“malas compañías y los agarraron robando”*. El hijo más chico de 21 años vive con ella, se llevó a la novia a su casa; Clara dice que *“pa’que me esté cuidando, pero yo le digo mejor vete con tu babosa, ni sabe nada”*. De sus hijas mujeres, la de mayor edad se encontraba casada y *“el marido no la deja venir mucho, viven lejos, en una colonia de esas... quién sabe por dónde”*. La más chica y sus tres hijos vivían con ella, aunque estaba a punto de cambiarse de vivienda frente a la suya; ella compartía el cuidado a la salud con su hijo de 21 años, a este último Clara lo identifica como de quien recibe ayuda.

En el mes de junio, visité en tres ocasiones su domicilio por las tardes, con un clima conocido por todos del verano. Clara se cansaba fácilmente con las conversaciones, en su cansancio se combinaban el constante dolor en todo el cuerpo, el calor propio de la temporada y el sueño que le llegaba de manera intermitente: *“es que casi no duermo, me la paso piense y piense y luego entre el dormito y estoy entre despierta y medio que sueño”*. La primera vez que acudí a su casa fue para darme a conocer y preguntar si aceptaba ser visitada una vez cada semana, mientras ella estuviera de acuerdo. Aceptó. Dijo que se le hacía bien tener con quien platicar de vez en cuando; en esa ocasión, me hizo pasar su hijo y pude ver brevemente recostada, en un sillón de la sala o primer cuarto de la vivienda, a su pareja. La segunda ocasión, platiqué con ella y conocí a su hija con quien hablé alrededor de 25 minutos. La última de las visitas fue muy corta, ese día se cansó rápidamente, además del calor y el sueño, estaba preocupada porque su hija se había cambiado dos días antes. En las tres ocasiones, pude estar en su cuarto libremente; mientras platicaba con ella, ninguno de los miembros de la familia estuvo presente.

Al tiempo de las entrevistas, Clara ya tenía cuatro meses siendo atendida por cuidados paliativos y había recibido dos visitas del equipo a lo largo de ese periodo.

Vivían en el barrio de Analco, uno de los más antiguos de Guadalajara y situado al oriente de la ciudad. Este barrio tuvo un gran auge desde su fundación por la cercanía con la zona comercial de San Juan de Dios (Arias, 1992) y, casi desde entonces, esta zona y sus alrededores representaron, para los pobladores conservadores y adinerados de la parte poniente de la ciudad, una posibilidad de diversión *non sancta*; se tiene registro que desde 1646 se solicitó a las autoridades mudar el “palacio y casas de la Real Audiencia” por estar ubicado en donde están “dichas casas en un lugar tan poco decente como un arrabal [...] sitio malsano y sujeto a enfermedades por la cercanía del río” (López, como se citó en García, 2013, pp.255-256). Con el paso del tiempo, Analco también destacó por asentarse ahí algunas industrias textiles, el trabajo de la talabartería, la confección de ropa y las ocupaciones relacionadas con la construcción. Fue un barrio con ideas y creencias religiosas arraigadas. El culto a la Virgen del Rosario, San Juan

Bautista y San Sebastián, además de la participación en las peregrinaciones con las vírgenes de Zapopan y de Talpa, caracterizó a los pobladores de Analco. En el transcurso del siglo XX, la modernidad y la urbanización acelerada modificó no solo el paisaje urbano barrial, sino también debilitó los lazos solidarios y de colaboración de sus habitantes (Castillo, 1998).

La calle donde se encuentra la casa que habitaba Clara es ruidosa, debido al constante tráfico y paso del transporte público, los negocios que se ubican en ella y, en especial, el hecho de que a unos metros se encuentra La Arena Coliseo de lucha libre. A cuatro cuadas se ubica el templo de San Sebastián de Analco y, según Clara, con la tranquilidad de la noche puede escuchar sus campanadas.

Su vivienda es la última de un conjunto de cinco casas habitación en una de las denominadas *privadas*, que consta de seis viviendas: tres y tres enfrentadas y separadas por un pasillo; en la puerta de una de ellas hay macetas con algunas plantas sin flores. Su casa es la última en ese pasillo. Clara habita el último de sus tres cuartos, los otros son ocupados por su hija y sus nietos, y otro más utilizado por su hijo y su novia.

Su hija Alba² trabaja por las noches en algunos de los numerosos centros nocturnos, de variedad de los que se ubican en la zona (Escobar, 2013) y Mario³ *“hace trabajitos de todo, trabaja donde se puede”*. Su familia renta esa vivienda y se sabe que, la tenencia del lugar en que se habita sea popular o de primera, representa seguridad de contar con un techo y la certeza de pertenecer a un entorno, de cultivar y crear una serie de redes de apoyo territorializadas de las que se puede echar mano en caso de crisis (Gómez, 2007), como ocurre en la enfermedad. Cuando la vivienda es rentada, los lazos solidarios entre vecinos no se cultivan, porque nunca se sabe cuánto permanecerán.

El cuarto en que se encuentra confinada a vivir sus últimos días es un espacio sin ventilación y oscuro. La vivienda es una construcción algo antigua, se distingue por el grosor de sus muros, la altura de sus techos y la comunicación que tienen todos sus cuartos, es decir, para llegar a su cuarto es necesario pasar por los anteriores y como puerta tienen una cortina

2 Nombre que usaré para referirme a su hija de aquí en adelante.

3 Nombre que usaré para referirme a su hijo de aquí en adelante.

de tela. Las casas *de antes* no contaban con closets para almacenar ropa y otros enseres del hogar, por lo que en el cuarto de Clara hay un ropero con una televisión que, a primera vista, se antoja difícil de ver por la altura en que se encuentra. Hay dos camas —la que ella ocupa se encuentra acomodada frente al ropero— y una silla entre los dos muebles con un vaso de agua, unos ungüentos y un frasco de medicamentos. Del otro extremo está pegada a una pared donde recarga un espejo pequeño, que le sirve para ver la televisión sin lastimarse, ya que le cuesta mucho trabajo mover cualquier parte del cuerpo. La otra cama es en la que su familia deposita ropa, tanto limpia como sucia, por lo que el olor del cuarto es una mezcla de ropa sucia y fluidos de un cuerpo enfermo, olor a ungüentos y encierro. En una silla que sirve para dar altura se encuentra un ventilador, en el que, en una de las visitas al domicilio, volaba y hacía ruido con el movimiento semicircular del ventilador unas pantaletas de mujer color azul, puesta ahí con la finalidad de secarla.

En sus paredes hay imágenes de santos y una fotografía con colores avejentados, de una niña parada junto a una mujer adulta afuera de un templo, vestida de blanco y tocado en la cabeza, peinada con bucles, sosteniendo una vela y un rosario, así mostrando una gran sonrisa por haber hecho su primera comunión, es la foto de Alba.

En ese cuarto, Clara llevaba postrada sin movilización por al menos seis meses, la rigidez de su cuerpo es notoria, así como las úlceras por presión en los talones y, según ella misma, siente otras en la espalda y las nalgas, con dolor, ardor y en ratos *“ya no sabe qué”*. Clara dice que en ese cuarto la *“muerte me está esperando”*, mientras le da permiso de esperar a que su pareja salga del hospital en el que está por sus ataques probablemente epilépticos. Le gustaría que la muerte fuera bondadosa y esperara un poco más, que aguantara a que su hijo salga del reclusorio en Puente Grande. En el fondo, ella sabe que eso no es posible. Tiene además el *“pendiente”* de confesarse, pero sus hijos no le llevan al sacerdote; solo una vez hace meses Mario le llevó al padre de San Sebastián, pero ella siente que *“en esto sí no me hacen caso, no entienden que yo necesito hablar con un padre, ponerme a mano con todo”*. En las noches, cuando el ruido de la calle disminuye y las otras casas del conjunto habitacional es-

tán en silencio, le es posible escuchar las campanadas de templo de San Sebastián de Analco y es cuando ella reza; aunque más que rezar se pone a conversar con Dios, con frecuencia para pedir que llegue la muerte:

sí, con Él, es con quien más platico, siempre todo con Dios y pos es a Él a quien le pido que esto, que aquello y que, si ya mejor me voy, Señor mis hijos, mi pendiente este muchacho que no voy a volver a ver [sollozos] pos ya qué... y así le platico, y que sea lo que Él diga.

Toda su vida ha tenido confianza en Dios; otro tiempo en que él nunca la dejó fue cuando recién había dejado a su esposo y salía a trabajar de noche, ella encomendaba a sus hijos y *“le juro por Dios que yo veía que llegaba una palomita blanca y entraba en el cuarto, me iba segura”*. De Dios acepta todo, ella aprendió y sigue pensando que *“mientras no me muera, será lo que Dios quiera... aunque a veces no puedo creer que ya me está llamando a cuentas, pero sí, ya no tengo lucha y digo ¡ay pos ya llévame!”*.

Sus palabras nos llevan a comprender que morir nunca es fácil. Supone miedo, dudas cuando hay tal incredulidad en que Dios le esté llamando, cierto enfado, apego y orgullo cuando reclama que ya es mejor que la lleve, resignación cuando ya no se tiene lucha, confianza y hasta esperanza. Cuando la vida ofrece ya casi nada, las creencias religiosas llevan al que está muriendo a pedir que el final llegue pronto (Gomis, 2017).

El asunto es que la muerte no llega cuando se espera, ronda por ahí y, mientras se decide, el deterioro es cada vez mayor y, con ello, aumentan los gastos económicos para enfrentar a la enfermedad. Aunque los costos de morir en casa son menores a los costos hospitalarios y se supone que recibir cuidados paliativos disminuye los costos aún más (Isenberg et al., 2020), para algunas familias pobres el cuidado a la enfermedad empobrece aún más y la calidad de vida de quien está muriendo se ve comprometida. Tal como sucede con la familia de Clara, que tuvo que elegir entre comprar los medicamentos y otros artículos importantes para su cuidado, en especial los de higiene; el gasto en pañales representó un problema: podían comprar pocos, así que había que limitarlos a uno por día, cuyo resultado fue escoriaciones y úlceras en la piel.

ahora ya no traigo [pañales o ropa interior], y es que me les entiesé y si hay algo pos me tienen que levantar la pompi, yo ya no puedo. Para cambiarme y cuidarme, aquí, mi hija a ella la enseñé, porque cuando vienen del hospital [el equipo de cuidados paliativos] me quieren bañar y no lo hacen con cuidado, me lastiman, así mejor aquí, casi siempre estoy sola, si huelo mal o algo pos ya qué, aquí mejor...

En su familia todo sale a *tiros y tirones*, no hay otra forma.

Para conservar un poco la calidad de vida y la salud en cualquier enfermedad, se recomienda llevar una dieta balanceada; sin embargo, por las condiciones de esta familia es difícil de cumplir cuando la economía familiar es precaria. Clara sueña “*que cocina mucha carne y a veces hasta despierto, me imagino cocinando mucha, mucha carne*”, pero “*con los frijoles me consuelo y es que, entre que no hay y cuando hay, están remensitas* [su hija y la novia de su hijo] *para cocinar*”.

Una de las ventajas que tiene Clara de ser cuidada en casa es no sentirse mal, confundida y engentada por ir a atención médica. Recuerda cómo en sus últimas salidas “*regresaba toda cansada, embolada y es que tanta gente era imposible*”.

El cuidado y su complejidad

La primera red que se mueve para cuidar en la enfermedad es la familia. En especial la más allegada: el cónyuge, los hijos, los nietos, los hermanos, los padres y, a veces, también los amigos y vecinos dispuestos a apoyar, porque cuidar a un enfermo nunca ha sido fácil y con frecuencia se requiere de mucho más que voluntad; implica dinero para medicamentos, artículos especiales, alimentación, traslados y cuidado instrumental, preparar alimentos, acercar y asegurarse de la toma de medicamentos, asear, vestir, movilizar, etc. Y, cuando es una enfermedad con una duración considerable de dependencia, con el paso del tiempo los apoyos se van retirando. Ese es el caso de Clara.

Clara dice que su principal fuente de apoyo es “*mi muchacho*”, porque ella considera que el apoyo económico para la compra de medicamentos es vital. Al respecto, desde la segunda mitad del siglo pasado, la

medicina modificó su práctica profesional en la que se deposita una mayor confianza en los fármacos y no en una atención integral. Este paradigma fue rápidamente incorporado a la vida de los enfermos y sus familias, de tal manera que, ni la población sana ni la enferma incorpora estilos de vida sanos y confían en que los medicamentos harán todo el trabajo (Oyarzun, 2017).

El cuidado de un enfermo crónico genera tiempos de vulnerabilidad y empobrecimiento de las relaciones y la economía familiar (Bellato et al., 2016). Alba sabe que el cuidado va más allá de comprar medicamentos, que por sí solo significaba destinar una buena cantidad del presupuesto familiar a los gastos del cuidado. Para ella, cuidar a su mamá ha representado también serios conflictos familiares, en especial por la llegada de la novia de su hermano Mario:

que dízque para que la cuide, nomás estorba y por su culpa ya se jodió todo. Me voy a ir a enfrente, a ver cómo le hago pa' la renta, y me voy porque Mario se le dejó ir a las cachetadas a mi niño ¿quién se cree?, al otro a puro grito y de pendejo pa' arriba, nomás quiere mandar, todo porque esta vieja se quejó de no sé qué, ni en el mundo la hacemos. Y ni se crea eh, eso de que Mario está al pendiente y que le compra y que le hace y que le trae. Nada qué, yo le he comprado muchas veces las pastillas, pero mi mamá dice que si no fuera por él y que si su muchacho... pos ni modo, yo ya nomás lo que pueda hacer cuando pueda.

La literatura indica que, ante lo complejo de la actividad, los cuidadores pueden evadir brindar la atención necesaria y pueden distraerse con asuntos que parecen importantes momentáneamente o bien, retirarse de la responsabilidad del cuidado de manera permanente. Evadir el cuidado es útil cuando supone una ausencia breve, sin embargo, cuando se retira por completo de la actividad de cuidar, los resultados de esa acción llevan no solo a aminorar la calidad de vida de los enfermos, sino, a largo plazo, complica la condición emocional del cuidador, que se retira porque suelen presentarse sentimientos negativos (Vázquez, 2012). A Alba le preocupaba

que, en algún momento de crisis de la enfermedad de su madre, al no estar ella en casa, Mario decidiera llevarla de nuevo al hospital:

la va a llevar para que se muera allá sola y mi 'amá ya no quiere ir, nomás de que lo piense se va a morir más pronto y es que sí, ya no la libra y ahí sí, se va a morir sola, aquí a mí me dijo cómo cambiarla y moverla para que le duela menos, pero allá sabe qué le hagan.

No obstante, permanecía segura en abandonar el hogar de su mamá y desvincularse lo más posible del cuidado.

Algunas reflexiones

El ordenamiento social básico de la vida nos permite intuir a la muerte como parte de la vida, o como el fin de ella. Se mira a la muerte con respeto, con miedo, con tranquilidad y, a veces, como necesidad. Se concibe como necesidad cuando, por algún motivo, vivir es más penoso que morir. Además, como parte del ciclo de la vida, la muerte es un evento social. No es como que se adquiere una enfermedad o se alcanza determinada edad y el ser humano lo entiende y fallece sin más, sin despedida, sin arreglos, sin pendientes, sin emociones encontradas, sin familia y amigos que lo extrañen. Tampoco es como que la persona enferme o envejezca sola: la enfermedad y la vejez requieren de apoyos, de cuidados, atenciones y compañía. Morir también representa costos sociales, familiares, económicos, institucionales. Requiere organización en todos sus escenarios. La muerte empieza a rondar en la mente de los enfermos con tan solo escuchar la palabra *cáncer*, que significa sentencia de muerte: *“dijeron que era cáncer, dije ya, ya valió”*. Se sabe que se va a morir, sin embargo y a pesar de a veces desearla, no se cree del todo: *“no puedo creer que ya me esté llamando a cuentas [Dios]”*. De acuerdo con Jankélévich (2004), a menos que la persona se encuentre en estado de coma, siempre habrá pensamientos de incertidumbre e incredulidad del porqué del final de la vida propia.

Las familias empiezan a organizar sus vidas alrededor de la enfermedad y después se organiza alrededor de la muerte. Las instituciones a su vez organizan servicios de atención y cuidados especiales para los enfer-

mos en fase terminal, como es el caso de los cuidados paliativos.

Por lo general, la familia organiza tiempos de cuidado y acompañamiento y hace algunos cambios en el hogar para garantizar la atención y comodidad del enfermo; en no pocas ocasiones, el enfermo abandona su cuarto para ser instalado en espacios más cercanos a los demás y procurarle el mejor de los cuidados; o bien, la dieta de la familia cambia a la par de la del enfermo, bien porque la familia completa empieza a prevenir enfermedades e inicia un estilo de alimentación más sano o, la mayoría de las veces, porque el presupuesto familiar no alcanza para dos dietas. En el caso de Clara, estos arreglos no se ven reflejados, solo fue posible observar la presencia del ventilador y el acomodo del espejo para hacer posible que pase algunas horas viendo televisión y distraerse así de su padecimiento. Hasta la última entrevista que tuve con ella, una semana previa a su muerte, no hubo más arreglo que la seguridad de que no vería a su hijo, que no tuvo un sacerdote con quien confesar sus penas. El cuidado paliativo involucra y oferta atención integral por un equipo especializado conformado por médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, tanatólogo, voluntarios y sacerdote; todos estos servicios se supone que se otorgan en el hogar, sin embargo, no siempre es la respuesta para las necesidades de los enfermos y sus familias. A Clara le quedaron a deber, en especial lo que ella solicitaba, la atención espiritual y calidad en el cuidado e higiene.

Si bien, la pretensión de que el cuidado de los últimos días en el hogar implica que será llevado a cabo por sus seres querido y, sin romantizar una muerte rodeada de ellos, se espera que el hogar brinde mayor comodidad y tranquilidad al enfermo; sin embargo, los últimos días de vida de Clara retratan cómo se muere en contextos de pobreza económica y de redes de apoyo y la no garantía de morir con calidad de vida a pesar de estar siendo monitoreada o supervisada su atención por parte de una unidad de cuidados paliativos. Por lo tanto, es urgente que estas unidades reciban mayor atención, para que a su vez el equipo brinde mejor atención a los pacientes.

La organización y forma de otorgar servicios a personas con tal menoscabo y deterioro en su salud son extenuantes, para el enfermo y sus familias. Acceder a la atención representa mañanas y días completos in-

vertidos para recibir una prescripción médica o recibir malas noticias. La incertidumbre de cuál será la información que reciban es agobiante. La atención que reciben es homogénea, parecen estar dispuestos a “recitar” la información y datos personales a cualquier persona, sin importar la profesión. Una vez que se está en el sistema de salud, cualquiera dentro de la institución obtiene el poder de interrogar y permitir o no el acceso; quien llega tiene el deber de responder y acatar cualquier indicación de ingreso y cómo y dónde permanecer.

Las salas de espera se configuran como espacios de socialización para los familiares y las propias personas enfermas, ahí se realiza un nutrido intercambio de saberes populares sobre el cuidado, se comparte información sobre las enfermedades ya tamizadas por el sentido común. Se permite la expresión de emociones con mayor facilidad que en sus propios hogares y en otros escenarios. En ese lugar, se atreven a nombrar a la muerte y hablar de sus temores sobre ella. Tal vez sea el único espacio en el que se encuentra con extraños la confianza suficiente para expresarse. La solidaridad y comprensión fluye con naturalidad sin importar la edad, el sexo o la condición social. Los hospitales son lugares ambiguos: brindan esperanza de recobrar la salud o representan la seguridad de morir en soledad.

Inicié este escrito exponiendo un doble propósito: (a) dar a conocer las condiciones socio económicas y emocionales de aquellos que están muriendo y, (b) hacer uso de la etnografía como recurso útil para ello. Describir los lugares donde los enfermos terminales viven sus días sintiendo que la muerte los ronda, es exponer descripciones empíricamente ancladas y a la vez teóricamente informadas. Esta descripción implica reconstruir patrones de significados compartidos por todos los involucrados (Weiss, 2017). En ese sentido, es importante exponer por qué, de entre los enfermos en fase terminal que aceptaron participar en el estudio, decidí exponer el caso de Clara. Como señaló Elías (1990), todos los miembros de una sociedad tenemos la ventaja de poseer un inmenso cúmulo de saberes comunes, y esos saberes nos acercan; es ejercicio de quien se acerca con un interés científico, distanciarse lo suficiente para pensar en los conocimientos y prácticas de la sociedad. Con Clara, los elementos comunes a mi entorno eran los básicos: el enfermo requiere cuidados, la enfermedad

debilita, empobrece y se encuentran mecanismos para atender. Me distanciaban esos mismos elementos y las diferencias en las formas culturales, que no había registrado con los otros entrevistados y sus familias.

Penetrar en el mundo de Clara fue una nueva experiencia. Cuando la visité, ya había estado con otros 14 enfermos y su caso lo percibí con grandes diferencias: no había arreglos domiciliarios para su atención y podía hablar con ella sin supervisión de sus familiares. Ella declaraba no recibir visitas. Sus redes de apoyo eran casi inexistentes. A pesar de estar sin compañía mientras se llevaba a cabo la entrevista, bajaba la voz cada vez que hablaba de cualquiera de sus hijos y de cualquier tema, fue muy enfática en solicitar que la historia de la muerte de su hijo mayor y lo poco que sabía de la vida de su hijo que se encontraba recluso, no fuera utilizado en ningún momento, que no se hiciera público; para darle seguridad y tranquilidad apagaba la grabadora y escuchaba todo lo que tenía que decir al respecto.

Su historia hace comprender la importancia de contar y cultivar redes de apoyo sociales y pone de manifiesto que la necesidad de compañía y hablar de las dudas y los pendientes es mayor que la necesidad económica. Ella sabía la cercanía a la muerte y era evidente su necesidad de hablar al respecto, sin embargo, por los escasos recursos y redes de apoyo, no tenía un interlocutor con quien expresar sus emociones. Entre todos los entrevistados, fue quien tuvo menos expresiones de quejas explícitas sobre su condición, había incredulidad sobre la inminente llegada de la muerte, pero no reclamos al porqué de su muerte.

La etnografía es una propuesta útil para reconocer los entornos donde la muerte ronda. Hace patente la importancia que reviste en estos escenarios el observar y escuchar, para comprender las necesidades de atención que tienen los enfermos y sus familias. Es una herramienta útil para adquirir conocimientos populares sobre la atención a la enfermedad y hacer uso de ellos en la consulta médica.

Esta vía metodológica permite repensar la calidad con que está organizado el servicio y buscar estrategias para que el propio enfermo y sus familiares se hagan cargo de su cuidado y adquieran el poder de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, la manera en que desean vivir sus últimos días y cómo convivir con la muerte que les está rondando.

Referencias

- Alonso, J. (2012). La construcción del morir como un proceso: la gestión del personal de salud en el final de la vida. *Universitas Humanística*, 74, 123-144.
- Arantazamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., Robinson, C., & Carrasco, J. (2016). Investigación cualitativa en cuidados paliativos. Un recorrido por los enfoques habituales. *Medicina Paliativa*, 24(4), 219-226.
- Arce, E., Salvatierra, B., Nazar, A., Zapata, E., Sánchez, G., & Mariaca, R. (2018). Gasto familiar del tratamiento con hemodiálisis en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, para población abierta y afiliada a los servicios de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 16(1), 21-43.
- Arias, P. (1992). La vida económica tapatía durante el siglo XX. En Robles-Caldera, M (Coord.), *Capítulos de historia en la ciudad de Guadalajara* (pp. 48-67). Ayuntamiento de Guadalajara.
- Bellato, R., Santos de Araujo, L., Dolina, J. V., & dos Anjos Musquim, C. (2016). The family experience of care in chronic situation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(Esp.), 81-88.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.
- Castillo, M. (1998). Analco: un barrio en la historia. *Alteridades*, 8(15), 25-33.
- Cortés, C., Uribe, C. A., & Vásquez, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 190-219.
- Covarrubias, A., Otero, M., Templos, L., & Soto, E., (2020). Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42(2), 122-128.
- Elías, N. (1990). *Compromiso y Distanciamiento*. Península.
- Escobar, B. (2013). Los cabarets prohibidos y la autoridad en Guadalajara, Jalisco, México. *Diálogo Andino*, 42, 105-115.
- García, B. (2013). Cuatro siglos de cartografía de un barrio. San Juan de Dios, Guadalajara, Jalisco, México. *Letras Históricas*, 9, 253-258.
- García, M., Recorder, M., & Margulies, S. (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria en la salud y la enfermedad: aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud Colectiva*, 13(3), 391-409.
- Goffman, E. (2004). *Internados*. Amorrortu.

- Gómez, N. (2007). Habitar la colonia-habitar la ciudad. En R. E. Rosas (Coord.), *Los rostros de la pobreza. El debate* (pp. 270-286). ITESO.
- Gomis, C. (2017). En la hora de la muerte. *Revista de Teología Pastoral*, 105(1228), 9971010.
- Guevara, M. (2019). Los barrios tradicionales ante la dinámica socio urbana contemporánea de la ciudad. El caso del barrio de San Felipe Neri en la ciudad de Guadalajara. *Diseño Urbano & Paisaje*, 36, 25-33.
- Isenberg, S., Tanuseputro, P., Spruin, S., Hsien, S., Goldman, R., Thavorn, K., & Hsu, A. (2020). Cost-effectiveness of investment in end-of-life home care to enable death in community settings. *Medical Care*, 58(8), 665-673.
- Jankélévitch, V. (2004). *Pensar la muerte*. Fondo de Cultura Económica.
- Loza, T., & Ramírez, J. (2020). El cuerpo silenciado: Reflexiones en torno a la experiencia de personas con cáncer terminal y sus metáforas. *Corporografías*, 7(7), 131-144.
- Magaña, A. (1992). Las industrias en Guadalajara durante la primera década del siglo XX. En M. C. Robles-Caldera (Coord.), *Capítulos de historia en la ciudad de Guadalajara* (pp. 94-105). Ayuntamiento de Guadalajara.
- Manjón, N. (2018). Conspiración de silencio ¿ayuda o agonía? *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(2), 230-236.
- Oyarzun, E. (2017). Crisis del modelo médico actual. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 82(6), 659-665.
- Peackoc, S., Cala, L., Lebadie, S., & Álvarez, L. (2019). Ética en la investigación biomédica: contextualización y necesidad. *Medisan*, 23(5).
- Peñacaoba, C. (2004). Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 14(1), 13-23.
- Peregrina, A. (2008). Ramón Ochoa impulsor de la medicina científica en Guadalajara. *Estudios Jaliscienses*, 73, 5-19.
- Sullivan, D. (2005). Euthanasia versus letting die: Christian decision-making in terminal patients. *Ethics & Medicine*, 21(2), 109-118.
- Vázquez, K. (2012). Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores familiares de enfermos crónicos en Guadalajara, Jalisco. *Desacatos*, 39, 57-72.
- Weiss, E. (2017). Hermenéutica y descripción densa versus teoría fundamentada. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 22(73), 637-654.

II.

El mundo artesanal y el mundo mágico. Relaciones entre la alfarería, los nahuales y la salud en Tonalá

Alejandro Chávez Rodríguez

Hace mucho tiempo, al pueblo de Tonalá llegó un hombre indígena de ojos muy tristes, color café oscuro. En su brazo izquierdo tenía un tatuaje de jaguar y no le gustaba hablar con nadie ni tenía amigos. Todos los días a la media noche le ocurría algo muy extraño, se convertía en un jaguar sin pelo, ¡¡era un nahual!! Pocos días después llegó al pueblo una mujer que venía de Oaxaca.

A ella le ocurría lo mismo que aquel hombre triste y solitario, ¡¡ella era también nahuala!!, pero a nadie le contaba su secreto. Un día se encontraron caminando en el kiosco, se enamoraron perdidamente y poco tiempo después se casaron. No se habían contado que eran nahuales porque tenían miedo de ser rechazados y esa misma noche salieron al patio los dos, se transformaron al mismo tiempo y ahí se dieron cuenta de que eran iguales, el destino los había unido para proteger juntos Tonalá.

Con el tiempo tuvieron cuatros nahualitos y cuenta la leyenda que todos sus descendientes son también nahuales y cumplen su misión de cuidar el pueblo.

(Martínez et al., 2012, p.30)

El municipio de Tonalá, ubicado en el estado de Jalisco, ha cobrado gran reconocimiento a escala nacional e internacional por la elaboración de productos artesanales de gran variedad y calidad, que los vuelve únicos y, por ello, han sido premiados, expuestos y exportados a distintas partes del mundo (Chávez, 2020). Además, su venta es un importante ingreso económico para la ciudad, generado principalmente por los turistas que se interesan en comprar las artesanías tonaltecas, en su ya reconocido y muy visitado tianguis.

Tonalá ha sido distinguido como el principal centro artesanal dentro de la zona metropolitana de Guadalajara, al concentrar la mayor cantidad de artesanos. De acuerdo con el Censo Artesanal 2018 del Instituto de la Artesanía Jalisciense (IAJ), ocupó el primer lugar dentro de la entidad al contar con 1096 artesanos, representando el 30.08%; de manera espe-

cífica, la alfarería destaca como el principal tipo de artesanía elaborada en este lugar, teniendo un registro de 638 alfareros, lo que representa el 58.2% (Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco [IIEG], 2019). La alfarería se desprende de la artesanía, nace de la transformación de materiales clásicos obtenidos de la naturaleza, principalmente de los suelos: el barro y la arcilla. Estos últimos juegan un papel muy importante en la elaboración de elementos que se transforman en piezas de arte altamente estéticos y culturalmente significativos (Herrera, 1989).

La artesanía ha pervivido en el mundo moderno gracias a la tradición familiar; los artesanos se mantienen debido al renombre y estatus de los apellidos reconocidos históricamente por sus piezas relacionadas al arte. Su supervivencia a nivel económico nace de la tradición de los talleres (micros y macros), que les han permitido competir en el mundo económico moderno, gracias al empleo de los métodos tradicionales de elaboración y a la incorporación de maquinarias básicas a pequeña escala (Gómez & Gómez, 2006).

La herencia familiar de los artesanos se ha logrado debido al discurso de la tradición oral junto con la enseñanza de los saberes y las tradiciones, que los maestros alfareros han transmitido a las nuevas generaciones; en la mayoría, hijos o nietos de su misma familia. El oficio se adquiere en una forma casi genética, pero la cotidianidad del arte logra que el artesano mantenga su estilo de vida como artista y, al mismo tiempo, como pequeño empresario (Martínez, 2009).

Dicho lo anterior, una de las características que posee la alfarería es el proceso de transmisión y adquisición de conocimientos y saberes. Algunos autores (Ayala et al., 2019; Gómez & Gómez, 2006; Landini, 2010) describen el aspecto de aprendizaje como parte de procesos secuenciales tales como la oralidad, la observación y la práctica. Este proceso se refleja en la estructura de la maquinaria hecha artesanía y que se nombra de manera conceptual: conocimientos tácitos artesanales (Ayala, 2016).

Como en cualquier proceso artesanal, el maestro es quien enseña los pasos para la creación de la alfarería, centrándose en lo básico hasta ir develando poco a poco los secretos del oficio. Se conjuga una especie de vínculo entre el maestro y el aprendiz; el proceso culmina en que el

aprendiz desarrolla a la cuasi perfección la técnica de maestro y opta por la no repetición y la búsqueda de un estilo propio. La valoración social y simbólica, además de obtenerse a través de los años y la experiencia, es un elemento que se adquiere por medio de la herencia familiar; por ello, su actividad es reconocida y los alfareros pueden gozar de cierto prestigio dentro su comunidad y fuera de ella (Martínez, 2003).

Además del reconocimiento y la pervivencia que adquiere la actividad alfarera, es importante subrayar la trascendencia que el alfarero logra con su hacer, ya que es una forma de expresión y se convierte en una conexión y un diálogo entre la actividad que realiza el alfarero y la comunidad a través de las piezas elaboradas. En la comunidad tonalteca, el vínculo del alfarerismo es consecuente con sus creencias y cosmovisión; dicha forma de ver el mundo hace que la alfarería tenga un símbolo muy importante, que otras regiones del país y del mundo no tienen y, por lo tanto, la hacen única: los nahuales.

Tonalá y los nahuales

Como en la mayoría de los lugares alrededor de México, los nahuales juegan un papel importante en la mitología de la vida cotidiana, no solo en los términos narrativos como las leyendas e historias, sino en la cotidianidad que funge como recordatorio de que la otra realidad se conjuga con el día a día. En el caso de Tonalá, los nahuales son una especie de guardianes de la tradición; dichos seres mitológicos están presentes en la cultura y sobre todo en la representación artística de la ciudad alfarera.

Como ya se mencionó, la zona de Tonalá es famosa por su vibrante cerámica desde tiempos precortesianos. Y, desde entonces, es uno de los lugares más fantásticos para la creación de nahuales en toda su producción artística. Dicen los tonaltecas que los nahuales se encuentran escondidos en las barrancas y, de noche, saldrían a hacer maldades, escondiéndoles los metates y los petates a las vírgenes para poder ser sorprendidas, entre muchas otras cosas.

En Tonalá, a los nahuales se les representa como un felino con cara de ser humano y están presentes en el trabajo de artesanos de ese municipio (Figura 1), e incluso en la arquitectura de la localidad. En dicho munici-

pio está totalmente arraigada la creencia de los nahuales, tan es así que la iconografía de la producción cerámica siempre lleva un rastro de estos seres míticos, que es parte de la forma de ver el mundo de la gente tonalteca.

Figura 1

Nahual andador guardianes de la Reina



De nahuales gatunos y su forma solar

Más allá del concepto tradicional del nahual, como aquel ser que puede transformarse en animal o fenómeno meteorológico, y que, gracias a su labor como líder, brujo o médico tradicional de una comunidad, representa un ser de mucho respeto o temor. En muchos lugares del país, el nahual es descrito como un animal con características humanas; suele ser visto o contado como una especie de animal mágico o, en su forma menos agradada, como un animal metamorfoseado de forma grotesca, una suerte de mezcla dura de animal y humano. En Tonalá, el nahual en sus representaciones iconográficas siempre aparece como un gato montés o domesticado con cara de humano. Su principal característica es la de su cara redondeada, con bigote y su semblante juguetón o risueño (Figura 2).

Figura 2

Plato nahual. Colección herencia milenaria



El nahual tonalteca hace referencia solo al animal transformado o metamorfoseado, sin hacer alusión a su alter ego del brujo transformista. Su origen suele ser el de una persona sin ninguna iniciación o preparación en el *mundo mágico* y su transformación suele darse por medios más o menos azarosos, permitiendo que la persona deambule durante la noche al transformarse en un nahual.

De la misma manera, probablemente, debido al origen de la palabra Tonalá y su asociación con el sol, la cara de la mayoría de los nahuales es redonda y hace referencia de manera directa o indirecta al astro rey. Es una especie de rezago inconsciente de la veneración del pueblo tonalteca previo a la conquista; así, los artistas en su tradición indígena siguieron representando al sol de manera oculta para reproducir ciertos juegos y rituales religiosos vertidos en la cerámica y las diversas manifestaciones artísticas.

A su vez, el nahual, como un ente mágico, representa también un animal burlesco. En Tonalá, esta característica es parte del imago colectivo de aquellos seres que, por su naturaleza no maligna (paradójicamente), poseen una suerte de presencia aleccionadora, que brinda a la comunidad

una identidad, pero que, al mismo tiempo, esta presencia en cualquier momento se puede virar en un ser de características terroríficas.

Esto último rompe con la tradición colonial más comúnmente asociada a la figura del animal nahual, el cual —de menor a mayor medida— era un ser con características diabólicas, cuyo objetivo común era el de hacer daño a la población más vulnerable, sobre todo en las comunidades rurales, en donde el control social asociado al proceso colonial era más difícil de controlar y, por ende, castigar.

En Tonalá, la leyenda nahualística se asoció con la deidad solar, haciendo que fungiera como un animal protector totémico, una suerte de animal de la tradición tonalista (tonalismo), una entidad protectora que no solo ayuda a la comunidad en sus diversos procesos sociales, místicos y religiosos; sino que brinda protección a los individuos que le rinden pleitesía y honran con sus trabajos, en las diversas manifestaciones artísticas alfareras.

La salud en Tonalá: de la medicina tradicional al curanderismo

Un aspecto importante y con amplia tradición cultural es la medicina tradicional o la curandería; esta se define como aquella práctica de salud que se relaciona con la medicina, enmarcada en aspectos culturales y de tradición oral con un fuerte anclaje en el simbolismo, pragmatismo y oralidad; su uso está determinado como una alternativa ante las limitaciones de la medicina oficial, alópata y hegemónica en un contexto específico (Chávez, 2020).

La salud en Tonalá sigue manteniéndose en un limbo histórico y social, su rezago sanitario va de la mano con sus retrasos en términos económicos. Por ello, la población se ha organizado de manera orgánica para adaptarse a la modernidad. La pervivencia de la medicina tradicional por su amplia conexión con la población indígena ha sido esencial para entender el avance y la resistencia de la ciudad. Asimismo, la medicina alternativa enriquecida en la postmodernidad y las distintas esquinas de las carencias de salud, junto con el poco alcance de la medicina oficial, han permitido a Tonalá adaptarse a los cambios epidemiológicos en materia de salud física, pero también en salud mental, que muchas veces va de la mano con la *salud espiritual*.

Uno de tantos especialistas en el ámbito de la curandería o la medicina tradicional en los registros históricos es el *nahual*, entendido como aquel especialista en salud de alto rango en el mundo prehispánico. Su función en el ámbito de la salud era ofrecer un equilibrio social y, de la misma manera, tener un control dentro de los aspectos de sanidad entendidos como la magia y la realidad sanitaria que se vivía en el mundo mesoamericano.

El nahual, al perder sus atributos positivos en la conquista, la colonia y en la actualidad, pasó de ser un pilar como ente y personaje relacionado con la salud, para ser un personaje vilipendiado y con aspectos vinculados a la *brujería*, la enfermedad espiritual y el pacto con el demonio, en su más estricto sentido de la palabra. En las ciudades rurales modernas como Tonalá, aún pervive el símbolo del nahual como un icono relacionado con los aspectos culturales y artísticos; de la misma manera, el nahual sobrevive en los mitos fundacionales y narrativos como aquel personaje mitológico que aún puede fomentar la salud en el imago real y narrativo de las leyendas ciudadinas.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue el de caracterizar la actividad artesanal y el proceso salud enfermedad de Tonalá, Jalisco, y su relación con la figura del nahual desde una perspectiva histórica narrativa.

Metodología

Esta investigación nace del proyecto madre central “La brujería en Tonalá: reconceptualización de la medicina tradicional, la alternativa y el curanderismo”. Derivado de dicha investigación, se llevó a cabo una fase inicial descriptiva para localizar y describir las diversas manifestaciones de la medicina tradicional, el curanderismo y la medicina alternativa del centro tonalteca. En la segunda fase, se efectuaron estudios de caso con un acercamiento fenomenológico para reconceptualizar algunos casos de la medicina tradicional y el curanderismo, así como su relación con lo que la gente llama *brujería*. De esta última fase, se tomó el mismo método para realizar un acercamiento histórico, narrativo descriptivo de las diversas manifestaciones artísticas e históricas de la figura del nahual y su relación con el aspecto histórico, artístico y su coyuntura con la salud comunitaria.

Propuesta metodológica de la segunda fase.

Del paradigma al estudio de caso como método

Se implementó una metodología horizontal epistemológica, la cual consiste en un acercamiento metodológico que aborda el estudio desde un paradigma, cruzando por el método hasta llegar a las técnicas, que dotan a la investigación de un carácter circular y horizontal de análisis de un fenómeno; concluyendo con un análisis del contenido para la búsqueda de temáticas (Chávez, 2016).

Esta metodología se basa en las diversas situaciones de complejidad y su abordaje con el objeto de estudio. Las fases parten desde un nivel macrometodológico hasta su accionar en el proceso de recolección de datos y su proceso de análisis. Como fase final, se eligió el estudio de caso, que busca captar la esencia de la narración personal que se conecta con el significado en su acción cotidiana a través del relato/acción y la importancia del individuo como un formador de realidad cultural a partir de su conexión con la cotidianidad (Hernández, 2020).

Resultados. De la historia al discurso popular:

entrevista de un historiador tonalteca

Como parte de lo expuesto, hablé con el escritor, historiador y cronista de Tonalá, Jalisco, el maestro José Guadalupe Gutiérrez Razo, quien expone la historia de los nahuales y su relación con la ciudad de Tonalá, su representación icónica más importante: la artesanía y la alfarería y un repaso por la relación del mito con la salud en la población.

El proceso de conquista y la nahualización

Como en varios poblados del occidente del país, Santo Santiago forma parte de la tradición por excelencia en términos religiosos asociados a la conquista. Este santo juega un papel importante en la conquista espiritual para lograr el avance de las narraciones católicas en el colectivo triunfador. Las narraciones varían en detalles, sin embargo, la aparición milagrosa del santo en su caballo, logrando la victoria sobre las huestes indígenas, sigue siendo una de las leyendas más populares, pero sumamente contradictorias del occidente del país, debido a su inminente capacidad de triunfo y,

sobre todo, a su sorprendente ubicuidad, para dar la victoria a los españoles de manera mágica y religiosa:

A: Pues no sé maestro, si quiere comentarme cómo ha sido la tradición aquí del nahualismo en Tonalá, si usted conoce y si usted la quiere platicar, pues adelante.

E: Okey, bueno; primero, pues decirte que el nahual como tal la palabra podemos decir que es señor o amo de los hechiceros [...] esta palabra viene de nahuales precisamente, que es un vocablo náhuatl, que se refiere a lo oculto, a lo que no está muy a la vista y que tiene cierto misticismo y, [...] la palabra Pili, se puede entender así, porque es un sufijo que hace el término de reverencia... y hay un detalle muy importante, te decía, ya hablando de Tonalá, la parroquia de Santiago Apóstol, si ustedes la han analizado, la han visto, si se meten, pues se van a dar cuenta dónde está el altar mayor, está altísimo y, si se salen, ahí mismo, pero ya viendo por la parte posterior, se darán cuenta que hay como una capilla de indios. Esta capilla de indios se refiere a un lugar abierto, porque los indígenas no estaban acostumbrados a los espacios cerrados, pero lo más interesante de esto... es que ahí están los nahuales primillos; si ustedes han sido muy observadores, ahí, en la parte posterior, hay dos nahuales, son los más viejos, tomando en cuenta de que la conquista aquí en Tonalá fue en el año de 1530 y que la parroquia, podemos decir más... perdón más menos, se empezó a elegir dos años después, porque Tonalá fue la segunda Guadalajara, en el año de 1533; ahí se empezó erigir la parroquia, entonces, tomando como eso, podemos decir que los nahuales, físicamente hablando, más antiguos son esos y datan del año 1530, 1533, por lo que les comentaba de que fue la segunda Guadalajara y que a Tonalá se le llamó Santiago de Tonalá.

A: Santiago Apóstol ¿no?

E: Santiago Apóstol.

A: Ajá, exactamente.

E: Entonces, en ese sentido, [...] lo que yo te puedo referenciar en ese aspecto de Santo Santiago y de los nahuales, es que hay una línea

donde dice que Santo Santiago, cuando se dio la batalla de Xictepetl, el día 5 de marzo de 1530, eso es la leyenda eh, no es cierto.

A: Claro, claro, obviamente.

E: Este, eh, pues, muchos de los indígenas se les cercenó la cabeza, entonces, cuando Santiago Apóstol se regresó [...] como no encuentra la cabeza de los indígenas, les empiezan poner cabezas de animales.

A: Aaah okey, okey.

E: Entonces, aquí surge una situación doble.

A: Ahí se nahualiza ¿no? como tal...

Nahuales y gatos: de la realidad a la cerámica

De la misma manera que los nahuales asemejan su forma al sol, como se expuso al principio de este capítulo, las características más notables de los juguetones nahuales es su cara de gato. Esto puede ser una representación de la fauna relacionada al cerro de la reina, quien en tiempos de la resistencia indígena y hasta la actualidad, sigue siendo un importante centro ceremonial y religioso.

E: Exacto, pero surge una situación doble, lo de los Tastoanes y lo de los nahuales... Porque... tomando en cuenta la fauna de aquí, básicamente las endémicas eran pues los gatitos monteses que vivían por lado de la barranca ¿no? y los tecolotes obviamente que eran básicamente los animales primigenios; por eso, tomando otra vez como referencia a la parroquia de Santiago Apóstol, si tú te fijas, tienen el aspecto zoomorfo de gatos.

A: Que es la figura clásica del nahual en Tonalá ¿verdad?, que de ahí empieza la tradición de la cerámica y toda esta cuestión del nahual.

E: Es la primigia... también en el caso del tecolote, porque también recuerda que hay leyenda... una de “cuando El Tecolote canta, el indio muere” y luego le dice: “no, mejor que no cante, yo también soy indio, yo también me voy a morir” ¿no? Entonces, esa situación de Santiago Apóstol también viene ahí, Santiago viene y le pone cabezas de gatos monteses de tecolotes y de otros animales y es cuando

surge la leyenda de los tastoanes, porque si te fijas también los tastoanes tienen las caras zoomorfas.

A: Claro.

E: Y este, con otro tipo de alimañas, otro tipo de elementos, entonces, ya viene lo del nahual, precisamente por ahí viene la transmutación, la transfiguración, eso es en cuanto a Santiago Apóstol ¿no? Y ya, este, como tú bien lo acabas de decir, ya cuando llegó Jorge Wilmot, aquí en los años 50... te digo de la explosión de los nahuales que se dio con Jorge Wilmot, eso ya fue alfarería de alta temperatura y policromado, entonces básicamente ahí...

Mitos y leyendas en Tonalá relacionadas al nahualismo

Los mitos con relación al nahualismo de Tonalá no difieren de la mayoría de estos del resto del país. Se centran en la capacidad de los nahuales en hacer travesuras y, en entornos rurales, estos tienen un viraje un tanto cuanto más perverso. Las características de los nahuales malos, aparte de hacer jugarretas, es que tienen pacto con diversos demonios o el mismísimo diablo, y sus fechorías van desde robar niños para comérselos hasta violar o raptar mujeres para crear caos y romper el orden natural de las comunidades.

E: Generación en generación se contaban las historias de los nahuales; te voy a contar una precisamente [...] que habla de los alfareros cuando pintaban su loza ¿no? Cuentan que había un señor, un alfarero muy bien hecho [...] y, entonces, mucha gente le tenía envidia, precisamente porque era el que más vendía, por la exquisitez de su alfarería ¿no? Entonces, resulta que ahí tenía sus familiares, sus hijos a sus nietos y en las noches, cuando quemaban veían un guajolote, ahí parado, ahí nomás, en un árbol, en la noche [...] y al señor le estaba yendo mal, pero muy mal, de estar arriba le fue yendo mal ¿no? entonces, espantaban al guajolote y cuando lo espantaban, dicen que chispeaban los ojos del guajolote y, así, durante mucho tiempo hasta que este señor, enfadado de que estuviera el guajolote, lo macheteo y, al momento de machete, se transforma en su compadre. Entonces,

esa es una historia del nahual, pero de guajolote, donde este señor era malo.

A: Un guajolote nahual.

E: Todavía ja, ja, y este y también mucha ignorancia a final de cuentas ¿no? va junto con pegado, [...] empezó a haber robos de comida y robos de herramienta de yuntas de animalitos, o sea, robos... y decían ¿pues quién es? Pues, el nahual y el nahual, ¿por qué no? la gente antes era muy acostumbrada a dejar abierto sus casas ¿no? era muy recurrente ¿no? o en sus casas, en los patios grandes como este no había...

A: Cerca.

E: Cercas... estaba abierto ¿no? entonces, era muy fácil sacar un animalito, un guajolotito, unas gallinitas, pues, meterme a tu casa y robarme lo que tengas de comida, esas cosas ¿no? Entonces, resulta que esos hurtos se estaban dando, pero llegó un día que [...] en las meras vísperas de año nuevo, de uno para otro, que se roban una muchacha del templo, o sea, saliendo de misa de víspera de año nuevo, pues que se roban una muchacha y lo único que vieron fueron los destellos rojos, así, todo oscuro... fue lo único que vieron y la muchacha se la llevaron, pero, pues pensaron que se había ido ella sola, porque como no decía nada, le taparon la boca, pues no dijeron nada, ya después, pues se robaron a María, vamos poniéndolo nombre ¿no? y pues, que María, ya después no apareció, pero seguía habiendo hurtos.

A: Claro.

E: Resulta que, con el tiempo, pasa... no sé, un año, poquito menos, pero, por ahí, un año, la gente ya hastiada y apagada dice, no, pues tenemos que hacer algo, pues vamos a atrapar al nahual este y lo vamos a matar y, así, empiezan a hacer ahora sí que guardias nocturnas o algo así... y que lo atrapan a este nahual; pero lo curioso es que cuando atrapan el nahual, era un vecino de ahí mismo del pueblo, la única diferencia es que se ponía dos cigarros de hoja aquí largos prendidos y, cuando le hacía así para atrás, pues prendían como lumbre, entonces, en la oscuridad, no había energía eléctrica en las

orillas ni nada de alumbrado público, pues se veían dos destellos y para simular el pelaje era una piel de vaca grande y se la pone arriba amarrada, ¿pues quién es? Es el nahual, si alguien lo tocaba iba a decir que el pelo y luego ven esos dos destellos ¿no? y ya, con lo que este personaje hacía con la boca “grrr” como gruñendo, pues es el nahual, tons cuando lo atrapan, dicen “ay, eres tú fulano, así que tú eres el nahual, pues ahora nos vas a decir qué hiciste con los animales y todo lo que te robas cabrón”, hasta con la muchacha María ¿no? y ahí van... y resulta que, por el lado de la presa El Ocotillo, él allá vivía y allá tenía a la muchacha y la tenía cargada, porque pues hacía frío... imagínate ¿no? la cobija de carne ¿no?

A: Ja, ja, ja, sí y apenas medio año, pues ya se aprovechó ja, ja.

E: Y que ahí entre los arbolitos, así pues, ahí tenía las vaquitas, no las alcanzaban a ver, ahí tenía las vaquitas para la leche, ahí tenía utensilios para que no faltara nada y, en la presa El Ocotillo, ahí estaba el agua ¿no? Entonces, esto es como la figura de un nahual, pues sí tiene sus leyendas, pero alguien en algún momento de aquí de Tonalá, se quiso aprovechar para un bien propio de esa cuestión de los nahuales...

De la artesanía, la magia y los nahuales:

el nacimiento de la calidad de la alfarería tonalteca

Los artesanos logran su magia artística de la gracia misma de los nahuales. Sus trazos mágicos provienen de los pinceles y las características de las fibras. Nacen de los propios pelos y bigotes de los nahuales, que dotan al artesano de una singularidad única y mágica para pintar sus creaciones y, a los ojos de cualquier mortal, ver una obra maestra reflejado no solo en el dibujo, sino en la pieza de alfarería completa. El nahual, al ser un animal mágico, transmite su magia al pelo hecho pincel. Hermosa leyenda, provenientes de otros relatos que nos recuerdan las partes de otros seres míticos y mágicos, tales como el cuerno del unicornio, las escamas del dragón y las mismísimas plumas del ave fénix.

E: Hablando de la cerámica, hay otra leyenda del nahual, pero a la inversa de algo bondadoso; resulta que hay un señor en Tonalá muy bondadoso que se desprendía de lo que tenía, pero sí era fichero, era curandero de Tonalá, entonces, la gente que llega “tómame la ruda, la hierbabuena, la manzanilla” y la hierbas que él le decía, pero también era alfarero; entonces, dicen las leyendas, sí, que este señor, algunas veces, pues sufría como espasmos, se le desorbitaban los ojos y ahí donde estaba haciendo su blusita y se transformaba precisamente, en un lago, al tipo gato; entonces, que cuando él se revolcaba, ahí dejaba mechones de pelo, entonces, un alfarero empezó a juntar los pelos del nahual y empezó a hacer sus pinceles y, entonces, en la decoración, este señor que juntaba los pinceles del nahual, que fueron las mejores decoraciones por el tipo de pincel que él hacía ¿no? a la larga, pues todavía sufre espasmos y, cuando estaba convertido en nahual, quisieron ayudarlo y cuando muere se vuelve a transformar el ser humano; pero que sí les pesó, porque este señor sí ayudaba a la gente, o sea, no les cobraba nada, era como la consulta del médico ¿no?

A: Claro.

E: Pero aquí lo interesante, aparte de que él sea bondadoso, era lo que te comentaba, o sea, cómo los pinceles de pelo de gato, en este caso de nahual, pues fueron los más importantes; por eso, la gente de Tonalá te hace referencia que los mejores pinceles son los pinceles de pelo de gato, pero hechos por ellos, no comprados; ellos, porque ellos ya le van a dar el calibre [...]

A: Que se supondría que el del nahual es el mejor ¿no? O sea, en todo este tipo de tradiciones ¿no?

E: Pero como estamos hablando de la figura, ora sí que, de gato, por ahí se, se...

A: Se conecta.

Las leyendas y la configuración actual de la medicina tradicional en Tonalá

Las leyendas configuran un presente que se entremezcla con la realidad, en términos de salud primaria, en la ciudad creciente. Los procesos migratorios indígenas forman parte de una realidad en torno a cómo la gente sana con relación a las enfermedades, que también son concebidas desde una óptica cultural. De esta manera, la tradición de la medicina y sus usuarios se forjan de manera cultural como histórica y, así, se configuran los diversos médicos y curanderos de la ciudad tonalteca.

A: Maestro, con respecto a esto que estamos comentando de los nahuales y las tradiciones de la medicina tradicional, ¿conoce alguna leyenda o conoce alguna persona que todavía se caracteriza como nahual o que la reconozcan como nahual? Sé que esto es como muy difícil, pero igual hay gente que dice “ah, te acuerdas de fulanita la que cura, esa era un nahual o es nahual”, ¿usted conoce aquí en Tonalá a alguien?

E: Fíjate que ahorita, actualmente, no precisamente, porque ya las nuevas tecnologías y todo eso, pues [...] yo que sepa una persona que diga eh tú, no, ya no, pero sí hay personas antiguas, que te estoy hablando antiguas de entre 80 años... 70, 80 años, mínimo 70 años, que ella sé... lo mejor dicen “ah, es que mi abuelito me contó...”, porque todo esto que te acabo de comentar, esto... son ahora sí que dichos de gente que vivió más o menos en 1930 su época de adultez; entonces, estas gentes, si hacemos una referencia, pues, ¿cuántos años tienen sus nietos ahorita? tuvieron que haber nacido en 1940 mínimo y la gente de 1940 ahorita tiene 80 años; entonces, sí me ha tocado gente, mucha gente, que dice “ah, es que mi abuelito me contó que él conoció a alguien así”, pero tomando la época y el espacio y el contexto de ese momento, no, porque volvemos aquí, el primer médico que hubo en Tonalá... uno de los primeros fue la doctora Rita Arana Arana y ella se gradúa en los años 40... 46... Y, entonces, es lo que te referencia la gente más o menos de los años 20, de los años 30, es la que te hace referencia al nahual...

La salud en Tonalá:

¿los nahuales están presentes en la medicina popular?

Como ser histórico y casi mitológico, el nahual tenía una función social como protector y curandero de las poblaciones. Conforme la modernidad se fue adaptando a la cotidianidad, la figura del nahual pasó a ser un ente mitológico, enraizado en tradiciones narrativas y leyendas literarias. El personaje (ser) se desdibujó en el tiempo, quedando solo como una realidad de otros tiempos previos a la formalidad y el ingreso de la medicina real, la medicina occidentalizada.

ya ahorita se quiere rescatar mucho lo de los nahuales, porque a final de cuentas es un mito y cada pueblo, cada cultura, cada sociedad también se nutre y vive de mitos; y, tomando en cuenta, por ejemplo, mitología griega ¿no? o la mitología azteca ¿no?, como los dioses como Quetzalcóatl y Huitzilopochtli, entonces en el occidente de México, los mitos más importantes o eran de Tonalá o eran de Aztlán o eran de Xalisco o eran de Coliman, porque eran los pueblos que había aquí antes de la llegada de los españoles... te digo, lamentablemente, pues todo se concentró en la Nueva Galicia, que antes fue México Tenochtitlan y, pues, de ahí para allá, pero aquí se ha explotado muy poco; esos pueblos, te menciono, el de Aztlán, el de Xalisco, el de Coliman y el de Tonalá, que si tú te pones a investigar cada uno de estos pueblos, vas a encontrar muchísima similitudes entre ellos; obviamente, el nahual, pero entiéndase por los hechiceros, porque eran los médicos y, hasta cierto punto, también los guías ¿no? Porque, también, como eran lo duchados de sabiduría, recordemos la estructura ¿no? ¿quiénes eran los más... los del top? En aquellas épocas, pues eran los militares, los gobernantes y los religiosos, pero a veces entre ellos tres, pues el de la medicina también era muy importante entonces...

Discusión y conclusiones

Como se puede observar en este capítulo, las relaciones de las tradiciones orales y la cotidianidad en los aspectos económicos y sociales juegan un papel importante en la construcción de las identidades poblacionales. Tonalá no es la excepción, su importancia artesanal, sobre todo la alfarera, va de la mano con su manifestación mitológicas, respeto y pervivencia de sus tradiciones narrativas. Los nahuales como iconos colectivos y representativos de la ciudad traspasan la labor emblemática y se vuelven parte de las costumbres identitarias religiosas, políticas y hasta económicas.

A manera de cierre, se puede ver la mezcla de realidades subjetivas y objetivas, que parten de la concepción del mito del nahual (lo subjetivo interno) y las manifestaciones artesanales alfareras (lo objetivo como artesanía). El discurso tonalteca sigue representando mundos postcoloniales urbanos, pero que, a su vez, siguen honrando y conservando el pasado indígena, no solo en un recuerdo idealizado, sino en la práctica de las microeconomías de los artesanos de Tonalá.

De la misma manera, la medicina popular enmarca cuestiones tradicionales y cómo se concibe la salud y la enfermedad en torno a proceso históricos, que se entremezclan entre fenómenos históricos y presentes. Van de la mano en las concepciones de cómo la gente otorga el conocimiento con relación a la salud y cómo los sanadores pueden ser sujetos reales que interactúan con la comunidad (médicos tradicionales o curanderos) o sujetos enraizados en mitos, leyendas o recuerdos.

Referencias

- Ayala, S. (2016). *Destilando Saberes. Los gajes del oficio tequilero*. Universidad de Guadalajara.
- Ayala, S., Castillo, V., & Antoine, E. (2019). Los conocimientos detrás del oficio tradicional: conceptos y dimensiones para su análisis. *Revista de Sociología Contemporánea*, 6(18), 13-22. <https://doi.org/10.35429/JOCS.2019.18.6.13.22>
- Chávez, A. (2016). *El nahualismo y la medicina tradicional: un enfoque desde la salud pública*. Amate.
- Chávez, A. (2020). *Oficios del adulto mayor en Tonalá: investigaciones cualitativas con método biográfico*. Editorial Página Seis.
- Gómez, J., & Gómez, G. (2006). Saberes tradicionales agrícolas indígenas y campesinos: rescate, sistematización e incorporación a la IEAS. *Ra Ximhai*, 2(1), 97-126. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46120106>
- Herrera, N. (1989). *Listado General de oficios artesanales*. Ministerio de Desarrollo Económico.
- Hernández, Y. (2020). *El habitus de la vejez: el análisis entre estructura y agencia de envejecer en el Cerro del Cuatro, Jalisco* [Tesis de doctorado]. Colegio de Jalisco.
- Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco. (2019). *Tonalá: Diagnóstico municipal 2019*. Gobierno del Estado de Jalisco. <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2019/06/Tonal%C3%A1.pdf>
- Landini, F. (2010). La dinámica de los saberes locales y el proceso de localización del saber científico. Aportes desde un estudio de caso. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 7(65), 19-40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11716958001>
- Martínez, A. (2003). Linaje, pervivencia y música: etnografía de una familia chiapaneca. En M. de la Garza, & C. Bonfim, *La música y los mitos. Investigaciones etnomusicológicas* (pp. 243-263). Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica.
- Martínez, J. (2009). La revalorización y promoción de los oficios tradicionales. *Cuadernos*, 22, 5-18.
- Martínez, M., Muñoz, M., Navarro, A. M., & Romero, A. H. (2012). Los protectores de Tonalá. En Ayuntamiento de Tonalá, *Nahuales de Tonalá. Cuentos de niños y barro tolteca*. Conaculta.

III.

Cuidado transnacional de adultos mayores mexicanos: las redes de apoyo en contextos migratorios

María Guadalupe Ramírez Contreras

Actualmente, las dinámicas familiares en torno al cuidado de los adultos mayores se han transformado debido a diversos factores como los avances tecnológicos, la globalización, el aumento de la esperanza de vida, el aumento de la presencia de enfermedades crónicas, entre otros. En este panorama, las familias que viven en contextos migratorios, y más aún las familias transnacionales, se constituyen entre la distancia y la ausencia para resolver las necesidades de sus miembros, especialmente de los dependientes. De acuerdo con Bryceson y Vuorela (2002), las familias transnacionales son aquellas cuyos miembros viven una parte o la mayor parte del tiempo separados los unos de los otros y son capaces de crear vínculos que permiten que sus miembros se sientan parte de una unidad y perciban su bienestar desde una dimensión colectiva.

Describir la organización del cuidado transnacional de los adultos mayores y la función que tienen las redes de apoyo conformadas por distintos familiares, tanto en México como en Estados Unidos, pone de manifiesto un fenómeno presente en múltiples familias mexicanas y la necesidad de recibir apoyo de otros actores de la sociedad para atender satisfactoriamente a sus dependientes. Enfatizando así en la corresponsabilidad que toda la sociedad tenemos frente al cuidado de los dependientes, en este caso, específicamente de los adultos mayores.

El objetivo de este capítulo es mostrar la participación de las diferentes redes de apoyo que se involucran en el cuidado de adultos mayores mexicanos, en familias con migrantes internacionales.

Marco teórico

En la revisión de la literatura son numerosos los estudios sobre el cuidado y la migración, que dan cuenta de las acciones implementadas por las familias para resolver las necesidades de sus adultos mayores, considerando en dicha actividad tanto a familiares migrantes como no migrantes (Baldassar et al., 2007; Lutz, 2018; Wilding & Baldassar, 2018; Zechner, 2008). Un punto central en los estudios mencionados es que muestran cómo en los últimos años las familias son cada día más diversas y heterogéneas, y cómo ello incide en el cuidado, al ser una acción social moldeable ante las necesidades de los dependientes, pero también ante las circunstancias de las familias que lo llevan a cabo.

Los estudios identificados sobre el cuidado y la migración internacional reportan cuatro temáticas principales: la utilidad de las remesas en las familias con migrantes para cubrir las necesidades de los adultos mayores (Cabraal & Singh, 2013; King & Vullnetari, 2009; Singh et al., 2012), el uso de las tecnologías de comunicación por parte de las familias transnacionales para mantener vínculos; el papel de las visitas del migrante al país de origen para participar en el cuidado (Evergeti & Ryan, 2011; Mason, 2004; Zechner, 2008), y la función de redes de apoyo en familias transnacional, para atender el cuidado de los adultos mayores.

El fenómeno de estudio del presente capítulo es el cuidado transnacional, definido por Baldassar et al. (2007), como la capacidad de otorgar atención y cuidados a los dependientes a pesar de la distancia y las fronteras nacionales, lo cual incluye otorgarles recursos económicos, emocionales y morales para cubrir sus necesidades.

La definición anterior tiene su sustento en la propuesta de Fisher y Tronto (1990), quienes consideraron que el cuidado incluye todo lo que se hace para mantener, continuar y reparar el mundo, de manera que se pueda vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye los cuerpos, el ser, el ambiente y todo lo que se busca para entretejer una compleja red de sostenimiento de la vida. A partir de dicha conceptualización se puede afirmar que, mientras se satisfagan las necesidades del dependiente, se le está cuidando.

Las redes de apoyo para el presente trabajo son conceptualizadas como la práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional (Huenchuan, 2003).

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de corte etnográfico en la ciudad de Sahuayo de Morelos, Michoacán, al occidente de México, durante los años 2012 y 2013. Los informantes del estudio fueron 16 adultos mayores provenientes de 14 familias transnacionales y 43 familiares. Para identificar a las familias se implementó un muestreo por bola de nieve, el cual inició con cuatro personas, quienes nacieron y vivieron en la ciudad de Sahuayo a lo largo de su vida. Dichas personas eran mayores de 60 años y tenían amistades y conocidos adultos mayores.

Los criterios que debían incluir las familias para integrarlas al estudio fueron los siguientes: (a) que contaran con adultos mayores enfermos o con problemas para caminar, ver o escuchar; (b) que tuvieran hijos en Estados Unidos de América y que supieran si antes o ahora estaban en comunicación con sus familiares en Sahuayo o los solían visitar, para garantizar los vínculos transnacionales.

Las técnicas para la obtención de la información utilizadas fueron: (a) la entrevista cara-a-cara de manera abierta o semiestructurada; (b) la entrevista vía telefónica, también abierta o estructurada; y (c) la entrevista por correo electrónico. Se realizaron un total de 96 entrevistas y, adicionalmente, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y de vínculos transnacionales.

El análisis de los datos fue temático y de contenido. Primero, se identificaron las acciones de cuidado; luego, se ubicaron en un espacio geográfico y se estableció su temporalidad; después, se identificó a la persona que las desempeñaba y se les caracterizó.

Resultados

Los resultados mostraron que las familias se organizaron a manera de sistemas de cuidado, integrándose tanto los familiares en Estados Unidos como los que residían en México, en mayor o menor medida, para hacer frente al cuidado.

Dentro de los sistemas de cuidado se presentó un estilo de participación a manera de redes de apoyo, establecidas por amigos, vecinos y personas con parentescos políticos, es decir, no consanguíneos que se involucraban en el cuidado cuando los familiares más cercanos en México o en Estados Unidos no podían. Cabe señalar que las acciones de cuidado proporcionadas por las redes de apoyo en el cuidado eran determinadas por los familiares de los adultos mayores que se involucraban en el cuidado en ambos lados de la frontera. Se identificó que tal como plantearon Carpentier y Ducharme (2005), los integrantes de las redes se constituyeron de manera activa y buscaron en conjunto alcanzar objetivos comunes. Asimismo, se constituyeron dependiendo de las experiencias del padecimiento de cada adulto mayor y, por ende, de sus necesidades de cuidado, pero también de las condiciones familiares en torno a la migración.

Las redes de apoyo en el cuidado de los adultos mayores

En el estudio fue evidente que la migración de ciertos hijos cambiaba la estructura familiar y los roles de interacción dentro de la familia, por lo que después de que algunos hijos emigraron, otros miembros de la familia en México debieron resolver las necesidades de cuidado de los adultos mayores.

En el caso de las familias estudiadas, emergen como redes de apoyo otras personas con parentescos políticos, por ejemplo, ahijadas, ante la ausencia de hijas, y vecinos o amigos de los adultos mayores o de sus familiares.

A partir del análisis de las redes de apoyo en torno a la dirección, la densidad, la composición de cada red y el contenido, se identificó primero que las acciones del cuidado solamente iban dirigidas a los adultos mayores y ellos, a su vez, no dirigían acciones de cuidado a otros miembros de la familia, el sentido del apoyo era unidireccional.

Sobre la densidad de las redes de apoyo se constató que aumentaba en aquellas familias que estaban integradas por una cantidad menor de miembros involucrados en el cuidado. Es decir que, las familias que tenían menos integrantes involucrados con parentescos consanguíneos contaban con una red de apoyo más robusta, que aquellas familias donde había un número mayor de miembros unidos por la consanguineidad. En cuanto a la composición de la red, se detectó que se integraron parientes políticos, vecinos y amigos.

Por último, las principales acciones que desempeñaban estas personas como redes de apoyo, y que correspondían al contenido de la red, estuvieron centradas en cuatro aspectos:

1. *Brindar información.* La información que proporcionaban las fuentes de apoyo era de utilidad para tomar decisiones en torno al cuidado de los adultos mayores o a la atención de sus padecimientos, independientemente de que estas fuentes de apoyo se encontraran en México o en Estados Unidos.
2. *Relevar a los familiares más involucrados en el cuidado.* En el estudio se identificó que existen miembros de la familia con una mayor responsabilidad en el cuidado o que participan con una mayor cantidad de acciones, requiriendo así un apoyo adicional de otros miembros cuando llegan a sobrecargarse o a enfermarse por desempeñar las tareas de cuidado. Es ahí donde las redes de apoyo se integraban a relevar en las actividades de cuidado de manera temporal. Lo anterior contribuyó a evitar la sobrecarga del cuidado en uno o más miembros de la familia.
3. *Proporcionar ayuda instrumental.* Las acciones para la ayuda instrumental estaban relacionadas con la gestión o la realización de actividades fuera del hogar, por ejemplo, apoyo en trámites y cobro de las remesas. Otras actividades de esta área fueron trasladar a los adultos mayores fuera de casa.
4. *Proporcionar apoyo emocional.* Las acciones para el apoyo emocional de los adultos mayores iban encaminadas a mantener sus vínculos con la comunidad. Fueron acciones destinadas en la mayoría de las ocasiones a cumplir solicitudes que hacía el adulto mayor. Por

ejemplo, visitarles durante las hospitalizaciones o buscarles apoyo espiritual, lo cual implicaba que un sacerdote fuera a sus casas a confesarlos, así como solicitar que algún ministro de la iglesia les llevara la comunión diariamente a su domicilio. Este tipo de apoyo también incluía visitarlos en casa o invitarlos a salir. Estas actividades consistían principalmente en acompañar al adulto mayor y contribuían significativamente a su bienestar. Esto debido a que fortalecía su socialización y los hacían sentir incluidos en su entorno inmediato.

Discusión y conclusiones

A manera de síntesis, en el conjunto de estudios que analizan las redes transnacionales de apoyo en el cuidado de los adultos mayores, se afirma que dichas redes se construyen en combinación con las características de las experiencias del envejecimiento y de la migración de otros familiares; que es a través de ellas que en los contextos transnacionales fluyen recursos materiales y simbólicos que se utilizan en respuesta a necesidades de los adultos mayores, lo cual también se pudo constatar en los resultados que se presentan en el capítulo. Los hallazgos rompen con la idea de concebir el cuidado únicamente en una diada cuidadora-dependiente; esto abre la perspectiva y el debate para comprender el cuidado a manera de sistemas familiares de cuidado, pero además en un contexto transnacional, en los cuales los vínculos filiales, de amistad o de parentesco sobrepasan las fronteras.

Los resultados presentados en el presente capítulo coinciden con las propuestas de soporte social que fueron reportados en estudios anteriores, y que a su vez facilitaron la comprensión de la estructura y del funcionamiento de las denominadas redes de apoyo y redes sociales, dichos estudios que datan entre las décadas de 1980 a 2010. De manera particular, coinciden con tres de las cuatro dimensiones del soporte social propuestas por Tardy (1985), referidas en su estudio clásico, tales como la dimensión emocional, instrumental e informativa; sin embargo, no hay coincidencia en la dimensión valorativa, la cual no se reflejó en los hallazgos del presente estudio.

Los resultados difieren de lo encontrado por Huenchuan (2003), en el sentido de que no hubo diferencias en la conformación de las redes sociales dependiendo del género de los adultos mayores; más bien, la dirección, la composición y el contenido de la red de apoyo iban orientados a las necesidades de cuidado del adulto mayor y, por ende, de las acciones requeridas. Así, la densidad de la red dependió más bien de la cantidad de miembros de la familia involucrados en el cuidado que del género del adulto mayor.

Carpentier y Ducharme (2005) afirmaron que, para responder al cuidado de los dependientes, se estructuran redes sociales que pueden modificarse y crecer en relación con la cantidad de miembros con los que se cuenta, o que las actividades de cuidado pueden ser intercambiadas según las necesidades de cuidado que se tengan que resolver. Esto último se visualiza en la medida que las familias del estudio estructuraron sus sistemas de cuidado y, después, los rediseñaron dependiendo de con quienes se contaba y con quienes no, siendo ahí precisamente donde se estableció la importancia de la integración de las redes de apoyo en el cuidado familiar.

A partir de los hallazgos presentados en este capítulo, se enfatiza en la pertinencia de generar políticas públicas binacionales que permitan a las familias transnacionales involucrarse de una manera más eficiente en el cuidado de sus adultos mayores; también, cabe destacar que el cuidado de los dependientes es una acción social que demanda la participación de toda la sociedad en ambos lados de las fronteras, no solamente de las familias o de las cuidadoras, y que en todos los espacios de la vida social debemos fomentar la dignificación de los adultos mayores y la relevancia del cuidado en el contexto actual del envejecimiento poblacional. Resulta importante destacar el papel del Estado como garante de los derechos humanos y de la sociedad en general como corresponsables del cuidado de sus dependientes.

Por último, para futuras investigaciones se recomienda estudiar también la participación de los migrantes nacionales e integrar a otras comunidades que no sean necesariamente familias urbanas, sino que formen parte también de poblaciones rurales o de comunidades indígenas, con la finalidad de conocer si existen diferencias con las poblaciones estudiadas en el presente estudio.

Referencias

- Baldassar, L., Vellekoop, C., & Wilding, R. (2007). *Families caring across borders. Migration, ageing and transnational caregiving*. Palgrave Macmillan.
- Bryceson, D., & Vuorela, U. (2002). *The transnational family. New European frontiers and global networks*. Berg.
- Cabraal, A., & Singh, S. (2013). Contested representations of remittances and the transnational family. *South Asia: Journal of South Asian Studies*, 36(1), 50-64.
- Carpentier, N., & Ducharme, F. (2005). Support network transformations in the first stages of the caregiver's career. *Qualitative Health research*, 15(3), 289-311.
- Evergeti, V., & Ryan, L. (2011). Negotiating transnational caring practices among migrant families. En A. Kraler, E. Kofman, M. Kohli, & C. Schmoll (Eds.), *Gender, generations and the family in international migration* (pp. 355-373). Amsterdam University Press.
- Fisher, B., & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. En E. Abel & M. Nelson (Eds.), *Circles of care. work and identity in women lives* (pp. 35-62). University of New York Press.
- Huenchuan, S. (2003). Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile. *Notas de Población*, 29(77), 103-137.
- King, R., & Vullnetari, J. (2009). The intersections of gender and generation in Albanian migration, remittances, and transnational care. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 91(1), 19-38.
- Lutz, H. (2018). Care migration: the connectivity between care chains, care circulation and transnational social inequality. *Current Sociology Monograph*, 66(4), 577-589.
- Mason, J. (2004). Managing kinship over long distances: the significance of "The visit". *Social Policy & Society*, 3(4), 421-429.
- Singh, S., Robertson, S., & Cabraal, A. (2012). Transnational Family Money: Remittances, Gifts, and Inheritance. *Journal of Intercultural Studies*, 33(5), 475-492.
- Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.

- Wilding, R., & Baldassar, L. (2018). Ageing, migration, and new media: the significance of transnational care. *Journal of Sociology*, 54(2), 226-235.
- Zechner, M. (2008). Care of older persons in transnational settings. *Journal of Aging Studies*, 22(1), 32-44.

IV.

Los aportes de la ciencia y la cultura en la educación para la salud sobre las identidades sexuales

María de los Ángeles Covarrubias Bermúdez
y Marco Antonio Zavala González

Las identidades son un objeto de interés común para las ciencias sociales y la medicina. Desde la biología, se considera que la identidad y la individualidad son objetos diferentes, la primera tiene que ver con la necesidad de encontrar a otros seres similares con quienes poder identificarse para sobrevivir en grupo, mientras que la individualidad es la tendencia a diferenciarse de ese grupo y tener un concepto propio de sí, ganando valor particular lo que contribuye a lograr una posición social. En biología, esto se conoce como individualidad biológica (Pradeu, 2016).

Desde esta perspectiva, todos los individuos buscan conocerse a sí mismos a partir de la comparación con los otros, es decir, los demás son una referencia (Jenkins, 2014). Algunos psicólogos pioneros estudiaron la identidad y su repercusión en la salud mental de los individuos, por ejemplo, Freud fundamentó el desarrollo psicosexual en la identificación exitosa de los niños con sus padres (Stevenson, 2001); Erikson (1968) desarrolló su teoría sobre la personalidad con base en el desempeño de los individuos a las necesidades y exigencias sociales; Vygotsky (1979) propuso su teoría del desarrollo social en la que la interacción social es base del aprendizaje; Piaget (1972) describió el desarrollo sexual durante la adolescencia; Bandura et al. (1961) propusieron su teoría sobre el aprendizaje social que se fundamenta en la imitación; y Tajfel y Turner (1986) desarrollaron la teoría de la identidad social que exalta el rol de la pertenencia al grupo como parte del desarrollo humano.

Durante años se han diferenciado identidades específicas que ayudan a los individuos a lograr el proceso de identificación e individualización, entre ellas se encuentra la identidad etaria, personal, cultural, política, religiosa, profesional, racial y sexual. La identidad sexual es mayormente compleja debido a que refiere al autoconcepto, pero también a los valores o formas sociales que limitan las expresiones sexuales de las personas, asimismo, en algunos casos suele reducirse a la identidad genérica, dejando de lado la identificación con el sexo fenotípico y la orientación sexual, en lugar de verlo como un todo.

La sexualidad es inspiración para el debate fuera de la perspectiva biomédica desde hace tiempo. El cortejo, el erotismo y las identidades sexuales son algunos temas que continúan dependiendo de la perspectiva científica y de la validación social para normalizarse. Actualmente, el desarrollo positivo de la identidad sexual es un tópico en tendencia debido a su implicación sobre la salud sexual y mental de las personas, y por la manera en que la educación y las características y valores individuales influyen sobre dicho proceso.

En las últimas décadas, se publicaron estudios descriptivos del desarrollo positivo de la identidad sexual a partir de teorías o estudios empíricos. Dichas aportaciones son importantes debido a que reflejan la perspectiva de los científicos y de la sociedad sobre las identidades sexuales, tópico que ha evolucionado de forma paralela al aseguramiento de los derechos de hombres y mujeres con relación a la expresión de su sexualidad. Este capítulo presenta una revisión de literatura, cuyo propósito fue localizar dichos estudios para identificar los conceptos, ideas o principios y discutir cómo se convierten en referencias de la educación para la salud sobre las identidades sexuales.

Estrategia metodológica

Se realizó una revisión de literatura narrativa (Mays et al., 2005, como se citó en Kastner et al., 2012) con artículos en las bases de datos de la Universidad de Guadalajara, Google Académico y PubMed, utilizando algoritmos compuestos de palabras clave en inglés y español combinados con conectores lógicos (e. g., *sexual identity AND model OR experience*).

La pregunta de revisión de literatura fue ¿qué se sabe o conoce sobre los modelos descriptivos o explicativos del desarrollo de la identidad sexual?

Se seleccionaron artículos en idioma inglés, español o portugués, cuya metodología fue cualitativa, cuantitativa o mixta, y sin hacer excepciones por su fecha o lugar de publicación, se excluyeron aquellos recursos que se describieron como cartas al editor, memorias y extractos de conferencias o comunicaciones cortas.

Los textos completos se obtuvieron de forma gratuita a través de bases de datos y por solicitud mediante correspondencia escrita a los autores cuando el material no fue de acceso libre. Cuando no se pudo obtener el texto completo se descartó el material; no obstante, se hizo una excepción con las referencias clásicas o que ofrecían información clave como un modelo del desarrollo de la identidad sexual específico. Para estas se buscaron documentos secundarios que reportaron sus resultados y que cumplieron con los criterios de inclusión.

El proceso de revisión de la información se desarrolló en dos etapas; en la primera, se identificó el lugar donde se realizó la investigación, el tipo de estudio, la muestra, las estrategias para la recolección de datos o información y el método de análisis, los datos fueron sistematizados en una matriz; durante la segunda etapa, se identificó el tipo de modelo descrito por los autores, las etapas contenidas en este y la descripción de cada una; finalmente, la información se conjuntó en tablas y figuras para realizar comparaciones.

Se aplicó el método de análisis temático a las descripciones de las fases de los modelos descritos en los artículos para identificar conceptos, ideas o principios científicos y culturales, para posteriormente analizar cómo se incluyen en la educación para la salud sobre el tema del desarrollo positivo de las identidades sexuales. Dicho análisis implicó: (a) la lectura sugestiva de los datos, (b) la creación de unidades de registro o códigos, (c) la clasificación de las unidades o códigos en función de categorías, y (e) la conformación de temas a partir de las categorías generadas en las fases anteriores (De Souza-Minayo, 1995). Con los resultados se discutió su aporte a la educación para la salud.

Resultados

Se seleccionaron 13 artículos publicados en idioma inglés y español entre 1979 y 2019 (Tabla 1 y 2); el 92.8% de los documentos emplearon metodología cualitativa, especialmente la fenomenología y la teoría fundamentada. En su totalidad, las muestras incluidas en los estudios fueron intencionales y formadas por población adulta, anglosajona (71.5%) e identificada con la homosexualidad (71.5%). Como resultado del análisis de contenido se identificaron ocho categorías: (1) las identidades son colectivas, representativas y no necesariamente inalterables o multidimensionales; (2) desarrollo en tres pasos: crisis, conflicto y afirmación; (3) algunos siguen una línea, otros una curva, otros pocos un círculo infinito que no termina; (4) la meta es expresarlo, no saberlo; (5) descubrirse implica superar la tensión y el miedo a romper esquemas; (6) asunto de cafecito y charla; (7) hablar más de amor y menos de sexo; y (8) borrón y cuenta nueva. Cada una se describe a continuación.

Tabla 1
Características de los estudios incluidos en la revisión

Autor(es)	Año	País	Tipo de estudio	Edad (m) [intervalo]	n	H (%)	M (%)	Orientación sexual	
								LGB	Htx
Yarhouse et al.	2005	EU	CL	(38.4)	28	8	20	14	14
Barrientos et al.	2016	CHL	CL	(23.8)	8	8	0	8	0
Ramírez y Contreras	2016	CHL	CL	[18-46]	26	SD	SD	26	0
Chapman y Brannock	1987	EU	CT	SD	197	0	197	189	8
Sophie	1986	SD	CL	SD	14	0	14	14	0
Kumar et al.	2013	IN	CL	[18-51]	18	18	0	10	8
Shapiro et al.	2010	EU	CL	SD	4	0	4	4	0
Covarrubias	2019	MX	CL	(32.8)	12	6	6	8	4
Cass	1979	EU	CL	[12-46]	12	0	12	12	0

Nota. EU = Estados Unidos, CHL = Chile, IN = India, MX = Mixto, CT= Cuantitativo, CL = Cualitativo, SD = Sin dato, LGB = Comunidad lésbico, gay y bisexual, Htx = Heterosexual.

Tabla 2
Características metodológicas de los estudios incluidos en la revisión

Autor(es)	Enfoque teórico	Muestreo	Instrumentos	Tipo de análisis de datos
Yarhouse et al.	SD	Intencional	ES	Metodología comparativa constante
Barrientos et al.	F	Intencional	ES	Análisis del discurso
Ramírez y Contreras	EC	Intencional	EN	Análisis narrativo
Chapman y Brannock	SD	Intencional	C	Estadística descriptiva
Sophie	F	Intencional	ES	SD
Kumar et al.	TF	Intencional	ES	Teoría fundamentada
Shapiro et al.	TF	Intencional	EN	Teoría fundamentada
Covarrubias	F	Intencional	ES	Fenomenológico interpretativo
Cass	SD	Intencional	ES	SD

Nota. SD = Sin dato, F = Fenomenológico, EC = Estudio de caso, TF = Teoría fundamentada, ES = Entrevista semiestructurada, EN = Entrevista narrativa, C = Cuestionario.

Las identidades sexuales son colectivas, representativas, y no necesariamente inalterables o multidimensionales

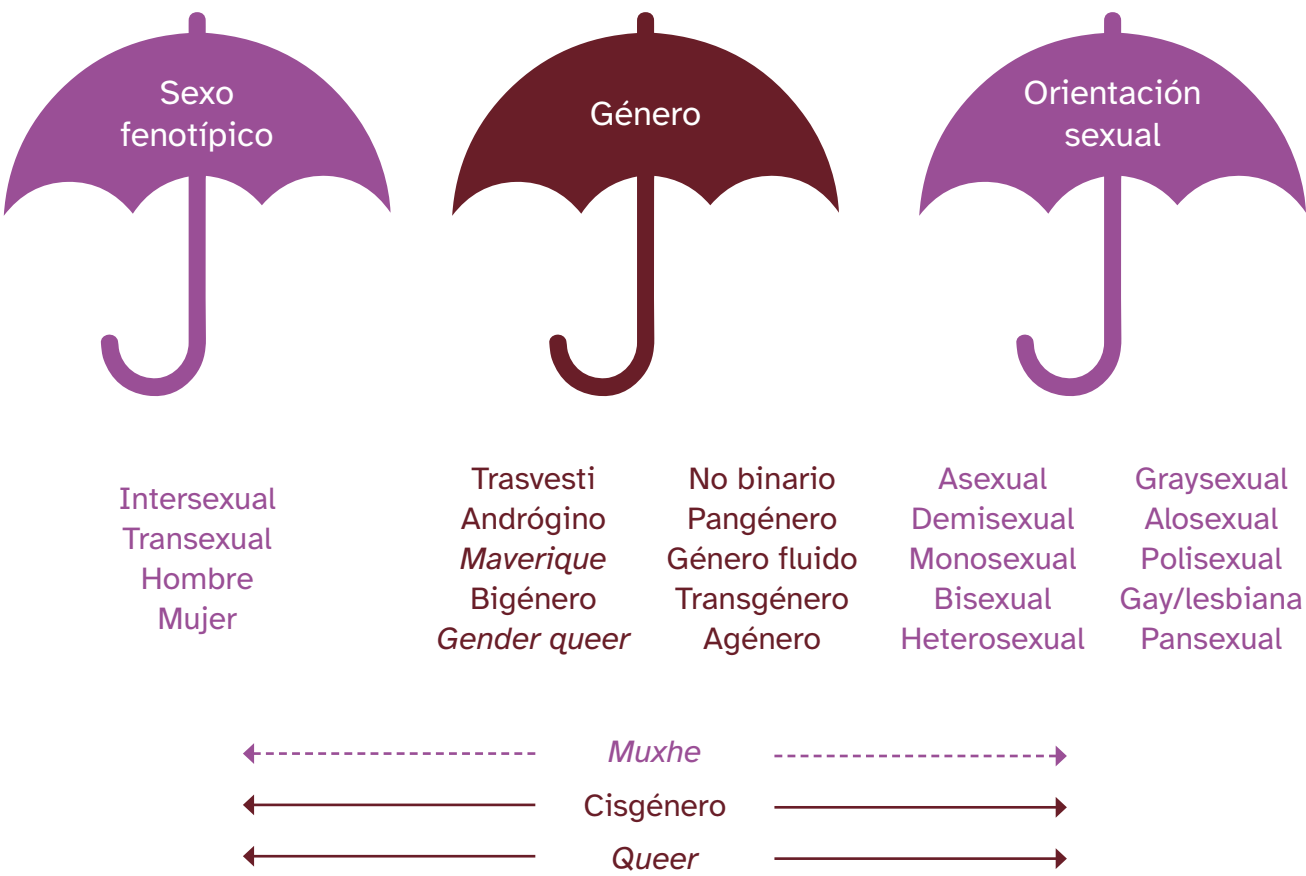
Las identidades sexuales son definidas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS, 2000) como un marco conceptual interiorizado que ubica al individuo sobre su sexo fenotípico, género y orientación sexual, rigiendo su comportamiento individual y social relacionado con el ejercicio y expresión de su sexualidad. Este concepto es manejado en la mayoría de los estudios como un referente común; sin embargo, los individuos o la sociedad pueden reducirlo a la orientación sexual o la identidad genérica. Dichas identidades son etiquetas creadas coloquialmente para proporcionar un nombre o apellido al individuo referente a toda o una parte de la expresión de su sexualidad.

Algunas identidades o etiquetas solo refieren a un elemento de la sexualidad con el que el individuo se identifica, por ejemplo, *graysexual* es un término alternativo a la orientación sexual que representa aquellos que pueden transitar entre la asexualidad y el deseo sexual sin importar el género o sexo fenotípico de quien surge interés sexual; por otro lado, otras identidades son multidimensionales, es decir, logran describir en conjunto

la autopercepción de la persona con relación a su sexo fenotípico, orientación sexual y género, como es el caso de la palabra *cisgénero*, que refiere al individuo cuya percepción sobre su orientación sexual y genérica es tradicional, puesto que corresponden con el sexo fenotípico con el que nació, es decir, es la mujer “femenina” u hombre “masculino” heterosexual.

Las etiquetas pueden ser múltiples y creadas coloquialmente para representar a grupos. En la Figura 1 y en la Tabla 3, se presentan las identidades más conocidas en el contexto internacional y local, estas se organizaron con base en el elemento de la identidad sexual que representan, en este caso, algunas solo refieren a la identidad genérica como pangénero o género fluido, mientras que otras aluden a los tres elementos, por ejemplo, *queer*.

Figura 1
Etiquetas de las identidades sexuales y de género según su énfasis de identificación con el sexo fenotípico, el género o la orientación sexual



Nota. En negro, los paraguas representan las categorías centrales de la identidad sexual, y por debajo de estas, las etiquetas que corresponden a dicha categoría y se manejan a nivel social; las etiquetas acompañadas de flechas indican que el significado de dichas etiquetas refiere a las tres categorías. Adaptado de Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016).

Tabla 3
Identidades sexuales y genéricas y su definición

Identidad	Definición
Intersexual	Persona con variaciones sexuales a nivel hormonal, genital o cromosómico.
Transexual	Persona que adquiere rasgos físicos del sexo fenotípico contrario con ayuda de procedimientos quirúrgicos y tratamiento hormonal.
Trasvesti	Persona cuya indumentaria es del género tradicional contrario.
Andrógino	Individuo cuyas características físicas son ambiguas.
Maverique	Individuo que percibe un género diferente al masculino o femenino.
Bigénero	Individuo que percibe tener dos géneros al mismo tiempo.
Gender queer	Persona que se percibe como no binaria.
No binario	Individuo cuya identificación genérica está fuera de lo binario o géneros tradicionales (masculino, femenino).
Pangénero	Percepción individual de identificarse con todos los géneros existentes en la cultura del sujeto.
Género fluido	Individuo que percibe tener varios géneros de forma estable e intermitente.
Transgénero	Persona cuyo género sentido no coincide con su sexo fenotípico.
Agénero	Individuo que no se identifica con ningún género.
Asexual	Refiere a la carencia de atracción sexual por otras personas.
Demisexual	Personas que sienten atracción sentimental y sexual por individuos con quienes tienen una relación emocional.
Monosexual	Individuo que experimenta atracción sexual hacia un sexo fenotípico o identidad genérica.
Bisexual	Atracción sexual y emocional por hombres y mujeres.
Heterosexual	Atracción sexual y emocional de hombre por mujer y de mujer por hombre.
Graysexual	Persona que experimenta atracción sexual y después desinterés sexual sin que eso implique un problema de pareja o de salud.
Alosexual	Atracción sexual y emocional por cualquier persona.
Polisexual	Atracción sexual y emocional más de un género, pero no hacia todos los existentes.
Homosexual	Atracción sexual y emocional entre personas del mismo sexo fenotípico.
Muxhe	Varón que ejerce roles, actividades y vestimenta denominados tradicionalmente femeninos.
Queer	Individuo identificado con etiquetas diferentes a lo cisgénero.
Pansexual	Atracción sexual y emocional por cualquier persona.

Nota. Aunque las etiquetas puedan referir solo al género o la orientación sexual, socialmente se les considera identidades. Adaptado de Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016).

Cabe destacar que los aportes de los estudios incluidos en la revisión consideraron solo la orientación sexual para definir la participación de individuos, lo que reitera la dificultad (incluso para la ciencia) para estudiar el amplio espectro de etiquetas descriptivas de la sexualidad, tendiendo así a la reducción de la identidad sexual a uno de sus componentes. Quizá esta predisposición se deba a la necesidad de los investigadores por crear criterios de inclusión factibles, pues actualmente existen múltiples debates en comunidades virtuales sobre la existencia de 112 o más identidades genéricas, lo que de considerarse complejizaría el proceso de muestreo de las investigaciones (Muñoz, 2018).

Al respecto, la identidad genérica o el género uno de los aspectos más debatibles y criticados dentro de esta perspectiva de las identidades sexuales, en parte, debido a que en la sociedad muchas etiquetas sobre un aspecto de la sexualidad se manejan como identidades y no existe un apego a una definición internacional como la ofrecida por la OMS y la OPS (2000), según lo cual deberían englobarse los tres elementos (orientación, sexo fenotípico y género).

En este sentido, la definición de identidad sexual es un aporte de la ciencia a la educación para la salud, pero presenta obstáculos para plantearse como tal en los espacios hospitalarios y comunitarios, pues en aras de incluir la perspectiva social sobre el tema tiende a reducirse a la opinión pública, que en la mayoría de los casos lo simplifica al género, la orientación sexual o la identificación con el sexo fenotípico; por ello, resultan extrañas las descripciones que incluyen los tres componentes, por ejemplo, mujer lesbiana no binaria, pero que son útiles para proporcionar una visión completa al individuo sobre su sexualidad.

Desarrollo en tres pasos: crisis, conflicto y afirmación

Independientemente del modelo, en cada uno se describió la experiencia del desarrollo de la identidad sexual de forma generalizada en tres fases principales; la primera, es una etapa de crisis o conflicto con un componente manifiesto de la identidad, que en la mayoría de los casos fue la orientación sexual; seguidamente, el individuo experimenta una fase de comportamientos orientados a la socialización de la identidad que incluye

la expresión verbal a familiares, amistades o personas que comparten un espacio laboral; y por último, se vive la afirmación, que es la aceptación de la pérdida de relaciones sociales, la formalización de la pareja, o la adquisición de un estilo de vida e imagen acorde con la identidad.

Los modelos describen el inicio del desarrollo de la identidad sexual en los términos: confusión, darse cuenta, sensibilización, consciencia, nombrar, sentir, explorar, comparar, incongruencia, descubrir, e interpretar; cada uno apunta a las sensaciones corporales y nociones psicológicas del individuo sobre su sexualidad, aunque mayoritariamente sobre su orientación sexual, donde el género puede ser secundario o parece hallar en combinación. De forma secundaria, se plantea el desarrollo de la identidad sexual como experimentación, cuestionamiento, exploración, asunción, revelación, internalización y aceptación; cada uno de estos señalamientos implican la acción e interacción de los individuos en ambientes ajenos a la familia, donde necesariamente generará vivencias con relación al erotismo, la relación de pareja, la primera relación sexual, el primer enamoramiento y, también, con valores, normas e ideas alternativas.

Finalmente, la conclusión del desarrollo de la identidad sexual se presenta como síntesis, salida, vivencia, identificación, aceptación, conocimiento, integración, orgullo, internalización, compromiso y estilo de vida; esta última etapa tiende a describir a los individuos en edad madura quienes asumen un estilo de vida que refleja la identidad sexual asumida, lo que puede incluir el establecimiento de una pareja formal, el logro de hijos, nuevas redes sociales, la divulgación de la identidad a la familia, la adscripción a una organización a favor de la diversidad sexual, o la redefinición del grupo religioso al que se adscribe.

La definición y descripción de pasos o fases concretas proporciona una visión completa y clara sobre las necesidades de información e intervención para promover un desarrollo sano de las identidades sexuales. Así, en los procesos de educación para la salud ha de promoverse, en la primera fase, información sobre los cambios corporales, la identificación de emociones y el manejo de la crisis psicológica; mientras que, en la segunda etapa, ha de ofrecerse información sobre las prácticas sexuales seguras, la construcción de relaciones basadas en el afecto y el respeto, y

los tabúes sobre la experimentación sexual; para finalmente, en la tercera fase, aportar espacios de intervención familiares que aboguen por el respeto a las diferencias intergeneracionales y exaltación de valores como el compromiso, la solidaridad, la responsabilidad y la unión familiar.

Algunos siguen una línea, otros una curva, otros pocos un círculo infinito que no termina

Los modelos mostraron dos formas del desarrollo de las identidades sexuales. En la primera, se ubicaron los modelos lineales (Figura 2), en los que se asume que la identidad sexual es producto de una serie de etapas o eventos que suceden secuencialmente; se asume que cada uno es un hito o logro que es necesario para llegar al otro, perspectiva clásica que apoya la idea de tener una meta final durante el proceso (Barrientos et al., 2016; Cass, 1979; Coleman, 1982; Milton & MacDonald, 1984; Ramírez & Contreras, 2016; Sophie, 1986; Troiden, 1988).

Figura 2
Modelos lineales identificados en la revisión de literatura



Nota. Las etapas o fases de cada modelo se colocaron a lo largo de la figura en correspondencia para indicar similitudes.

El segundo grupo de modelos son los de tipo cíclico e intermitente (Figura 3), que proponen un desarrollo compuesto por una serie de fases en las que el individuo puede transitar sin un orden específico; cabe destacar que las fases encuentran similitud con las de los modelos lineales, pero su diferencia radica en que representan una perspectiva contemporánea sobre el proceso de desarrollo que explica los casos en los que adultos de mediana edad cambian algunas percepciones sobre su identidad sexual (Chapman & Brannock, 1987; Covarrubias, 2019; Kumar et al., 2013; McCarn & Fasinger, 1996; Shapiro et al., 2010; Yarhouse et al., 2005).

Figura 3
Modelos cíclicos e intermitentes identificados en la revisión de literatura



Nota. Las etapas o fases de cada modelo se colocaron a lo largo de la figura en correspondencia para indicar similitudes.

Las primeras exploraciones del desarrollo de las identidades sexuales dieron cuenta de modelos que asentaron la idea de un proceso continuo, dividido por fases en el que la meta o resolución del proceso era adquirir un estilo de vida acorde con la identidad; posteriormente, los autores complementaron esta visión al proponer que las identidades sexuales se componen de diversos elementos y que los cambios pueden ser transitorios y dependen de la flexibilidad del contexto para permitir al individuo experi-

mentar distintos escenarios, como es el caso de las personas bicuriosas o hetero- u homo-flexibles, que no necesariamente cambian su orientación sexual original a partir de una serie de experiencias sexuales, pero aportan datos para su autoconocimiento; asimismo, los cambios en el desarrollo de la identidad pueden darse de forma temprana o tardía.

En este sentido, desarrollar la identidad sexual puede ser un tema simple para algunas personas, es decir, puede ser un proceso lineal que va avanzando de forma espontánea y llega a un final; mientras que para otros puede ser un proceso diferente que requiere reconocer su identidad, a través de la exploración de diferentes ambientes o relaciones sentimentales o sexuales; asimismo, para otros individuos puede parecer que su identidad sexual se ha esclarecido a temprana edad y de pronto surge en ellos nuevamente la crisis identitaria y vivencian de nuevo la exploración y la identificación.

A pesar de no esclarecer cuál componente de la identidad sexual puede ser más duradero, se ha reportado que los individuos pueden cambiar ciertos rasgos que consideraban estables, sobre todo con referencia al género, debido a que depende de ideales contruidos socialmente. Y, precisamente, este apunte es quizá el más importante que ofrece la ciencia a la educación para la salud, puesto que es posible admitir las modificaciones a lo largo del tiempo como eventos normales, además de dar relevancia a la perspectiva del individuo en un modelo de desarrollo flexible en el que es posible encajar un amplio espectro de casos.

La meta es expresarlo, no saberlo

Socialmente, se asume que el desarrollo humano tiene que ver con lograr un hito. En el tema de los modelos descritos se debatió con frecuencia el objetivo del proceso de identificación; por un lado, se consideró que el fin de la experiencia es la expresión o lo que se denomina aún *salir del armario*, lo que implica divulgar la identidad a los círculos sociales; para otros autores, la meta es lograr un estilo de vida congruente, lo que incluye establecer una relación de pareja, la tenencia de hijos, redes sociales afines, etcétera; en otros casos, el fin tiene que ver más con la ganancia personal del conocimiento sobre sí.

En la literatura consultada, los autores plantean que los individuos pueden tener diferentes ideas sobre la meta final de la identificación sexual; no obstante, se consideró que el mejor escenario es su divulgación a las redes sociales y demás espacios, pues propicia la adaptación de los individuos a una sociedad multifacética, que puede rechazarlos o aceptarlos, logrando así la madurez emocional y asertividad suficiente para vivir con bienestar.

Como en múltiples temas de salud mental, los hitos o metas del desarrollo sexual pueden prestarse a debates teóricos y sociales; en este caso específico, una postura es que la forma y el grado en el que se revela la identidad sexual depende del individuo; mientras que en contrasentido, algunos apuestan por la comunicación abierta de las diferencias sexuales, pues argumentan que conduce a la tolerancia y la extinción de los ambientes heteronormativos; en este sentido, puede decirse que el desarrollo *positivo* de las identidades sexuales tiene que ver más con divulgarla que con descubrirla, de modo que la meta será sortear las dificultades para expresar lo privado en lo público.

En el ámbito de la educación para la salud, se sabe que difundir las identidades sexuales resulta imprescindible para la salud mental de las personas e implicará necesariamente choques ideológicos y culturales. Sin embargo, es difícil establecer cuál es el límite de la vida pública y privada, es decir, qué debe quedarse en los círculos sociales íntimos y qué ha de expresarse abiertamente a la sociedad.

Al respecto, los autores revisados proporcionan algunas ideas clave. Primero, aceptar que la expresión de la sexualidad está limitada por normas jurídicas, de modo que ciertas preferencias sexuales no pueden ser expresadas como la pederastia y otras estarán limitadas a la jurisdicción del país, como las relaciones sexuales o el casamiento con animales; segundo, evitar la crítica y la señalización colectiva de aquello que es diferente, pero también de lo que permanece, es decir, ha de abrirse la mente a nuevas ideas como lo queer, respetando aquellas que pueden ser tradicionales, pero válidas para un grupo determinado, por ejemplo, lo cisgénero; y tercero, evitar cualquier posibilidad de imposición ideológica.

Descubrirse implica superar la tensión y el miedo a romper esquemas

Los estudios en torno al desarrollo de las identidades sexuales describen la dificultad de los participantes para encontrar aceptación y guía para conocer su cuerpo, sus sensaciones y aceptarlas como propias, puesto que en las familias se crean lazos invisibles que dictan de forma discreta rechazar lo diferente y la curiosidad por sí mismos. El primer enamoramiento y los primeros signos de erotismo suelen ser vigilados por los tutores o iguales cuando no encajan en los consensos sociales, lo que es una experiencia frecuente en las personas que encajan fuera de lo cisgénero; por ello, varios autores se interesan por este grupo poblacional. Una idea generaliza es que las personas heterosexuales no tienen necesidad de divulgar su identidad sexual, sin embargo, sí tienen para afirmarla. Los varones cisgénero pueden sentirse presionados para tomar un rol en el grupo o red social cercana y luchan por ser el *macho alfa* (varón dominante, exitoso y sexualmente avasallador) y evitar ser categorizados como los *patiños* (personaje secundario, cuyo rol es ser ridiculizado) o *princesos* (hombre que acepta participar activamente de los quehaceres en casa y cuidado de los hijos por presión de la pareja). Si bien los estereotipos caen en la categoría de *masculinidad tóxica*, para los varones discernir dicha malignidad a la par de asumir y validarse en otras formas de masculinidad es un proceso arduo y complejo.

Otros autores que no describen un modelo ofrecen algunos apuntes sobre la formación de las identidades sexuales, que explican cómo ciertas categorías identitarias no se asumen por completo por los individuos, sino que toman partes de ellas o bien la identificación se logra solo con cierto grado, es un fenómeno denominado *compromiso con la apropiación de la identidad*. Frankel (2005) describió que esta apropiación se da por dos procesos: (1) centralidad o bien entendida como el nivel de motivación de ejercer comportamientos clasificados como heterosexuales, y (2) *saliency* o grado de disponibilidad de etiquetas para nombrarse, por ejemplo, masculino, macho alfa, etc. Del mismo modo, el autor propuso que la heterosexualidad puede asumirse por niveles, es decir, se puede ser indiferente hacia la apropiación de la etiqueta o asumirlo como algo relevante y positivo; al respecto, menciona cuatro niveles de compromiso: *unmarked identity*, *marked identity*, *no identity*, y *unimportant identity*.

Por otro lado, Alderson (2003) refirió tres dimensiones necesarias para el desarrollo de la identidad homosexual en varones: (1) la búsqueda de equilibrio de las emociones y el vínculo con el contexto gay, (2) la influencia de los padres sobre dicho vínculo, y (3) la influencia de los pares sobre el vínculo con el mundo no heterosexual. Al igual que Frankel (2005), propuso que los individuos pueden comprometerse con su identidad en tres niveles: consigo mismos, con el círculo gay íntimo y con la sociedad general.

La idea de los niveles de compromiso con la apropiación de las identidades es un tema interesante que aporta mayor flexibilidad a la manera de entender los cambios de perspectiva de las personas sobre su sexualidad, explica también la necesidad de los colectivos por crear diversas etiquetas para nombrar su género sentido, así como el apuro por adueñarse de dichas etiquetas y de cómo estas dan un valor positivo a cada persona.

A nivel educativo, estos datos aportan una idea clave para difundir, es decir, no debe pensarse en las identidades sexuales como blanco y negro, sino como un número indefinido de grises que expresan, por un lado, la identidad (similitudes, colores que nacen de la combinación de unos pocos comunes) y, por otro, la individualidad (diferencias, colores que difieren por matices), recuérdese el término individualidad biológica.

Asunto de cafecito y charla

En los estudios incluidos, las personas con identidades no tradicionales pueden tener el impulso de llevar una doble vida para no enfrentar la desaprobación y el aislamiento social. Aprenden a cubrir sus pasos y a comportarse de forma distinta en cada contexto, muchos de ellos encuentran mejor mudarse lejos de la casa familiar para vivir sus propios sueños y deseos, llevando consigo el dolor que causa la falta de aceptación, de modo que adquieren patrones de comportamiento y pensamiento nocivos que impactan sus relaciones de pareja, laborales y de amistad. Entre generaciones existe una constante tensión por infundir valores e ideas relacionadas con la sexualidad a los más jóvenes, por lo que la expresión de la identidad sexual de los hijos a los padres puede significar para estos un duelo.

Estos apuntes denotan la relevancia del papel de la familia, del personal sanitario y educativo para dar pautas y conocimientos, cuyo propósito sea promover el autoconocimiento sobre la sexualidad a temprana edad. Sin embargo, los reportes indican que los individuos tienden a encontrarse a sí mismos a través de comunidades de diversidad sexual o bien, entre pares o amigos en quienes confían para explayar sus dudas y necesidades. Los espacios hospitalarios suelen servir para atender problemas físicos, para adquirir orientación sobre el ejercicio de las relaciones sexuales, pero no se atienden en proporción justa las necesidades socioemocionales; por ello, en muchos casos, la carencia de este tipo de servicios es el detonador para la creación de diversas organizaciones civiles que no alcanzan para la población diana. En este sentido, una meta importante para la educación en salud en materia de identidades sexuales es optar por intervenciones dinámicas que incluyan la asociación con organizaciones civiles y la inclusión de promotores de salud locales, que trabajen codo a codo para generar ambientes saludables para la expresión de las identidades y el debate sobre ellas; buscando así deliberar sobre la utilidad de darles un nombre y definir las, aportándoles valor al reconocer su impacto en la salud global de los individuos.

Hablar más de amor y menos de sexo

Entre los conflictos más latentes durante el descubrimiento de la identidad sexual, se refleja la carencia de información sobre el afecto y el amor; para muchos individuos, la educación sexual se da con tanto énfasis en las relaciones sexuales, el control natal y las enfermedades infecciosas, que se olvida lo que las hace nacer: las emociones.

Los estudios que abordaron metodologías cualitativas como las entrevistas a profundidad lograron mostrar el rol de los sentimientos sobre las acciones. Por ejemplo, algunos participantes hacen referencia a que en casa se instruye sobre las prohibiciones, como no masturbarse, vestirse conforme al sexo fenotípico, guardar ciertos protocolos genéricos, y el amor de pareja se traduce al cumplimiento de reglas; en el caso de algunas mujeres a quienes se les prescribe llegar al matrimonio siendo vírgenes, o en el caso de los hombres se incentiva el sexo fortuito para la adquisición

de saberes, pues se determina que ellos deben tener ese control, en otros casos, la pareja se significa como la compañía incondicional hasta la muerte o la conveniencia social-financiera mediante la procuración de hijos.

Instruir sobre el amor y las emociones es una parte fundamental para el desarrollo de las identidades sexuales, puesto que la necesidad de aceptación y adicción a un grupo social pueden ser los detonantes para las relaciones tóxicas, la codependencia y las adicciones. Al respecto, los subtemas en educación para la salud a procurar son numerosos, entre ellos, los celos, el cortejo, el erotismo, las convenciones sociales sobre los roles genéricos, las finanzas en pareja, las presiones sociales sobre la tenencia de hijos y el matrimonio, entre otros.

Borrón y cuenta nueva

Un tema sensible para los participantes de los estudios fue la espiritualidad, en los casos presentados se relataron puntos de quiebre entre las ideas y creencias sobre Dios, la vida y la familia. Casi todas las religiones rechazan lo no heterosexual, por tanto, los individuos deben abandonar dicha ideología, ser heterodoxos o renunciar a su sexualidad, siendo las historias sobre la renuncia de la sexualidad terribles al incluir las terapias de conversión. En otros casos, la renuncia es hacia la familia nuclear o las amistades; por ello, en los reportes se señala la necesidad de encontrar nuevas redes sociales.

La espiritualidad es un tema extraño, casi ajeno para la educación para la salud, en parte, debido a la perspectiva epistémica con la que se ejercen las ciencias de la salud; no obstante, un paso subsecuente debe ser incluir este tópico como necesario para abonar al bienestar general de las poblaciones. La religión cae en el terreno de las creencias, lo subjetivo, pero continúa siendo un elemento importante que no puede negarse a trabajar e incluir en las medidas sanitarias con una perspectiva neutra.

Conclusiones

Los estudios incluidos en la revisión presentaron ideas, conceptos y principios del desarrollo de la identidad sexual aplicables para la educación para la salud. En síntesis se identificó: (1) la ambigüedad de la aplicación

del término identidad sexual, cuyo uso coloquial es reduccionista; (2) que la crisis, experimentación y afirmación son fases básicas del desarrollo de las identidades sexuales y aplicables a cualquier población; (3) la naturaleza del proceso de identificación sexual es flexible en cuanto su ocurrencia (linealidad versus circularidad); (4) la positividad de la identificación sexual es la conclusión del proceso en términos de consolidación de un estilo de vida; (5) la caracterización de las identidades como definiciones llenas de matices son producto del conceso social y temporales; (6) las principales oportunidades de la educación para la salud en materia de las identidades sexuales son el manejo de las emociones, la invisibilidad de las necesidades de los cisgénero, y el rol de la espiritualidad en el desarrollo de dicho fenómeno.

La educación para la salud es un proceso participativo de la población para la adquisición de saberes, actitudes y hábitos para el autocuidado de la salud, que tiene un papel imprescindible en la difusión de las identidades sexuales; y, aunque una limitación de los estudios incluidos en el capítulo fue la tendencia de estudios con población seleccionada por su orientación sexual, dejando de lado otras categorías, estos esclarecen similitudes en el proceso de la identificación sexual que pueden ser aplicables a diversas poblaciones; por ejemplo, asumir que la confusión o sentirse diferente es un aspecto necesario para la búsqueda del autoconocimiento o que la discordia y el confrontamiento ideológico generacional es un rasgo de independencia y crecimiento social, entre otros.

Finalmente, los estudios sobre el desarrollo de las identidades sexuales revelan la ambigüedad que representa este tema para las sociedades, a veces se considera que es un tema político más que de salud pública, tanto que se desdibuja la importancia de su relación con las enfermedades psicosomáticas, los trastornos mentales y el estilo de vida. Sin embargo, es clara la necesidad de proporcionar pautas al personal de salud para orientar sobre las identidades sexuales como un proceso introspectivo, personal, pero también común y apoyado en las relaciones humanas, y que requiere legitimar las categorías sexuales, al tiempo de proponer como meta final y signos de salud, la divulgación y la adopción de un estilo de vida congruente con la identidad sexual, lo que deja entrever que este proceso humano conlleva años de esfuerzo para la mayoría.

Referencias

- Alderson, K. (2003). The ecological model of gay male identity. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(2), 75-85.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575.
- Barrientos, E., Gutiérrez, K., Ramírez, P., Vega, A., & Zaffirri, I. (2016). Identidad sexual en jóvenes gay del norte de Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 23.
- Cass, C. (1979). Homosexuality identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4(3), 219-235.
- Chapman, B., & Brannock, J. (1987). Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination. *Journal of Homosexuality*, 14(3-4), 69-80.
- Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of homosexuality*, 7(2-3), 31-43.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. Secretaría de Gobernación.
- Covarrubias, A. (2019). *Experiencia del desarrollo de la identidad sexual de hombres y mujeres con distinta orientación sexual que residen en el Área Metropolitana de Guadalajara, Jalisco* [Disertación inédita de doctorado]. Universidad de Guadalajara.
- De Souza-Minayo, M. C. (1995). Etapa de análisis o tratamiento del material. (Trad. J. F. Barraza-Martínez). En *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud* (pp. 165-207). Huicitec/Abrasco.
- Erikson, H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton & Company.
- Frankel, L. (2005). An appeal for additional research about the development of heterosexual male sexual identity. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(4), 1-16.
- Jenkins, R. (2014). *Social identity*. Routledge.
- Kastner, A., Tricco, A., Soobiah, C., Lillie, E., Perrier, L., & Straus, A. (2012). What is the most appropriate knowledge synthesis method to conduct a review? Protocol for a scoping review. *BMC Medical Research Methodology*, 12(114), 2-10.

- Kumar, A., Pandya, S., & Das Nair, R. (2013). Same-sex sexual identity development in an Indian context. *Psychology of Sexualities Review*, 4(1), 41-52.
- McCarn, S., & Fassinger, R. (1996). Revisioning sexual minority identity formation: A new model of lesbian identity and its implications for counseling and research. *The Counseling Psychologist*, 24(3), 508-534.
- Milton, H., & MacDonald, G. (1984). Homosexual identity formation as a developmental process. *Journal of Homosexuality*, 9(2-3), 91-104.
- Muñoz, P. (2018). *Los famosos 112 géneros*. <https://pablomunoziturrieta.com/2018/11/13/los-famosos-112-generos/>
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción*. <https://bit.ly/3amyRBY>
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15(1), 1-12.
- Pradeu, T. (2012). The many faces of biological individuality. *Biology & Philosophy*, 31, 761- 773.
- Ramírez, M., & Contreras, S. (2016). Narrativas de identidad afectivo-sexual LGTB en contextos escolares: el aparecer frente al Otro. *Estudios Pedagógicos*, 42(1), 235-254.
- Shapiro, D. N., Ríos, D., & Stewart, A. J. (2010). Conceptualizing lesbian sexual identity development: Narrative accounts of socializing structures and individual decisions and actions. *Feminism & Psychology*, 20(4), 491-510.
- Sophie, J. (1986). A critical examination of stage theories of lesbian identity development. *Journal of Homosexuality*, 12(2), 39-5.
- Stevenson, D. (27 de mayo de 2001). *Freud's psychosexual stages of development* [Mensaje en un blog]. <https://bit.ly/3oKO4Fq>
- Tajfel, H., & Turner, J. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. *Social Science Information*, 13(2), 65-93.
- Troiden, R. (1988). Homosexual identity development. *Journal of Adolescent Health Care*, 9(2), 105-113.
- Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos superiores*. Crítica Barcelona.
- Yarhouse, M., Tan, E., & Pawlowski, L. (2005). Sexual identity development and synthesis among LGB-identified and LGB dis-identified persons. *Journal of Psychology and Theology*, 33(1), 3.

V.

Revisión sistemática del estrés laboral en el docente universitario

María Luisa Ávalos Latorre, Marcela Janette Colunga González
y Carlos Alfredo Damián García

El estrés laboral es una de las actuales y más grandes epidemias del contexto laboral en América Latina (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016), donde México se posiciona dentro de los primeros lugares con los porcentajes más altos por este padecimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], como se citó en Rodríguez, 2019). Esto representa un grave problema a nivel económico, ya que se estiman pérdidas anuales de hasta el 4% del Producto Interno Bruto en todo el mundo (OMS, 2008).

El estrés laboral es un tipo de estrés en el que existe presión en el entorno laboral, provoca saturación física o mental en el trabajador y le genera consecuencias tanto a la salud como a su entorno más próximo, debido al desequilibrio personal y laboral que se produce (Ayuso, 2006). Este se define como la reacción que puede tener el individuo frente a las exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, pocas oportunidades para tomar decisiones o ejercer control poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación; es una experiencia subjetiva del trabajador, producida por la percepción de que existen demandas excesivas, difíciles de controlar y que le acarrearán consecuencias negativas (Gutiérrez & Vilorio, 2014).

[El estrés laboral] tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades [...] para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa. (OIT, 2016, p.2)

Un trabajador con presencia de estrés laboral suele enfermarse con mayor frecuencia, debido a que experimenta diversidad de reacciones emocionales (frustración, miedo, irritabilidad), cognitivas (confusión, dispersión cognitiva, olvidos), comportamentales (llanto, consumo de sustancias, manías) y fisiológicas (fatiga, palpitaciones, dolor muscular). Todo esto provoca consecuencias importantes por el creciente aumento de los problemas de salud, pérdida de días de trabajo, bajas laborales, absentismo y abandono (Rodríguez & de Rivas, 2011).

La actividad docente conlleva una enorme responsabilidad, paciencia, comprensión y alta dedicación; se dice que, idealmente, el docente debe poseer humildad, confianza en sí mismo acerca de lo que sabe, ejercer la profesión con calidad, así como reconocer sus limitaciones personales y sus áreas de oportunidad (Gracia, 2007). Dependiendo del nivel educativo, las exigencias del profesor serán específicas.

El docente universitario se encarga de transmitir el conocimiento y realizar investigaciones tanto en el campo laboral como en el educativo, su puesto le exige estar en constante actualización y participar en ponencias, seminarios y mesas de trabajo, en donde puede dar a conocer su punto de vista y sus conocimientos, además, debe dominar el conocimiento de la disciplina y las herramientas relacionadas con el currículo, innovar en la práctica docente, favorecer un clima de motivación al aprendizaje de calidad, saber trabajar en colaboración, poseer habilidades comunicativas, estar comprometido con la ética de la profesión, generar conocimientos y ser sensible ante las necesidades o expectativas de los alumnos y la sociedad (Barrientos, 2013; Pérez et al., 2014).

Diversos son los estudios que han centrado su atención en la presencia del estrés laboral en el ambiente escolar, específicamente en su incidencia dentro de la docencia; esta se considera como una de las profesiones con mayor riesgo a desarrollar y presentar altos niveles de estrés laboral, debido a las propias demandas de compromisos y habilidades que conlleva su actividad, tanto dentro como fuera de la institución, las condiciones de trabajo o la falta de descanso y recreación, factores que afectan no solo en lo laboral sino también en las relaciones interpersonales y en su salud (Rodríguez et al., 2017).

En países como España, el 90% de los docentes consideraron tener un alto nivel de estrés en su profesión (Arcos, 2017); en México, la presencia de estrés laboral ha mostrado una tendencia creciente entre los docentes de cualquier nivel (Villarruel et al., 2018), se ha encontrado que el 89% de los docentes de Educación Media Superior en el Estado de México presentaron niveles altos de estrés laboral (Amador et al., 2014), y que el 82.6% de los docentes universitarios de Guadalajara obtuvieron niveles altos de estrés laboral, indicando que las condiciones de trabajo son uno de los factores con mayor relevancia (Rodríguez et al., 2014).

A partir de lo anterior, surge el interés de este trabajo, cuyo objetivo es explorar los estudios realizados en materia del estrés en población docente universitaria. El presente trabajo se centró en el sector del área educativa, donde se ha observado que el estudio del estrés laboral ha sido objeto de análisis por diversos investigadores y de donde han surgido interesantes resultados debido a la metodología utilizada a lo largo del periodo 2017-2020 en diversos países del mundo.

Método

Se utilizó un análisis de artículos publicados de manera electrónica con perspectiva cuantitativa, el diseño de este estudio fue de tipo cualitativo, retrospectivo y longitudinal. Para analizar la información recabada se realizó una codificación de los estudios a partir de la consideración de tres variables moderadoras: objetivo de la investigación, metodología empleada y principales resultados. A continuación, describimos cada una de ellas:

- *Objetivo de la investigación:* aquellas investigaciones en los que se abordó el estrés laboral de docentes universitarios desde cualquier perspectiva metodológica.
- *Metodología empleada:* los estudios debían explicar cuidadosamente los métodos y técnicas utilizados para abordar su objeto de estudio.
- *Principales resultados:* los hallazgos más relevantes en torno a la metodología empleada que explicarían el objeto de estudio.

Criterios de elegibilidad

La unidad de análisis considerada fueron los estudios empíricos publicados acerca del estrés laboral en docentes universitarios desde el año 2017

hasta el 2020. Los criterios que tenían que cumplir los estudios para que pudieran ser incluidos en el análisis bibliográfico fueron los siguientes:

1. Estar publicados entre el año 2017 y el año 2020, en español o inglés, y fueran de acceso abierto. Se descartaron aquellos que no se encontraran indexados en una revista de divulgación científica.
2. Los participantes debían ser docentes o trabajadores universitarios que involucraran a sus docentes, en escuelas públicas o privadas, no importando la categoría ni tipo de contrato.
3. Estudios de investigación original, de tipo cuantitativo, que abordaran el estrés laboral y sus resultados se enfocaran en el estrés laboral de la población estudiada, aun cuando existieran otras variables dentro de los estudios. Se descartaron aquellos que abordaban Síndrome de *Burnout*.
4. Los criterios que debían cumplir los artículos en cuanto a la metodología y diseño utilizado fueron que describieran la metodología e instrumentos empleados; se descartaron estudios de revisión sistemática, metaanálisis, trabajos de pregrado o grado, protocolos de estudio y de comunicación a congresos o reuniones científicas y ensayos. No se tomó como criterio de inclusión el tamaño y tipo de selección de muestra.

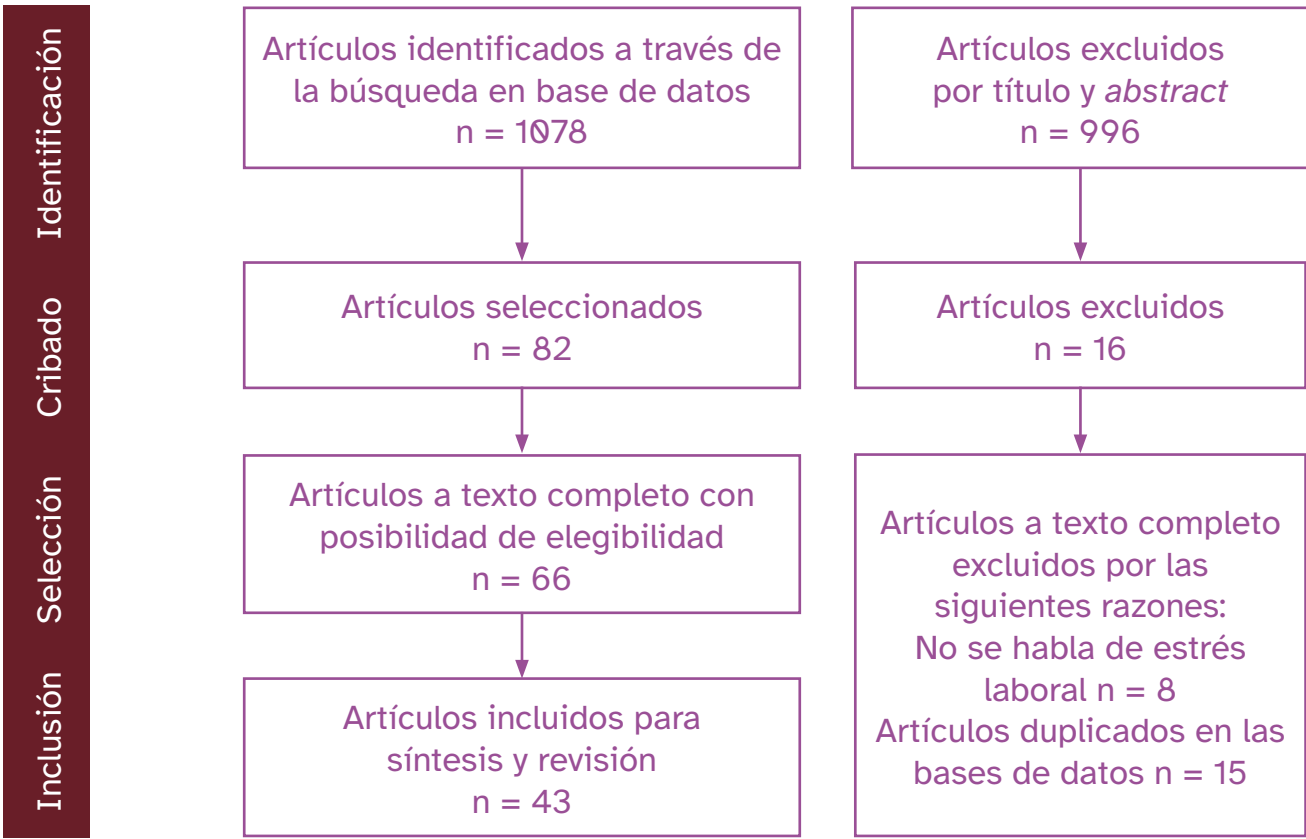
Estrategia de búsqueda

La búsqueda y recopilación de los artículos se llevó a cabo en diferentes bases de datos: Redalyc, Google Académico, Web of Science, PubMed y SciELO. Esta búsqueda se realizó mediante el uso de los términos booleanos “y”, “o”, “and”, “or”; empleando términos en español tales como “estrés laboral” o “estrés ocupacional” y “docentes universitarios”, “profesores universitarios” o “maestros universitarios”, así como los términos en inglés “job stress”, “occupational stress”, “work-related stress” o “work stress” y “university teachers” o “university professors”. Se revisaron los títulos, palabras clave, resumen e introducción para seleccionar las publicaciones más representativas para el tema, que fuera original y de años más recientes.

Resultados

Se identificaron 1078 artículos en las cinco bases de datos con la búsqueda de las palabras clave en ambos idiomas, al realizar los filtros necesarios se encontraron y seleccionaron 43 artículos que cumplieron en su totalidad con los criterios de elegibilidad y que incluían las variables moderadoras. En la Figura 1, se muestra el resultado y el proceso de búsqueda. En la Tabla 1, se presenta la manera en que los artículos se distribuyen según el año, el idioma y la región en que fueron publicados. En el periodo determinado de la publicación de los artículos (2017-2020) se puede apreciar que entre el 2018 y 2019 se encontró una mayor concentración de estudios. En cuanto al idioma, poco más del 50% de los estudios fueron en español; referente a la región y país de publicación se encontró que la mayoría de los estudios se realizaron en Latinoamérica, identificando cuatro estudios realizados en México.

Figura 1
Diagrama de flujo del proceso de búsqueda



Nota. Se muestran las cuatro etapas consideradas para la selección de los artículos.

Tabla 1
Distribución de la frecuencia de artículos según variables

Variable	Categoría	N	%
Año	2017	6	14
	2018	13	30
	2019	13	30
	2020	11	26
Idioma	Español	23	53.5
	Inglés	20	46.5
Región y país	Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela	21	48.8
	China, Pakistán, India	13	27.9
	Alemania, España, Italia, Finlandia	6	14
	México	4	9.3

En la Tabla 2, se presentan los artículos encontrados en cada una de las bases de datos que conformaron la selección final de esta revisión. La base de datos de la que mayores estudios fueron seleccionados es *Google Scholar* con más del 50% en ambos idiomas (español e inglés), seguido de *Web of Science* con 16.3% y en la que predominaron los artículos en inglés, *SciELO* con 11.6% y artículos solamente en español, *PubMed* con 9.3% de los estudios seleccionados y solamente en inglés, finalmente *Redalyc* con 7% y artículos solamente en español.

Tabla 2
Distribución de la frecuencia de artículos obtenidos a través de las diferentes bases de datos

Base de datos	Idioma español	Idioma inglés	N	%
Google Scholar	14	10	10	55.8
PubMed	0	4	4	9.3
Redalyc	3	0	0	7
SciELO	5	0	0	11.6
Web of Science	1	6	6	16.3
Total	23	20	43	100

Como puede apreciarse, los estudios seleccionados que conforman esta revisión se han realizado en diversos países, cada uno de ellos ha tenido diferentes objetivos, utilizado metodologías diversas y obtenido los resultados conforme a estos anteriores, sin embargo, comparten una misma variable, que es el estrés laboral, y una misma población, el personal docente universitario. A continuación, se muestran los 43 estudios seleccionados con las variables moderadoras (Tabla 3).

Tabla 3
Principales características de los estudios incluidos en la revisión

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Carpio et al., 2017, Ecuador.	Analizar el nivel de estrés que presentan los docentes, trabajadores y personal administrativo de una universidad privada en Ecuador.	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestra de 197 personas. Se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.	Se encontró nivel medio de estrés de 37%, nivel alto de 20% y nivel crítico de 9%. Se presentó una mayor prevalencia en mujeres.
Jiang et al., 2017, China.	Analizar la relación entre estrés laboral, estrategias de afrontamiento positivas y negativas y burnout con la salud mental de docentes universitarios de China.	Estudio cuantitativo. Muestra de 1092 docentes. Se utilizó la Escala de Estrés Laboral para Profesores Universitarios, la Escala de Burnout en el Trabajo, la Escala de Estrategias de Afrontamiento y la Escala de Autocalificación de Síntomas.	Se encontró efecto positivo y predictivo de las estrategias de afrontamiento negativo con la salud mental, así como del burnout. El estrés laboral tuvo un mayor efecto en ella por encima de estas variables.
Mérida et al., 2017, España.	Analizar los roles estresantes, la capacidad de regulación emocional e indicadores de salud mental en una muestra de docentes españoles.	Estudio cuantitativo y transversal. Muestra de 336 docentes. Se utilizó la Escala de Rol Estresante, la Subescala de Manejo de Emociones de la Escala de Inteligencia Emocional y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.	La ambigüedad de roles y el conflicto de roles se relacionaron positivamente con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés; la capacidad de relación emocional se relacionó negativamente con la depresión, ansiedad y estrés.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Millán et al., 2017, Venezuela.	Identificar el efecto de la dependencia universitaria sobre la percepción de las fuentes de estrés laboral, la valoración de las condiciones de trabajo y el bienestar psicológico en una muestra de docentes universitarios en Venezuela.	Estudio cuantitativo, no experimental, explicativo. Muestra de 903 docentes universitarios. Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico, el Cuestionario de Condiciones de Trabajo y el Inventario de Percepción de Estresores en Docentes Universitarios y datos socio-demográficos.	El bienestar psicológico laboral se vio afectado por fuentes de estrés asociadas al quehacer diario y a la relación directa con los estudiantes. Predominó el nivel de estrés laboral intermedio. Las principales fuentes de estrés: impacto político, estatus socioeconómico y actualización profesional.
Palacios y Montes de Oca, 2017, México.	Analizar las condiciones de trabajo y su relación con la prevalencia del estrés en académicos universitarios mexicanos.	Estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. Muestra de 248 docentes. Se utilizó una encuesta en línea con datos sociodemográficos y con preguntas del modelo de tensión laboral o demanda/control de Karasek.	Más del 50% de los docentes reportaron altas exigencias o demandas. Casi una cuarta parte presentó estrés medio-alto. El grupo de 40-49 años, viudos y solteros y quienes practicaban una religión presentaron mayores niveles de estrés.
Vergara et al., 2017, Ecuador.	Determinar la presencia de estrés o de síndrome de burnout en docentes de varias áreas académicas de la Universidad Estatal Milagro (UNEMI).	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 100 docentes. Se utilizó el Índice de Reactividad del Estrés.	El 27% de los docentes obtuvo nivel medio y el 13% nivel alto de estrés. De manera individual entre cada área se encontraron niveles altos de estrés laboral en más de la mitad de los participantes.
Afzal et al., 2018, Pakistán.	Comparar los niveles de estrés en docentes de universidades públicas y privadas.	Estudio cuantitativo y comparativo. Muestra de 307 docentes de universidades públicas y privadas. Se utilizó el instrumento de estilo de vida de control del estrés.	La mayoría de los docentes experimentaron un nivel alto de estrés. Los docentes de escuela privada experimentaron niveles de estrés altos, en las públicas los docentes experimentaron niveles moderados de estrés en sus lugares de trabajo.
Cladellas et al., 2018, España.	Analizar los efectos de la satisfacción, la salud y el estrés laboral en profesores universitarios españoles, según su situación contractual.	Estudio cuantitativo, cuasiexperimental. Muestra de 145 docentes. Se utilizó el cuestionario ISTAS21 (adaptación al español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague).	En la dimensión “síntomas de estrés” se observaron puntuaciones significativamente superiores en el colectivo de profesores no permanentes frente a los profesores permanentes.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Kang y Liu, 2018, China.	Analizar las condiciones recurrentes y las relaciones entre las características laborales percibidas y el compromiso organizacional de Profesores universitarios de Educación Física (EF).	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 395 profesores universitarios de EF. Se utilizó la Escala de características laborales de profesores universitarios de EF basada en la Encuesta de Diagnóstico de Trabajo.	Se encontraron efectos positivos de las características laborales con el compromiso organizacional, los profesores con mayor nivel de estrés laboral presentaron mayor compromiso organizacional. Las características del trabajo mostraron efectos significativamente positivos en el estrés laboral.
Lan et al., 2018, China.	Analizar la relación entre el estrés laboral de los docentes universitarios jóvenes, el rendimiento laboral y la autoeficacia.	Estudio cuantitativo y transversal. Muestra de 272 docentes jóvenes (25 a 40 años). Se utilizó una escala para medir el estrés ocupacional, una para la autoeficacia, una para el rendimiento ocupacional y datos sociodemográficos.	Se encontró una correlación positiva entre el estrés laboral y el rendimiento laboral. La autoeficacia de los docentes universitarios jóvenes jugó un rol moderado entre el estrés laboral y el rendimiento laboral.
Li y Kou, 2018, China.	Analizar los niveles de estrés y los factores asociados en docentes universitarios.	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 603 participantes. Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos, un auto-reporte del estado de salud psicológica, evaluación del estrés (basado en Escala Kessler K10), factores relacionados a la enseñanza y vida diaria y laboral.	Los docentes experimentaron niveles altos de estrés; el título académico, la titularidad docente, la materia impartida, las horas diarias de trabajo, entre otros se asociaron con los niveles de estrés.
Mohta y Sharma, 2018, India.	Comparar el nivel de estrés ocupacional en docentes universitarios de acuerdo con el género e institución de trabajo.	Estudio cuantitativo y transversal. Muestra de 70 docentes universitarios. Se utilizó el Índice de Estrés Ocupacional.	Observaron un nivel bajo de estrés ocupacional. En los hombres se encontraron niveles de estrés más altos que en las mujeres, no se encontró una diferencia significativa en cuanto al estrés ocupacional y sexo.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Molina y García, 2018, Ecuador.	Analizar la relación entre el estrés laboral y el área afectiva de los docentes universitarios.	Estudio cuantitativo, comparativo, descriptivo y transversal. Muestra de 32 docentes. Se utilizó el Cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT-OMS y el Cuestionario para averiguar el grado de afectividad.	Observaron bajos niveles de estrés y de dificultades afectivas. Se observó relación entre los niveles de estrés y la afectividad, por lo que los docentes poseen una buena salud mental.
Puertas et al., 2018, España.	Establecer y verificar un modelo explicativo de estrés y síndrome de burnout relacionado con el bienestar físico y mental.	Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal. Muestra de 1316 docentes de España. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido, el Inventario de burnout de Maslach, la Escala de Rasgo del Estado de Ánimo y la Escala de Inmediación no verbal.	El modelo de ecuación estructural reveló una relación causal entre el estrés, las dimensiones del síndrome de burnout, la inteligencia emocional y la comunicación no verbal.
Quraishu et al., 2018, Pakistán.	Identificar el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los docentes en universidades pakistaníes.	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestra de 119 docentes de universidades públicas y privadas. Se utilizó el instrumento Estresores Laborales Percibidos, el Inventario de afrontamiento y se recolectaron datos demográficos.	Tanto en universidades públicas como privadas los docentes experimentaron un considerable número de estresores, debido a la presencia de factores negativos y la ausencia de factores positivos. Algunas estrategias de afrontamiento fueron la reinterpretación positiva y el recurrir a la religión.
Restrepo et al., 2018, Colombia.	Analizar la relación entre la prevalencia del desgaste psíquico en el trabajo, los niveles de estrés y las características organizacionales de los docentes universitarios.	Estudio cuantitativo, transversal y comparativo. Muestra de 284 docentes de cátedra y vinculados. Se utilizó una encuesta diseñada a partir del Inventario de Burnout de Maslach y la batería de instrumentos para evaluar el estrés en el trabajo del ministerio de protección social en Colombia.	En cuanto a los niveles de burnout y estrés, en los docentes vinculados hubo mayor proporción con riesgo alto en comparación a los de cátedra. Observaron relación estadísticamente significativa entre los puntajes del cansancio emocional y los síntomas de alto nivel de estrés.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Rodríguez et al., 2018a, Ecuador.	Determinar el impacto del estrés en la salud mental de los docentes de la Universidad Técnica de Manabí.	Estudio cuali-cuantitativo, transversal. Muestra de 150 docentes. Se utilizó el Test de Hamilton que corresponde al área del estrés, el cual considera la percepción del estrés, los síntomas de trastornos del estado de ánimo y la variable relacionada con las reacciones psicósomáticas.	Las afectaciones por estrés evidentes en mayor grado fueron las reacciones psicósomáticas, los síntomas asociados con el trastorno del ánimo, ello consecuencia de la carga de trabajo, responsabilidades asumidas y exigencias propias de la docencia.
Rodríguez et al., 2018b, México.	Analizar el estado emocional, los estresores laborales y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en profesores universitarios.	Estudio cuantitativo, no experimental y transversal. Muestra de 211 profesores. Se utilizó una ficha de datos sociodemográficos, la escala para la evaluación del Trabajo Emocional de Profesores de Educación Superior, la escala para valorar los Estresores Laborales y la Escala Kessler 10.	Se encontró relación tanto de una condición estresante como de una emocionalmente exigente con el incremento en la intensidad de síntomas de ansiedad y depresión.
Acosta et al., 2019a, Colombia.	Analizar la relación entre niveles de estrés ocupacional y el desempeño laboral en una universidad del Departamento del Cesar.	Estudio cuantitativo, correlacional y transversal. Muestra de 47 docentes. Se utilizó una encuesta sociodemográfica, el Cuestionario para la evaluación del estrés y los resultados de evaluaciones de desempeño docente de la Universidad.	El 45% presentó niveles de estrés alto a muy alto. El bienestar laboral de buena parte de los docentes se vio alterado por respuestas de estrés fisiológicas, cognitivas, afectivas, sociales y emocionales, aunque no observaron asociación estadísticamente significativa.
de Moraes et al., 2019, Brasil.	Analizar la relación entre el nivel de estrés ocupacional y el uso de psicotrópicos por docentes del área de la salud.	Estudio cuantitativo, transversal y analítico. Muestra de 48 docentes. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y profesional, la Escala de Estrés Laboral y un cuestionario sobre el uso de psicotrópicos.	Se detectó un alto nivel de estrés en el 39.6% de los docentes. Se asociaron de manera significativa el estrés laboral con el uso actual de psicotrópicos, la percepción de la mejora en la calidad de vida después de la terapia con medicamentos y la realización de actividades de riesgo en el ambiente laboral.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Acosta et al., 2019b, Colombia.	Analizar la relación entre afectaciones en la salud mental y la violencia y el acoso psicológico en el trabajo.	Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y analítico. Muestra de 68 docentes de enfermería y medicina. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Estrés Laboral de la OIT-OMS, el Inventario de Burnout de Maslach, el Cuestionario de Salud General Goldberg y el Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo.	El nivel de estrés prevaleció bajo con 91.2%, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Destacaron los niveles moderado y severo de burnout. Respecto a presencia de violencia predominó nivel alto en el 42.6 %. Se observó significancia estadística para intensidad de violencia con presencia/ ausencia de estrés y presencia de acoso con presencia/ ausencia de estrés.
Akhtar y Björkqvist, 2019, Finlandia.	Analizar la relación entre el bullying y los síntomas de estrés laboral en docentes de universidades públicas en Pakistán y Finlandia.	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 610 docentes. Se utilizó la subescala DIAS-Adult, la Escala de Síntomas de Estrés Laboral y dos instrumentos diseñados específicamente en el estudio para medir relaciones con compañeros y relaciones familiares.	Observaron que el bullying en el trabajo tuvo efecto significativo en los síntomas de estrés laboral, el cual fue mediado por las relaciones familiares y no por las de compañeros de trabajo. No se encontraron efectos moderadores en cuanto al sexo o país.
Alvites, 2019, Perú.	Analizar la relación entre el estrés y los factores psicosociales en docentes de Norteamérica y Europa.	Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional. Muestra de 329 docentes. Se utilizó la Escala Latinoamérica, de Estrés Docente ED-6 y el Cuestionario de Factores Psicosociales en el Trabajo Académico.	Observaron correlación significativa entre el estrés laboral y los factores psicosociales. Prevalecieron los niveles de estrés por ansiedad, por depresión y por creencias desadaptativas.
Barbosa et al., 2019, Brasil.	Analizar la relación entre los elementos de enseñanza y el nivel de estrés de los profesores.	Estudio cuantitativo, transversal, observacional y analítico. Muestra de 222 docentes. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido y un cuestionario de datos sociodemográficos.	Llevarse trabajo a casa sobre todo los fines de semana fue un factor asociado a la presencia de estrés. Reportaron probables enfermedades como resultado de esta. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés en cuanto al sexo, aunque tener hijos lo incrementa.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Barreto et al., 2019, Venezuela.	Determinar el estado de salud psíquica de los docentes adscritos a las escuelas de Medicina, Bioanálisis y Enfermería de una institución pública, las causas y los niveles de estrés y su influencia sobre las concentraciones de IgAs salival.	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestra de 71 docentes. Se utilizó el Test de Salud Total, la Escala de Fuentes de Estrés en Profesores Universitarios y un formato de consentimiento informado para la toma de muestra de secreción salival por babeo pasivo.	El 50% se encontró en situación de riesgo de su salud mental. Presentaron niveles altos de estrés en casi un tercio, las principales causas fueron el salario bajo, la falta de recursos o materiales y sentirse presionados por los requerimientos excesivos de su labor. En cuanto al IgAs predominó un nivel normal para poco más de la mitad de los docentes. Observaron asociación significativa entre el riesgo psicológico y los niveles de estrés. No se observó relación significativa entre los niveles de IgAs con el estrés y el riesgo psicológico.
Gómez et al., 2019, Colombia.	Identificar la existencia de condiciones psicosociales de riesgo para la salud de los académicos de diferentes universidades de Bogotá, y si estas se asocian con problemas de salud como síntomas somáticos, ansiedad, depresión y disfunción social.	Estudio cuantitativo, predictivo, transversal y comparativo. Muestra de 302 docentes. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, el Cuestionario para Factores de Riesgo Psicosocial Job Content Questionnaire, el Cuestionario Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa, la Escala de Factores psicosociales propios del contexto académico y el Cuestionario General de Salud.	La inseguridad laboral, las excesivas exigencias laborales y la alta carga de trabajo fueron los principales factores psicosociales laborales que generaron estrés en los docentes universitarios. Quienes más percibieron demandas y carga de trabajo son los que más mayores malestares como ansiedad, síntomas psicosomáticos y desajuste social. Las demandas, esfuerzos y exigencias laborales fueron percibidos como más altos por parte de los profesores más jóvenes.
Lemos et al., 2019, Colombia.	Analizar la relación entre los factores psicosociales y el estrés laboral en profesores de una universidad privada colombiana.	Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. Muestra de 61 docentes. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ 9), el Cuestionario de Ansiedad Generalizada (GAD 7), la Escala de Estrés Percibido (PSS 14) y el Cuestionario de Factores Psicosociales en el Trabajo.	El estrés laboral se asoció de manera positiva con las tareas realizadas, las tareas excesivas, tener que trabajar en casa e interferencia de la vida laboral con la vida familiar y viceversa. Una quinta parte de los docentes presentaron niveles de estrés laboral significativos y se encontró una asociación entre el estrés laboral con sintomatología depresiva y de ansiedad.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Londoño, 2019. Colombia.	Analizar las características del estrés laboral según datos sociodemográficos en el personal de la Corporación Universitaria Lasallista.	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestra de 102 participantes. Se utilizó el Inventario de Estrés Laboral JSS.	La dimensión presión del trabajo fue la que puntuó más alto en comparación con los demás factores, ello debido a la sobrecarga de roles. Asimismo, los factores organizacionales también puntuaron alto, la falta de apoyo social fue un factor que predominó en los resultados.
Rana y Soodan, 2019, India.	Investigar el efecto del estrés personal y laboral en la satisfacción y el estado de salud en profesores universitarios de India.	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 412 docentes. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, el Inventario de Burnout de Maslach, el Cuestionario de Salud General, la Escala de Carga Crónica y el Indicador de Estrés Ocupacional.	La satisfacción con el trabajo se asoció con los estresores ocupacionales, lo cual afectó la salud de los docentes. Tanto el estrés laboral como el personal contribuyen a la aparición de burnout.
Riquelme et al., 2019, Chile.	Determinar la relación entre las condiciones de trabajo y estrés laboral en madres académicas universitarias.	Estudio cuantitativo, transversal y analítico. Muestra de 61 docentes universitarias. Se utilizó un cuestionario de características sociodemográficas, la Escala de Condiciones de Trabajo y el Cuestionario de Estrés Laboral de la OIT-OMS.	La mayoría de las docentes percibió óptimas condiciones de trabajo. El 85.2% de la muestra presentó un nivel bajo de estrés. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la edad y la antigüedad laboral con la falta de cohesión. Se observó una relación estadísticamente significativa, entre los niveles de estrés y las condiciones laborales.
Tacca y Tacca, 2019, Perú.	Analizar la relación entre los factores de riesgo psicosocial y el estrés laboral en docentes universitarios peruanos.	Estudio cuantitativo, correlacional no experimental y transversal. Muestra de 117 docentes universitarios de la ciudad de Lima, Perú. Se utilizó el SUSESO-ISTAS 21 (adaptación al español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague) y la Escala de Estrés Percibido.	Observaron correlaciones positivas y medianas entre el estrés percibido y las exigencias psicológicas, compensaciones y doble presencia. Las correlaciones entre factores de riesgo psicosocial y el estrés se observaron en su mayoría en docentes de universidades privadas, así como en docentes contratados.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Basurto et al., 2020, Ecuador.	Determinar las reacciones psicosomáticas producto del estrés que afectan la salud mental de los docentes de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales de la Universidad Técnica de Manabí.	Estudio cuantitativo y descriptivo. Muestra de 53 docentes. Se utilizó el Test de estrés de Hamilton y el test de estrés laboral.	Los docentes universitarios presentaron niveles de estrés leves. Las reacciones psicosomáticas encontradas fueron irritabilidad e intranquilidad, trastornos pseudoneurológicos con síntomas como dolor de cabeza, cuello y espalda, dificultad para permanecer sentados y sudor en las manos, además de trastornos del sueño y problemas cardiopulmonares aunado a síntomas gastrointestinales.
Campos et al., 2020, Brasil.	Verificar la asociación entre la percepción de la presión para publicar trabajos académicos con la satisfacción laboral y el estrés.	Estudio cuantitativo, transversal, no probabilístico. Muestra de 64 participantes. Se utilizó un cuestionario sociolaboral adaptado del Protocolo Estudio del Trabajo Docente, la versión portuguesa de la Escala de Estrés Ocupacional e Indicador de Satisfacción Laboral y el Cuestionario Equilibrio Esfuerzo-Recompensa.	El 85% de los docentes se encontraron en desequilibrio, sugiriendo estrés laboral. Aquellos docentes que previamente trabajaron en Instituciones de Educación Superior reportaron estrés ocupacional (65.1%) y fueron más susceptibles de sentir la presión. Entre los docentes universitarios la actividad de investigación fue un desencadenante de estrés laboral.
Fang et al., 2020, China.	Examinar la relación entre estrés laboral, la confianza general y los niveles de oxitocina como moderador en profesores universitarios de China.	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 362 docentes. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, la versión china de la Escala de Estrés Laboral de House y Rizzo, la Escala de confianza general y recolección de muestras de sangre.	Altos niveles de estrés laboral se asociaron a una baja confianza general, la presión laboral produjo un efecto negativo en la confianza general. El efecto de la interacción entre el estrés laboral y la oxitocina en la confianza general fue significativo.
Gómez y Rodríguez, 2020, Paraguay.	Determinar el estrés percibido durante el periodo de cuarentena por la pandemia de COVID-19 en docentes de la carrera de Enfermería, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional de Asunción, Filial Coronel Oviedo.	Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Muestra de 37 docentes catedráticos y técnicos. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido CEP.	La tensión y el agotamiento emocional fueron considerables en la mayoría de los participantes, así como la sobrecarga de tareas y demanda extrema, el temor y preocupación referente al futuro y presión por cumplir con los plazos de tiempo y responsabilidades. La mayoría de los docentes experimentaron niveles considerables de estrés.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Jerg et al., 2020, Alemania.	Evaluar el conflicto trabajo-familia con el estrés ocupacional psicosocial y la salud en el ambiente universitario.	Estudio cuantitativo, correlacional, exploratorio y transversal. Muestra de 844 empleados universitarios. Se utilizaron las escalas de Conflicto Trabajo-Familia y de Familia-Trabajo, el Cuestionario Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa, la Escala de Exceso de Compromiso y la versión corta del Inventario de Burnout de Maslach.	El 83% de los participantes presentaron niveles de estrés por encima del promedio. Poco más de una cuarta parte presentaron exceso de compromiso, lo cual representa un riesgo para la salud. Los parámetros de salud mental y somática se asociaron significativamente con el conflicto trabajo-familia y familia-trabajo.
Liu y Yan, 2020, China.	Explorar la ansiedad, el estrés y su relación con variables demográficas en profesores universitarios en servicio de China.	Estudio cuantitativo y transversal. Muestra de 256 docentes de diferentes universidades en China. Se utilizó un cuestionario demográfico, la Escala de Ansiedad en Docentes, el Inventario de Estrés en Docentes y una pregunta abierta.	Un tercio de los participantes señalaron sentirse preocupados acerca de la enseñanza en el aula. Se observaron altos niveles de estrés debido a la carga de trabajo, las necesidades profesionales o de reconocimiento, dificultades de tiempo y recursos y las relaciones con colegas. La ansiedad se relacionó significativamente con las variables demográficas.
Mena et al., 2020, México.	Evaluar el estrés laboral asistencial en docentes de la UNAN Managua, FAREM Carazo, en el segundo semestre del año 2019.	Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo. Muestra de 73 docentes. Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach.	El 97% de los docentes no presentó estrés laboral asistencial. No se encontró relación significativa entre el estrés laboral asistencial y el sexo, aunque fue más evidente la presencia de este padecimiento en sujetos de mayor edad.
Oblitas et al., 2020, Perú.	Evaluar el impacto de un programa de mindfulness en el distrés emocional percibido, estrés percibido y estrés laboral en trabajadores universitarios diagnosticados con estrés.	Estudio cuantitativo y pre-experimental (pretest y postest). Muestra de 28 trabajadores universitarios. Se utilizó el Biofeedback Xpert, el Inventario de Distrés Emocional Percibido, la Escala de Estrés Percibido y la Escala de Estrés Laboral.	Se observó distrés emocional percibido alto, aunque el programa de mindfulness logró aumentar la identificación de los signos de este. Se redujo el estrés percibido después de la intervención. La disminución del estrés laboral se atribuyó a la intervención, así como a factores culturales, sociales y laborales.

Autor, año, país	Objetivo	Diseño, muestra	Resultados
Rehman, 2020, India.	Estudiar la relación entre el estrés laboral y la inteligencia emocional, así como de factores demográficos.	Estudio cuantitativo y transversal. Muestra de 237 docentes de universidades e institutos de educación superior en India. Se utilizó el Índice de Estrés Ocupacional y el Inventario de Competencia Emocional, así como recolección de datos demográficos.	Observaron correlación negativa entre la inteligencia emocional y el estrés laboral. Los niveles de estrés en las mujeres fueron más altos a comparación de los hombres. La edad y la experiencia laboral tuvieron un impacto significativo en los niveles de estrés ocupacional.
Ruggieri et al., 2020, Italia.	Analizar la relación entre la personalidad, el estrés laboral y las condiciones psicosociales de riesgo.	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 301 docentes universitarios. Se utilizó el cuestionario OPRA (Organizational and Psychological Risk Assessment), el Índice de Riesgo, el Inventario de Fuentes de Riesgo, la Escala de Salud Mental y Física y el Cuestionario Gran Cinco (Big Five Questionnaire).	Observaron correlación positiva entre algunas variables del Inventario de Fuentes de Riesgo y el Cuestionario Gran Cinco. La personalidad es resultado de la interacción entre el individuo y el ambiente.
Wang et al., 2020, China.	Examinar la relación entre estrés laboral, burnout, satisfacción laboral y el compromiso organizacional en docentes universitarios de China.	Estudio cuantitativo, transversal. Muestra de 1096 docentes universitarios. Se utilizó la Escala de Estrés Ocupacional en Profesores, la Escala de Burnout en Profesores Universitarios, la versión revisada de China de la Escala de Satisfacción Laboral y el Cuestionario de Compromiso Organizacional.	El estrés laboral predijo positivamente el compromiso organizacional. El burnout fue un mediador entre el estrés laboral y el compromiso organizacional. La satisfacción laboral medió al estrés laboral y el compromiso organizacional. Observaron un efecto positivo del estrés laboral según el tipo de plaza docente.

La Tabla 3 muestra los diversos estudios seleccionados para esta revisión, puede apreciarse dentro del objetivo que, en la mayoría de ellos, se intenta analizar la relación que tiene el estrés laboral con otras variables como la salud mental, los factores psicosociales, la satisfacción laboral y las condiciones relacionadas al trabajo. La metodología utilizada mayoritariamente es de tipo cuantitativa con diseño transversal y descriptivo o correlacional; asimismo, en aproximadamente el 70% de los estudios, los resultados arrojan la presencia de estrés laboral en diversos niveles, debido a la relación con otras variables en el contexto de la docencia universitaria.

Discusión y conclusiones

Esta revisión se enfocó en artículos publicados entre 2017 y 2020, en los que se presentan investigaciones sobre estrés laboral en docentes y el contexto universitario; se constata que el abordaje de la problemática del estrés laboral es diverso y que representa un problema de actualidad en la sociedad para los investigadores de la salud mental; a su vez y como consecuencia de sus hallazgos se reafirma la urgencia de ofrecer soluciones centradas en la creación de espacios de trabajo más saludables que promuevan el bienestar de los trabajadores.

Aunque el estudio del estrés en el entorno laboral no es un tema nuevo, a partir de la presente revisión sistemática observamos que durante el 2018 y el 2019 se publicaron más estudios al respecto en idioma español y provenientes de contextos latinoamericanos. Específicamente en México, se identificaron cuatro estudios que cumplieron con los criterios para entrar en esta revisión. *Google Scholar* fue la base de datos de acceso abierto con mayor detección de estos estudios (Mena et al., 2020; Palacios & Montes de Oca, 2017; Rodríguez et al., 2018b; Rodríguez et al., 2018c). También se observó una amplia diversidad de escalas, inventarios y cuestionarios empleadas por los investigadores, aunque la Escala de Estrés Percibido (EEP) de Remor (2001) y el Inventario Burnout Maslach (Maslach & Jackson, 1981) siguen siendo los más utilizados para evaluar algún tipo de estrés, sus factores y los estresores laborales. Pese a la diferencia de instrumentos empleados, hay considerables coincidencias en que los docentes universitarios experimentan estrés, el cual puede ir de un nivel moderado (Barreto et al., 2019; Carpio et al., 2017; Jerg et al., 2020; Millan et al., 2017; Palacios & Montes de Oca, 2017; Vergara et al., 2017) hasta niveles altos (Acosta et al., 2019; Afzal et al., 2018; Barbosa et al., 2019; Cladellas et al., 2018; de Morales et al., 2019; Kang & Liu, 2018; Li & Kou, 2018; Quraishu et al., 2018).

La mayoría de las investigaciones demostró que los académicos universitarios son uno de los grupos más afectados por el estrés laboral, debido a las características del entorno laboral tales como la sobrecarga de trabajo (Barbosa et al., 2019; Gómez et al., 2019; Gómez & Rodríguez, 2020; Lemos et al., 2019; Li & Kou, 2018; Liu & Yan, 2020; Londoño, 2019; Millán

et al., 2017; Rodríguez et al., 2018b), el tipo de contratación laboral (Cladelas et al., 2018; Restrepo et al., 2018; Riquelme et al., 2019), las exigencias y responsabilidades laborales (Fang et al., 2020; Quraishu et al., 2018; Rodríguez et al., 2018a) y las características de la organización (Acosta et al., 2019; Afzal et al., 2018; Barreto et al., 2019; Campos et al., 2020; Kang & Liu, 2018; Tacca & Tacca, 2019).

También factores individuales juegan un papel importante en la presencia de estrés como es el caso de las habilidades de afrontamiento (Jiang et al., 2017; Quraishu et al., 2018; Rodríguez et al., 2018b), la percepción de autoeficacia (Fang et al., 2020; Gómez & Rodríguez, 2020; Lan et al., 2018), el bienestar psicológico o satisfacción laboral (Acosta et al., 2019; de Morales et al., 2019; Millán et al., 2017; Oblitas et al., 2020; Rana & Soodan, 2019; Wang et al., 2020), así como otros rasgos y condiciones emocionales como ansiedad y depresión (Alvites, 2019; Lemos et al., 2019; Mérida et al., 2017; Molina & García, 2018; Puertas et al., 2018; Rehman, 2020; Restrepo et al., 2018; Rodríguez et al., 2018c; Ruggieri et al., 2020).

Finalmente, se identifican factores sociales también asociados al estrés, por ejemplo, el sexo siendo mayor en mujeres en la mayoría de los estudios que lo indagaron (Mohta & Sharma, 2018), nivel económico (Millán et al., 2017), estado civil (Barbosa et al., 2019; Palacios & Montes de Oca, 2017), practicar alguna religión (Quraishu et al., 2018), las relaciones interpersonales (Acosta et al., 2019; Alvites, 2019; Rodríguez et al., 2018b; Ruggieri et al., 2020), la familia (Akhtar & Björkqvist, 2019; Barbosa et al., 2019; Jerg et al., 2020; Lemos et al., 2019), la edad (Mena et al., 2020; Rehman, 2020).

Lo anterior confirma al estrés como un fenómeno complejo en donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que se manifiestan no solo en el entorno laboral sino también en el resto de los contextos del trabajador docente. Tal como se aprecia en los estudios de los últimos años, el estrés laboral afecta considerablemente la calidad de vida de los docentes y tiene repercusiones graves en su salud tanto a nivel físico como a nivel psicológico (Lazarus & Folkman, 1986).

Aunado a lo anterior, podemos identificar un solo estudio en donde se propone un programa de intervención para contrarrestar el estrés

(Oblitas et al., 2020), por lo que resulta importante y prioritario diseñar e implementar programas de intervención psicológica científicos para que los docentes, por un lado, adquieran estrategias de autocontrol en el uso eficiente de hábitos de estudio (Fox, 1962; Olivares & Méndez, 2014), así como técnicas de programación conductual acompañadas de técnicas de relajación y respiración (Olivares & Méndez, 2014), a la vez que se trabaja en programas de salud en el trabajo dentro de las Instituciones de Educación Superior (IES) para mejorar las condiciones laborales de los docentes universitarios a través de la identificación y la eliminación de los factores de riesgo psicosociales que favorecen la aparición y mantenimiento de estrés.

Tal como el diagnóstico del estrés laboral, la intervención implica un abordaje multidisciplinario ya que, además de entender la condición psicológica, se requiere desarrollar un ambiente laboral adecuado, con condiciones de trabajo justas, en donde los docentes desarrollen una actividad con dignidad y siempre asegurando sus buenas condiciones de salud y seguridad.

Por último, consideramos necesario seguir investigando y realizando aportes al estudio en esta área; la mayoría de los estudios presentados se han realizado fuera del contexto académico mexicano, por lo que además se considera de relevancia aportar datos actuales acerca del estrés laboral en los docentes universitarios de nuestro país.

Referencias

- Acosta, A., Jiménez, L., Guillermo, E., & Redondo, M. (2019a). Estrés ocupacional y evaluación de desempeño en docentes universitarios del departamento del Cesar. *Revista Encuentros*, 17(1), 24-33. <https://doi.org/10.15665/encuent.v17i01.1595>
- Acosta, M., Parra, L., Burbano, C., Aguilera, M., & Pozos, B. (2019b). Estrés laboral, burnout, salud mental y su relación con violencia psicológica en docentes universitarios. *Salud Uninorte*, 35(3), 328-342.
- Afzal, S., Din, M., & Qureshi, I. (2018). Comparing the Stress Level of Teachers at Public and Private Universities in Pakistan. *Journal of Educational Research, Dept. of Education, IUB, Pakistan*, 21(01), 106-121.

- Akhtar, N., & Björkqvist, K. (2019). Workplace Bullying and Occupational Stress Among University Teachers: Mediating and Moderating Factors. *Europe's Journal of Psychology*, 15(2), 240-259. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1611>
- Alvites, C. (2019). Estrés docente y factores psicosociales en docentes de Latinoamérica, Norteamérica y Europa. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 141-178. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.393>
- Amador, R., Rodríguez, C., Serrano, J., Olvera, J., & Martínez, S. (2014). Estrés y burnout en docentes de educación media superior. *Medicina, Salud y Sociedad*, 4(2), 119-141. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/32405>
- Arcos, A. (2017). *El 90% de docentes cree que hay excesivo estrés en la profesión*. <https://www.magisnet.com/2017/03/el-90-de-docentes-cree-que-hay-excesivo-estr-en-la-profesin/>
- Ayuso, J. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(3), 1-14. <https://rieoei.org/historico/deloslectores/1341Ayuso.pdf>
- Barbosa, M., Tavares, S., & Rodrigues, E. (2019). Factors associated with perceived stress among professors at a federal public university. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(1), 90-98. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190280>
- Barreto, J., Giménez, L., Godoy, B., Valencia, G., & Abou, S. (2019). Estrés laboral y su influencia sobre los niveles de IgA secretora en docentes de una universidad pública venezolana. *Comunidad y Salud*, 17(1), 21-31. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv17n1/art03.pdf>
- Barrientos, E. (2013). Las características de los docentes universitarios. *Investigación educativa*, 17(2), 105-120. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/8211>
- Basurto, A., Rodríguez, L., Giniebra, R., & Llor, M. (2020). Reacciones psicósomáticas producidas por el estrés y la salud mental de los docentes universitarios. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 5(03), 16-25. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Rehuso/article/view/1684>
- Campos, T., Cristina, E., & de Castro C. (2020). Academic productivism: when job demand exceeds working time. *Revista Saude Publica*, 54(117), 1-11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002288>

- Carpio, I., Bravo, G., Campos, N., Padilla, A., Banegas, T., & Méndez, L. (2017). Estrés laboral en docentes, administrativos y trabajadores universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(03), 145-164. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/61780>
- Cladellas, R., Castelló, A., & Parrado, E. (2018). Satisfacción, salud y estrés laboral del profesorado universitario según su situación contractual. *Revista de Salud Pública*, 20(1), 53-59. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.53569>
- de Moraes, I., de Sousa, C., Luiz, L., Pereira, O., Cristina, K., Rocha, M., Dantas, D., & Marques, R. (2019). Association between occupational stress and use of psychotropic drugs by health faculty. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32, 1-9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9007>
- Fang, Y., Li, Z., Wu, S., Wang, C., Dong, Y., & He, S. (2020). Oxytocin receptor gene polymorphisms moderate the relationship between job stress and general trust in Chinese Han university teachers. *Journal of Affective Disorders*, 260, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.080>
- Fox, L. (1962). Effecting the use of efficient study habits. *Journal of Mathematics*, 1(1), 75-86.
- Gómez, N., & Rodríguez, P. (2020). Estrés en docentes en el contexto de la pandemia de COVID-19 y la educación, FENOB UNA - filial Coronel Oviedo. *Divulgación Académica UNA FENOB, junio*, 216-234.
- Gómez, V., Perilla, L., & Hermosa, A. (2019). Riesgos para la salud de profesores universitarios derivados de factores psicosociales laborales. *Universitas Psychologica*, 18(3), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-3.rspu>
- Gracia, D. (2007). La vocación docente. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, 40, 807-816. <https://www.rcumariacristina.com/wp-content/uploads/2010/12/IVDIEGO-GRACIA.pdf>
- Gutiérrez, A., & Vilorio, C. (2014). Riesgos Psicosociales y Estrés en el ambiente laboral. *Salud Uninorte*, 30(1), 5-7. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81730850001.pdf>
- Jerg, L., Limbrecht, K., Walter, S., Spohrs, J., & Beschoner, P. (2020). Correlations of the “Work–Family Conflict” With Occupational Stress—A Cross-Sectional Study Among University Employees. *Frontiers in Psychiatry*, 11(134) 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00134>

- Jiang, X., Du, J., & Dong, R. (2017). Coping Style, Job Burnout and Mental Health of University Teachers of the Millennial Generation. *EURASIA Journal of Mathematics Science and Technology Education*, 13(7), 3379-3392. <https://doi.org/10.12973/eurasia.2017.00734a>
- Kang, X., & Liu, L. (2018). Discussion of the relationship between perceived job characteristics and organizational commitment of university PE teachers- from the aspect of job stress. *Journal of Interdisciplinary Mathematics*, 21(2), 317-327. DOI: 10.1080/09720502.2017.1420562
- Lan, Y., Qu, X., Liu, H., & Qin, Y. (2018). Research on the Relationship between Young University Teachers' Occupational Stress and Performance. *Advances in Economics, Business and Management Research*, 60, 82-91. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lemos, M., Calle, G., Roldán, T., Valencia, M., Orejuela, J., & Román, J. (2019). Factores psicosociales asociados al estrés en profesores universitarios colombianos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 1-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67958346007>
- Li, W., & Kou, C. (2018). Prevalence and correlates of psychological stress among teachers at a national key comprehensive university. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 24(1-2), 7-16. <https://doi.org/10.1080/10773525.2018.1500803>
- Liu, M., & Yan, Y. (2020). Anxiety and Stress in In-Service Chinese University Teachers of Arts. *International Journey of Higher Education*, 9(1), 237-248. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v9n1p237>
- Londoño, L. (2019). Análisis de las características del estrés laboral, según datos sociodemográficos, en el personal de la Corporación Universitaria Lasallista de Caldas Antioquia en el año 2016. *Fides Et Ratio*, 17, 39-59.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mena, B., Cruz, D., & Guevara, A. (2020). Síndrome de estrés laboral asistencial en docentes de la UNAN-Managua, FAREM-Carazo, en el segundo semestre 2019. *Revista Torreón Universitario*, 9(25), 29-42. <https://www.lamjol.info/index.php/torreon/article/view/9852>

- Mérida, S., Extremera, N., & Rey, L. (2017). Emotion-regulation ability, role stress and teachers' mental health. *Occupational Medicine*, 67, 540–545. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx125>
- Millán, A., Calvanese, N., & D'Aubeterre, M. (2017). Condiciones de trabajo, estrés laboral, dependencia universitaria y bienestar psicológico en docentes universitarios. *Revista de Docencia Universitaria*, 15(1), 195-218. <https://polipapers.upv.es/index.php/REDU/article/view/6009>
- Mohta, S., & Sharma, R. (2018). Occupational Stress among Teachers Working in Private University. *The International Journal of Indian Psychology*, 6(2), 5-11.
- Molina, K., & García, C. (2018). Relación entre el estrés laboral y el área afectiva en los docentes de la Universidad Técnica de Manabí. *Espirales revista multidisciplinaria de investigación*. 1-18.
- Oblitas, L., Anicama, J., Bayona, L., Bazán, C., Ferrel, F., & Nuñez, N. (2020). Impacto del mindfulness en el estrés en trabajadores de una universidad de Lima sur. *Salud Uninorte*, 35(2), 238-249.
- Olivares, J., & Méndez, F. (2014). Técnicas de autocontrol. En J. Olivares, & F. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 371-408). Editorial Biblioteca Nueva.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Centro Internacional de Formación de la OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional*. Organización Mundial de la Salud.
- Palacios, M., & Montes de Oca, V. (2017). Condiciones de Trabajo y Estrés en Académicos Universitarios. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 49-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100049>
- Pérez, I., Ruiz, C., & Sanz, S. (2014). El profesor universitario y su función docente. *Espacio I+D Innovación más Desarrollo*, 3(5), 97-113. <https://doi.org/10.31644/IMASD.5.2014.a05>
- Puertas, P., Zurita, F., Chacón, R., Martínez, A., Castro, M., & González, G. (2018). An Explanatory Model of Emotional Intelligence and Its Association with Stress, Burnout Syndrome, and Non-Verbal Communication in the University Teachers. *Journal of Clinical Medicine*, 7(524), 1-12. <https://www.mdpi.com/2077-0383/7/12/524>

- Quraishu, U., Azis, F., & Siddiquah, A. (2018). Stress and Coping Strategies of University Teachers in Pakistan. *Pakistan Journal of Education*, 35(2), 193-206. <https://doi.org/10.30971/pje.v35i2.550>
- Rana, A., & Soodan, V. (2019). Effect of Occupational and Personal Stress on Job Satisfaction, Burnout, and Health: A Cross-Sectional Analysis of College Teachers in Punjab, India. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 23(3), 133-140. <https://www.ijoem.com/text.asp?2019/23/3/133/273031>
- Rehman, A. (2020). Innovations in education management: impact of emotional intelligence and demographic variables on occupational stress among university teachers. *Marketing and Management of Innovations*, 3, 170-180. <https://doi.org/10.21272/mmi.2020.3-12>
- Remor, E. (2001). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Restrepo, F., Loaiza, E., & Gómez, O. (2018). Prevalencia del desgaste psíquico y su relación con la organización del trabajo en profesores universitarios. *Revista Sinergia*, 4, 143-159.
- Riquelme, A., Soto, M., Torres, M., & Luengo, C. (2019). Condiciones de trabajo y estrés laboral en madres académicas universitarias. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(3), 26-34.
- Rodríguez, J., Guevara, A., & Viramontes, E. (2017). Síndrome de burnout en docentes. *IE Revista de Investigación Educativa de la Riedich*, 8(14), 45-67. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ierediech/v8n14/2448-8550-ierediech-8-14-45.pdf>
- Rodríguez, L., Bermello, I., Pinagorte, E., & Durán, U. (2018a). El estrés y su impacto en la salud mental de los docentes universitarios. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, marzo, 1-21.
- Rodríguez, M., Orozco, M., Aguilar, M., Baez, M., Herrera, M., & Méndez, A. (2018b). Factores psicosociales y estrategias de afrontamiento asociados al estrés en profesores universitarios. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 27(4), 189-202.
- Rodríguez, M., Preciado, M., Aguilar, M., Aranda, C., León, S., & Franco, S. (2014). Causas y situaciones que inciden en el estrés laboral de profesores del CUCS-U de G. *Salud Jalisco*, 1(2), 94-100. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj2014/sj142f.pdf>

- Rodríguez, M., Tovalín, J., Gil, P., Salvador, J., & Acle, G. (2018c). Trabajo emocional y estresores laborales como predictores de ansiedad y depresión en profesores universitarios mexicanos. *Informacio psicológica*, 115, 93-107. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.115.11>
- Rodríguez, N. (2019). *México, primer lugar en estrés laboral*. <https://www.Udgvirtual.Udg.Mx/noticia/mexico-primer-lugar-en-estres-laboral>
- Rodríguez, R., & de Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(supl.1), 72-88. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465546X2011000500006
- Ruggieri, R., Iervolino, A., Mossi, P., Santoro, E., & Boccia, G. (2020). Instability of Personality Traits of Teachers in Risk Conditions due to Work-Related Stress. *Behavioral Sciences*, 10(91), 1-13. <https://doi.org/10.3390/bs10050091>
- Tacca, D., & Tacca, A. (2019). Factores de riesgos psicosociales y estrés percibido en docentes universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 323-353. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.304>
- Vergara, K., Carabajo, I., & Leal, I. (2017). El nivel de estrés en los docentes de la UNEMI. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 3(2), 405-425. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5889723.pdf>
- Villarruel, M., Chávez, R., Hernández, I., Naranjo, F., Salazar, J., Roque, E., & Robert, R. (2018). Estrés y desgaste profesional en maestros de educación superior tecnológica en Veracruz, México. *REXE Revista de Estudios y Experiencias en educación*, 17(34), 1-17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243156773007>
- Wang, P., Chu, P., Wang, J., Pan, R., Sun, Y., Yan, M., Jiao, L., Zhan, X., & Zhang, D. (2020). Association Between Job Stress and Organizational Commitment in Three Types of Chinese University Teachers: Mediating Effects of Job Burnout and Job Satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.576768>

VI.

Gestión de riesgos en plantas de tratamiento de aguas residuales: estado actual del conocimiento

María Luisa Ávalos Latorre y Ana Laura Karen Ramírez Ramírez

Los servicios de agua y saneamiento son redes vitales para el funcionamiento de las ciudades y para el cuidado de la salud en la población. En el caso de México, de acuerdo con sus normas, es de vital importancia tratar el agua residual para optimizar el uso y, a la vez, mantener un equilibrio adecuado hacia los ecosistemas; si bien, sabemos que contamos con grandes recursos naturales de agua, también resulta importante garantizar su trato una vez que ha sido utilizada (Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, 2013).

Este sistema de alcantarillado es un proceso complejo que conlleva distintas actividades humanas para su óptimo funcionamiento (Gombau, 2014). Para el mantenimiento de este sistema recolector, existen personas encargadas de cuidar y supervisar el sistema de alcantarillado en las calles, mientras que otras personas se ubican en las denominadas plantas de tratamiento para la limpieza del agua. “Una planta de tratamiento es una instalación donde a las aguas residuales se les retiran los contaminantes, para hacer de ella un agua sin riesgos a la salud y/o medio ambiente” (Silva, 2018, p.2), o para su reúso en otras actividades de la vida cotidiana. Las aguas residuales poseen características específicas (Comisión Estatal del Agua de Jalisco, 2013), contiene sólidos constituidos por materia orgánica tales como arena, arcillas, materia coloidal, etc. Suele tener olor debido a los gases liberados durante el proceso de descomposición de la materia orgánica. Su temperatura suele ser más elevada que la de agua del suministro. Tiene características químicas debido a la materia orgánica, la cual determinará los compuestos y su estructura.

Las personas que llevan a cabo estos procesos son denominados operadores. Una planta de aguas residuales presenta riesgos de trabajo, principalmente biológicos, como resultado de la naturaleza del agua a tratar, ya que transportan bacterias, virus, hongos y parásitos; esto resulta ser de riesgo para el trabajador por ser infecto-contagiosos, presentándose comúnmente en vías respiratorias, orales y cutáneo-mucosas; se sabe que en el proceso de pretratamiento y en el proceso de tratamiento primario es donde se tiene mayor riesgo de poderlas adquirir (Centro de Investigación en la Industria de la Construcción, 2004). Por ello, la gestión de riesgos en estas empresas constituye una disciplina, que tiene como objeto el estudio de los acontecimientos laborales para el análisis de los factores de riesgo y las causas que producen los accidentes y enfermedades de trabajo (Pérez, 2013). La seguridad en el trabajo se basa en detectar y corregir los riesgos de accidente en el trabajo, en general, se apoyan en los factores causantes de accidentes para suprimir el riesgo y proteger al empleado (Pérez, 2013).

Existen medidas preventivas que se deben realizar para eliminar las deficiencias y los riesgos evitables, para controlar los que no se han podido evitar. Al identificar los riesgos y la eficiencia —sean de seguridad, higiene, ergonomía o psicología— y al valorar la magnitud de la gravedad, se procede a aportar las medidas preventivas, con las que se tienen que eliminar o controlar los riesgos. La adopción de estas medidas conlleva gasto, responsabilidad en una persona y un plazo específico (Dirección General de Relaciones Laborales, 2006).

De acuerdo con Alzate et al. (2010), la gestión de riesgos es:

la secuencia de pasos bien definidos, que ayuda en la toma de decisiones para enfrentar la generación o el impacto de un riesgo en una compañía. Es una forma eficiente de identificar oportunidades y evitar pérdidas [...] Todas las organizaciones, independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser, están expuestas a diferentes riesgos que pueden poner en problemas su existencia; por lo tanto, el objetivo de la gestión del riesgo es lograr que el proceso y sus controles garanticen que los riesgos están minimizados y que los objetivos de la organización van a ser alcanzados. (pp.22-23)

Resulta relevante evidenciar los estudios más recientes llevados a cabo en torno a la gestión de riesgos en plantas de tratamiento de aguas residuales, haciendo énfasis en las teorías y metodologías implementadas; el objetivo de esta revisión fue identificar el estado actual del conocimiento acerca de la gestión de riesgos en plantas de tratamiento de aguas residuales.

Metodología

En el presente trabajo empleamos un análisis de acervos publicados de manera electrónica, por lo que el diseño fue de tipo cualitativo, retrospectivo y longitudinal.

Criterios de elegibilidad

La unidad de análisis considerada fueron los estudios empíricos publicados acerca de la gestión de riesgos en los trabajadores que laboran en plantas de tratamiento de aguas residuales, desde el 2010 hasta el 2019. Los criterios que tenían que cumplir los estudios para que pudieran ser incluidos en el análisis bibliográfico fueron los siguientes:

1. Estar publicados entre los años del 2010 al 2019.
2. Los tipos de participantes debían ser personas que laboran en plantas de tratamiento de aguas residuales.
3. Estudios que abordaran los riesgos de trabajo y la gestión de estos en trabajadores de plantas de tratamiento de aguas residuales.
4. Los criterios que debían cumplir los artículos en cuanto a la metodología y diseño utilizado fueron que consideraran una fase de evaluación de los riesgos de trabajo, hicieran explícito el modelo implementado y, deseablemente, que propusieran una metodología de gestión de riesgos. No se tomó como criterio de inclusión el tamaño y tipo de selección de muestra, así como el tipo de riesgo considerado y el análisis de datos implementado.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de artículos de divulgación científica en diversas bases de datos tales como: *EBSCO-HOST*, *REDALyC*, *Dianet*, *Scielo*, *ERIC*, *SCOPUS*, entre otras. También fueron revisados los

repositorios de distintas revistas relacionadas con la salud en el trabajo, seguridad e higiene, ingeniería y agroindustria. Dicha búsqueda se realizó con un criterio de nueve años a la fecha, priorizando los cinco años más recientes. Empleando los términos seguridad, higiene, tratamiento de aguas, aguas residuales, riesgos biológicos, así como palabras sinónimas a estas tanto en español como en inglés.

Consideraciones éticas

La presente investigación se ajusta a la Ley General de Salud (2018), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), la *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación* (Secretaría de Salud, 2016) y las *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2017). También se tomaron en cuenta los principios éticos del código Helsinki (Asociación Médica Mundial [AMM], 2000), en materia de investigación para la salud; se clasifica este estudio sin ningún riesgo. Se tomó como consideración ética, la citación en cada uno de los documentos retomados para la elaboración de este trabajo y la copia fiel de la información de los autores.

Método de análisis

Para analizar la información recabada se realizó una codificación de los estudios a partir de la consideración de tres variables moderadoras: objetivo de las investigaciones, modelo de gestión de riesgos y riesgos evaluados. A continuación, describimos cada una de ellas:

- *Objetivo de las investigaciones*: aquellas investigaciones en los que la gestión de riesgos se analizará a través de métodos de evaluación en plantas de tratamiento de aguas residuales.
- *Modelo de gestión de riesgos*: “secuencia de pasos bien definidos, que ayuda en la toma de decisiones para enfrentar la generación o el impacto de un riesgo en una compañía” (Alzate et al., 2010, pp.22-23), implica la identificación de riesgos y su seguimiento, ello establece la relación entre el nivel de riesgo y el desempeño operativo del proceso.

- *Riesgos de trabajo:* son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo (NOMS-019).

Resultados

Al llevar a cabo la búsqueda de acervos, encontramos predominantemente manuales referentes a las normas internacionales y por países para el tratamiento de sus aguas; descartando estos, detectamos 28 documentos de divulgación científica que abordaban como objeto de estudio los tratamientos de aguas residuales; de estos, solo cuatro cumplieron con los criterios antes referidos. En la Tabla 1, se describen los autores, año, país y el objetivo de dichas investigaciones.

Tabla 1
Datos generales de los estudios localizados

Autor(es)	Año	País	Objetivo
Núñez et al.	2014	Argentina	Evaluar el riesgo sanitario de aguas grises crudas, sometidas a procesos de sedimentación y filtración a través de septos de arena.
Giraldo	2015	Colombia	Demostrar el impacto del uso de instrumentos y metodologías para la gestión de riesgos en el suministro de agua.
Falakh y Setiani	2018	Indonesia	Identificar peligros potenciales mediante la identificación de peligros y métodos de evaluación de riesgos.
Rodríguez	s.f.	México	Identificar y evaluar riesgos potenciales en una planta de tratamiento de aguas residuales.

En la Tabla 2, se muestran los riesgos evaluados en cada estudio y el método de gestión de riesgos implementado. Podemos apreciar que la atención se centra en los riesgos biológicos y químicos que tienen los operadores que trabajan en plantas de tratamiento al entrar en contacto con las aguas residuales. Respecto a los modelos de gestión empleados para evaluar el estado de dichos riesgos, aunque todos son diferentes, existen coincidencias en el proceso de identificar los puntos críticos de control, a

través un sistema de monitoreo y control, ser de tipo cuantitativo; aunque algunos implementan modelos ya propuestos, otros proponen nuevos modelos o, incluso, simulaciones.

Tabla 2
Riesgos evaluados y modelos de gestión en los estudios identificados

Autor(es)	Año	Riesgos evaluados	Modelo de gestión de riesgos
Núñez et al.	2014	Microbiológico	Análisis cuantitativo de Montecarlo para riesgos de infección
Giraldo	2015	Biológico y químico	Metodología de Índices de Capacidad de Proceso (Cpi)
Falakh y Setiani	2018	Químico y físico	Método HIRA (Identificación de riesgos y evaluación de riesgos)
Rodríguez	s.f.	Riesgo químico	Método por tablas de verificación de MOSLER

Por último, en la Tabla 3, se observa que el implemento de modelos individuales o combinados para la gestión de riesgo, visibilizan la importancia de su implementación para la evaluación y análisis de los riesgos que los trabajadores tienen en las plantas de tratamiento.

Tabla 3
Principales resultados reportados en las investigaciones encontradas

Autor(es)	Año	Principales resultados
Núñez et al.	2014	Establece criterios de riesgo sanitario. El mayor riesgo de infección de los trabajadores por una sola exposición resultó ser por E. coli, asociado a la falta de buenos hábitos como el lavado frecuente de manos.
Giraldo	2015	Integra dos metodologías, al combinarlas evidencia debilidad en los índices de eficiencia para detectar diferentes anomalías en una planta para determinar la turbiedad, ya que esta se asocia con la presencia de microorganismos que causan enfermedades gastrointestinales.
Falakh y Setiani	2018	Proponen una matriz de riesgos que impactó positivamente en los procedimientos de inspección, sobre todo en lo referente a las fugas de gas cloro.
Rodríguez	s.f.	Identifica a través de tablas de riesgo, peligros químicos por fuga de gas cloro, asociados al mal mantenimiento de los contenedores.

Discusión y conclusiones

Los estudios afirman que un adecuado método de gestión de riesgos permite resaltar la importancia de adoptar objetivos orientados a la salud, evaluar las etapas de la cadena de suministro de agua, monitorear los procesos operacionales, evaluar y priorizar el riesgo y establecer controles y sistemas de verificación. Las investigaciones detectadas enfatizan los riesgos biológicos y químicos de las aguas residuales; los primeros, debido a la condición en que el agua llega a las plantas de tratamiento y entran en contacto con los operadores; el segundo, por el inadecuado mantenimiento de las instalaciones.

Pese a la exhaustiva búsqueda de acervos, son pocos los estudios a la fecha llevados desde este modelo de gestión de riesgos, es decir, desde una perspectiva que considere los riesgos presentes en el entorno laboral y los procesos o mecanismos para eliminarlos o, en su defecto, minimizarlos; cabe señalar que solo identificamos uno en México (Rodríguez, s.f.).

Consideramos relevante realizar más investigaciones referentes a los modelos de la gestión de riesgos en las plantas de tratamiento de aguas residuales, ya que en su mayoría los acervos que se encontraron enfatizan la detección de los riesgos que presenta la empresa, más no el manejo de los modelos para detectar estos; en este sentido, solo la investigación realizada por Falakh y Setiani (2018) presentó una propuesta concreta a través de su método HIRA.

El agua interviene en todos los ámbitos de la vida social y económica de las sociedades; por ello, es de vital importancia tratar el agua residual para optimizar el uso y, a la vez, mantener un equilibrio adecuado hacia los ecosistemas. Son indispensables los adecuados procesos de saneamiento llevados a cabo en las plantas residuales, que dependen en buena medida de personal capacitado, el cual debe contar con el conocimiento y uso adecuado de los procesos de operacionalización, entre las que se encuentran las medidas de seguridad e higiene que garantizarán el buen estado físico del trabajador y la operación segura de la planta.

Referencias

- Alzate, M., Angulo, S., Segura, A., & Trujillo, A. (2010). Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia. *Revista CES Medicina*, 24(1), 19-35. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/974/736>.
- Asociación Médica Mundial. (2000). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. AMM.
- Centro de Investigación en la Industria de la Construcción. (2004). *Peligros biológicos en plantas de tratamiento de aguas negras y desechos*. Centro de Investigación en la Industria de la Construcción. <https://www.elcosh.org/document/2202/d000283/Peligros+biol%25C3%25B3gicos+en+plantas+de+tratamiento+de+aguas+negras+y+desechos.html>.
- Comisión Estatal del Agua de Jalisco. (2013). *Operación y mantenimiento de plantas de tratamiento de aguas residuales con el proceso de lodos activados (Tomo I)*. Comisión Estatal del Agua de Jalisco.
- Dirección General de Relaciones Laborales. (2006). *Manual para la identificación y evaluación de riesgos laborales*. Dirección General de Relaciones Laborales. <https://www.misgsst.com/public/documento/XqDXhAlS3W.pdf>
- Falakh, F., & Setiani, O. (2018). Hazard Identification and Risk Assessment in Water Treatment Plant considering Environmental Health and Safety Practice. *E3S Web of Conferences*, 31, 1-5. https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/pdf/2018/06/e3sconf_icenis2018_06011.pdf
- Giraldo, S. (2015). *Identificación de riesgos y puntos críticos de control en plantas de potabilización de agua* [Tesis de Magister]. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55724>
- Gombau, S. (2014). *Evaluación de riesgos laborales y planificación preventiva en una estación de depuración de aguas residuales*. Universidad Jaume. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/139585/TFM_2013_gombauS.%20%20pdf?sequence=1
- Ley General de Salud. (2018). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 16-05-2022. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

- Núñez, L., Molinari, C., Paz, M., Tornello, C., Mantovano, J., & Moretton, J. (2014). Análisis de riesgo sanitario en aguas grises de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Internacional de Contaminación Ambiental*, 30(4), 341-350. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rica/v30n4/v30n4a3.pdf>
- Pérez, U. (2013). *Seguridad e higiene laboral aplicada a las empresas constructoras de la cabecera departamental de Quetzaltenango* [Tesis de licenciatura]. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/01/01/Perez-Ursula.pdf>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud. (2014). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 02-04-2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Rodríguez, M. (s.f.). *Análisis de riesgos en planta de tratamiento de aguas residuales* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.ptolomeo.unam.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/132.248.52.100/1426/%20Tesis.pdf?sequence=1>
- Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales. (2013). *Ley de Aguas Nacionales y su Reglamento*. Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- Secretaría de Salud. (2016). *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de ética en Investigación*. Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf
- Silva, C. A. (2018). *Informe de visita a la planta de aguas residuales Quitumbe*. <https://qdoc.tips/informe-de-quimica-quitumbe-pdf-free.html>

VII.

La práctica gerontológica institucional en el Centro Universitario de Tonalá: la evolución de la asignatura hasta que llegó la pandemia

Katya Aurora Rábago Olivares y Martha Osbelia Díaz Fabila

Desde 2015 a la fecha, se ha impartido la asignatura “Práctica gerontológica institucional” a los alumnos de octavo semestre de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad de Guadalajara. Dicha asignatura es un último escalón muy importante en la formación de los alumnos, ya que esta les permite obtener los conocimientos requeridos para la atención de personas adultas mayores en instituciones públicas y privadas.

Como veremos en los siguientes párrafos, la asignatura ha pasado por varios procesos de cambio desde su creación hasta la actualidad, cuando la pandemia por la COVID-19 ha modificado tanto la forma de impartir la asignatura por parte de las profesoras a cargo, como también en la manera de trabajar de los alumnos. Sin duda, todos los cambios implementados se proponen con la finalidad de mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje y tenemos la certeza de que los conocimientos que tratamos de entregar a los alumnos serán verdaderamente útiles en su desempeño profesional.

Se realizará el recorrido por la historia de esta asignatura, sin dejar de lado la historia de la conformación del Centro Universitario de Tonalá (CUTonalá), que, sin este, la Licenciatura en Gerontología no existiría y no estaríamos compartiendo esta experiencia que ha cambiado nuestra forma de ver la atención a adultos mayores en instituciones de manera positiva.

Antecedentes del centro universitario

El Centro Universitario de Tonalá es el más reciente de los Centros Universitarios que conforman la Red Universitaria de Guadalajara, la cual está conformada por seis centros temáticos y ocho regionales. El CUTonalá es

de carácter regional y fue creado con la finalidad de formar talento humano de nivel superior y competente, con sentido de responsabilidad social y capacidad de liderazgo, la investigación científica y el desarrollo sustentable, entre otras.

El proyecto del CUTonalá inicia en el año 2010 con la designación de una comisión creada para desarrollar la idea conceptual del centro y establecer las licenciaturas que formarían parte de la oferta académica de este campus. Para realizar este proyecto, se invitó a docentes de los diferentes Centros Universitarios Metropolitanos con el compromiso de ofertar las licenciaturas programadas para iniciar a partir del ciclo escolar 2011B; en paralelo, se trabajó para establecer los convenios correspondientes con el Ayuntamiento de Tonalá con la finalidad de contar con los terrenos en donde se iniciaría la construcción del Centro Universitario; sin embargo, no fue sino hasta el ciclo escolar 2012A en que, con 827 alumnos y una oferta académica de 11 licenciaturas (entre ellas Gerontología), el Centro Universitario inicia labores en este municipio.

Específicamente, el CUTonalá ofrece desde sus inicios Programas Educativos (PE) multidisciplinarios, con carreras innovadoras que resolverán las problemáticas actuales y las que se vislumbran a futuro (Universidad de Guadalajara, 2011).

Antecedentes de la licenciatura

En octubre de 2011, el Coordinador Ejecutivo del Centro Universitario de Tonalá, Dr. José Antonio Gómez Reyna (Universidad de Guadalajara, 2011) recibió el oficio en el que se notifica la creación del plan de estudios de la Licenciatura en Gerontología. Al mismo documento se adjunta el dictamen, en el cual se encuentra definida la gerontología, su campo de acción, su historia y se justifica la creación de la licenciatura con base en lo siguiente:

- Jalisco presenta un envejecimiento progresivo de la población y más de la mitad de los adultos mayores se concentran en la Zona Metropolitana de Guadalajara (Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, Tonalá y Tlajomulco).
- Se deben anticipar y atender las demandas sociales de este sector de la población y, desde todos los niveles —pero sobre todo de Gobierno—, cubrir sus necesidades.

- El envejecimiento de la población requiere la formación de profesionales en gerontología, capaces de trabajar con otros profesionales para lograr mejorar la calidad de vida de las personas mayores y promover un envejecimiento exitoso.
- La Universidad de Guadalajara es consciente y sensible a esta situación, y con la creación de la Licenciatura en Gerontología busca contribuir a la cobertura de las necesidades respecto a la formación de profesionales que incidan en el proceso de envejecimiento de una manera integral.

Otros datos que se mencionan en el mismo documento son:

- Datos históricos sobre la gerontología.
- Criterios de ingreso y egreso del alumno.
- Calendario a partir del cual entra en operación el plan de estudios.
- Que la Licenciatura es de modalidad escolarizada y bajo el sistema de créditos.
- Que el plan de estudios contiene áreas de formación determinadas.

El objetivo del plan de estudios se cita textualmente:

Formar Licenciados(as) en Gerontología para incidir en el proceso de envejecimiento, la etapa de la vejez y específicamente en las personas adultas mayores a través del conocimiento de las necesidades, problemas y potenciales desde un enfoque bio-psico-social, espiritual y de género, del contexto cultural y sociopolítico, que se traduzcan en una práctica profesional desde un marco inter-multi-transdisciplinar para emprender y desarrollar proyectos y programas gerontológicos y conducir su práctica profesional con sólidos valores y actitudes que le permitan insertarse en los mercados de trabajo profesional, a escala local, nacional e internacional. (Universidad de Guadalajara, 2011, p.8)

Para lograr alcanzar este objetivo, la Universidad de Guadalajara proyectó un perfil de egreso que permitiera que el alumno tuviera diversas competencias al momento de iniciar su vida profesional, algunas de ellas son:

- Tener una visión integradora de la persona adulta mayor que contemple las esferas biopsico-social y espiritual; así como ciudadano activo y con derechos.
- Entender los procesos de envejecimiento, la etapa de vejez y a las propias personas adultas mayores, con un enfoque de género, tomando en cuenta su contexto cultural y político.

Además de lo anterior, el alumno también será capaz de llevar sus conocimientos a la práctica de diversas formas, entre ellas:

- Como experto: en actividades que tienen como objetivo la prevención y promoción de la salud y todo lo que ello conlleva.
- Como gestor: entiende los procesos para emprender y administrar servicios con una perspectiva gerontológica.
- Como consultor: es capaz de asesorar y orientar a todo aquel que trabaja, vive, y convive con personas adultas mayores sobre los procesos de envejecimiento y vejez, así como de la importancia de eliminar estereotipos negativos (CUTonalá, 2021).

De acuerdo con estos objetivos y al perfil de egreso, el plan de estudios fue creado con una serie de asignaturas que les permitiera a los alumnos del Centro Universitario poner en práctica toda la parte teórica que habían aprendido dentro del aula; por ello, a partir del quinto semestre, se cursan materias tales como “Práctica gerontológica intergeneracional”, “Práctica gerontológica hospitalaria” y, la que nos compete, “Práctica gerontológica institucional”. Esta última asignatura aparece dentro del área formación básica particular *obligatoria* y se imparte a alumnos que cursan el último semestre de la licenciatura.

Importancia de la práctica gerontológica institucional: creación del programa de la asignatura

Para la creación del programa de la asignatura, se mantuvieron reuniones con las autoridades encargadas del plan de estudios, para saber qué competencias debían desarrollar y poner en práctica los alumnos, y qué conocimientos debían adquirir para que estuvieran acorde a su perfil de egreso.

Al respecto, se debatió sobre los lugares en donde se podrían realizar las prácticas, de tal forma que hubiera un seguimiento coherente en el aprendizaje de los alumnos. Por un lado, se propuso que se visitaran instituciones de gobierno en las que alguna área de trabajo estuviera enfocada en la atención de las personas mayores para conocer la dinámica y el manejo administrativo de cada una de ellas; por otro lado, también se pretendía que los alumnos asistieran a los asilos para poner en práctica conocimientos adquiridos durante los semestres previos, es decir, hacer evaluaciones gerontológicas, proponer actividades para los asilados, interactuar con los mismos para hacer propuestas de mejora en su cuidado, revisar lo concerniente a infraestructura, etc.

Se concluyó que las competencias que los alumnos debían mostrar eran, entre otras, las siguientes:

- Estar actualizados respecto a las instituciones y programas que en el momento estaban disponibles para las personas mayores, ya que suelen cambiar o adaptarse de acuerdo con las necesidades de la población.
- Conocer el trato que se da a los usuarios de estas instituciones y programas, así como el trámite que deben realizar para poder ser beneficiarios.
- Observar la organización interna que se tiene en las instituciones, así como saber el perfil profesional de cada uno de los servidores del lugar.
- Hacer un análisis de la infraestructura del lugar, así como de la ubicación y accesibilidad de este.
- Respecto a los asilos y residencias, conocer el manejo administrativo del lugar, es decir, conocer los trámites que deben realizarse ante las distintas instituciones para iniciar labores (i.e., permisos, licencias,

etc.) así como el manejo de expedientes, los reglamentos internos, protocolos de emergencia, etc.

Estas competencias esperadas de los alumnos abonan perfectamente a las esperadas en su perfil de egreso. A partir de ahí, se comenzó a definir los temas que sería pertinente revisar para que empataran con las competencias que el alumno debería adquirir. En los siguientes párrafos encontrará los contenidos temáticos desde que se creó hasta la actualidad, así como una breve explicación del porqué de los cambios al paso del tiempo.

Trayectoria del programa de la asignatura

Hablaremos aquí de los retos a los que se enfrentó la asignatura desde su creación, algunos más difíciles que otros, pero que sin duda dejaron grandes aprendizajes en los alumnos y por supuesto en nosotras como profesoras.

Programa inicial

La asignatura “Práctica gerontológica institucional” se impartió por primera vez a los alumnos de octavo semestre en el calendario 2015B. En ese momento, tenía la finalidad de que los alumnos conocieran los diferentes organismos públicos encargados de la atención y prestación de servicios a la población adulta mayor en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), y se pensó que era importante conocer estos lugares desde dentro, es decir, saber cuál era su organización, cómo se manejaban administrativamente, cómo se organizaban para prestar los servicios, quién o quiénes eran los encargados de planificar la dinámica de trabajo, qué requisitos debía cumplir el adulto mayor para acceder a esos servicios, entre otros aspectos.

Para poder dar sentido y orden al trabajo que los alumnos llevarían a cabo en las instituciones, el programa de esta materia se creó de tal forma que la parte teórica proporcionara las bases sobre las cuales se realizarían las prácticas institucionales, por lo que algunos de los temas a revisar en aula se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1
Contenido teórico del programa de la asignatura “Práctica gerontológicas institucional” 2015B-2018B

Contenido
<i>Módulo 1 Antecedentes históricos y definición</i> - Definición de institución y finalidad de estas. - Historia de las instituciones en nuestro país. - Tipos de instituciones.
<i>Módulo 2. Instituciones en México</i> - Instituciones sociales que cuentan con programas dirigidos al adulto mayor. - Instituciones de salud con programas dirigidos al adulto mayor. <i>Legislación y normatividad</i> - Política social en México. - Ley para el Desarrollo integral del Adulto Mayor y Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. - Ley para la operación de albergues del Estado de Jalisco. - NOM: Historia de su creación, qué son, cuál es su finalidad, qué vigencia tienen, cuántas normas existen, nomenclatura, algunas normas relacionadas con la salud. - NOM 031 SSA3 2012 Prestación de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de vulnerabilidad. - NOM 233 SSA1 2003 Requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
<i>Módulo 3. Instituciones en Jalisco</i> - Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS). - Instituto Jalisciense del Adulto Mayor (IJAM). - DIF Jalisco. - Procuraduría Social. - Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAPAM).

Después de la teoría, se les enviaba a las diferentes instituciones para obtener la información que a continuación se describe:

- Nombre oficial de la institución, domicilio, horario de atención y número telefónico.
- Antecedentes de la conformación, evolución y servicios que otorgaban a los adultos mayores.
- Organigrama del lugar donde se agregaría el perfil profesional de cada trabajador, así como último grado académico obtenido.

- Dependencia de gobierno a la cual pertenecía y, si era posible, presupuesto otorgado por el estado o la federación, así como la distribución de este.
- Constatar que la infraestructura de estos lugares facilitaba el tránsito de los adultos mayores.
- Todo lo anterior tomando como base las leyes y normas oficiales mexicanas que se revisaron en clase, relacionadas a la prestación de servicios a adultos mayores.

El proceso para poder enviarlos a la institución era el siguiente:

1. Hacer equipos de cuatro a seis alumnos (cinco equipos).
2. Identificar la institución a la cual serían enviados los equipos.
3. Hablar con el encargado de la institución para platicar sobre el proyecto y ver la viabilidad de enviar alumnos. Cuando la institución aceptaba se continuaba con los pasos siguientes:
4. Pedir oficio de aviso de envío para la institución, firmado por el jefe del Departamento de Ciencias de la Salud (tres tantos).
5. El alumno entrega una copia en la institución; recaba firma de recibido, la cual regresa al departamento de Ciencias de la Salud y el alumno se queda con una copia.
6. Inicia sus prácticas.

Las instituciones en donde se solicitó y aceptó el permiso para realizar las primeras prácticas fueron:

1. Centro Metropolitano del Adulto mayor (CEMAM).
2. Instituto Jalisciense del Adulto Mayor (IJAM).
3. Procuraduría Social (área de atención a mujeres, niñas, niños y adultos mayores).
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).
5. Hospital Militar Regional de Guadalajara.

Las evidencias de trabajo de los alumnos fueron un diario de campo, donde debían registrar las actividades realizadas el día de práctica, relativas al trabajo programado en conjunto con el administrador de la institución, la profesora y el alumno.

Primeramente, se debían recabar los datos administrativos y las últimas prácticas eran dedicadas a apoyar en actividades enfocadas al adulto mayor y no precisamente relacionadas con la administración de la institución.

El trabajo final era un documento impreso con toda la información administrativa de la institución, presentado de una manera formal, con los datos presentados en la Tabla 2.

Tabla 2
Contenido del documento final que serviría como evidencia del trabajo realizado por el alumno

Elemento	Contenido
Portada	Logotipo de la Universidad de Guadalajara Nombre de la institución donde se realizaron las prácticas Nombre de la asignatura Nombre de la profesora Nombre de los alumnos integrantes del equipo Fecha de realización
Índice	
Datos generales de la institución	Nombre de la institución Logotipo Domicilio Teléfono Horario de atención
Antecedentes	Descripción de la conformación, evolución y servicios que otorgaban a los adultos mayores.
Organigrama	El que la misma institución tenía o uno creado por los alumnos a partir de la información obtenida. Además, debían mencionar el perfil profesional de cada una de las personas que aquí aparecían.
Diarios de campo	Redacción de los hallazgos relatados de manera relajada y que dan cuenta del trabajo realizado por los alumnos.
Propuestas	Descripción de las propuestas que los alumnos hacen para mejorar las condiciones de la institución, con base en las leyes y normativas vigentes.
Anexos	Fotografías de la institución, solo del inmueble, no a personas.
Bibliografía	

Primer cambio

Para 2018B, se decidió cambiar un poco el contenido del programa, debido a factores externos como fue el cambio de administración estatal en el gobierno. Iniciando su sexenio, el C. Enrique Alfaro Ramírez hizo ajustes en lo referente a instituciones que atendían adultos mayores, desapareciendo tres instituciones a las cuales asistían los alumnos: Instituto Jalisciense de Asistencia Social, Instituto Jalisciense del Adulto Mayor, y el área de atención a niños, niñas, adolescentes y adultos mayores de la Procuraduría Social, esto nos obligó a buscar otros lugares en donde aceptaran a los alumnos para hacer sus prácticas.

Debido a que son pocas las instituciones de gobierno que cuentan con un área específica de atención a personas mayores, nos vimos en la necesidad de trabajar más en asilos y residencias; por ello, a partir del calendario 2019A, nos enfocamos en buscar opciones de lugares dentro del área metropolitana para realizar las prácticas y, en esta ocasión, junto con los alumnos se encontraron y contactaron residencias donde se cursó el ciclo escolar. El contenido del programa se observa en la Tabla 3.

Tabla 3
Contenido teórico del programa de la asignatura “Práctica gerontológica institucional” 2019A-2020A

Contenido
<i>Módulo 1 Antecedentes históricos y definición</i> - Definición de institución y finalidad de estas. - Historia de las instituciones. - Las instituciones: características, elementos que la conforman y su clasificación.
<i>Módulo 2. Instituciones en México</i> Programas dirigidos al adulto mayor (sociales y de salud).
<i>Módulo 3. Instituciones en Jalisco</i> - Política social (definición). - Cómo se hacen las leyes en México. ¿Quién puede presentar una propuesta de ley? - Proceso para que una propuesta entre en vigor como ley. - Política social en México: Leyes que amparan los derechos de los adultos mayores.

Contenido	
	• Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. • Ley General de Salud. • Derechos humanos de las personas Adultas Mayores. • Ley para el Desarrollo integral del Adulto Mayor y Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores. • Ley para la operación de albergues del Estado de Jalisco.
4.	NOM: Qué son, antecedentes, cuál es su finalidad, qué vigencia tienen, cuántas normas existen, nomenclatura, algunas normas relacionadas con la salud.
5.	NOM 031 SSA3 2012 Prestación de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de vulnerabilidad.
6.	NOM-030-SSA3-2013 Características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
7.	NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Como puede observarse en la Tabla 3, se eliminó el nombre de las instituciones en Jalisco que atienden adultos mayores, debido a la imposibilidad de visitarlas, ya que teníamos que esperar a que las nuevas autoridades del gobierno estatal decidieran qué instituciones iban a sustituirlas o cuáles tomarían esa responsabilidad.

Segundo cambio

A cuatro semanas de haber iniciado el ciclo 2020A, llegó la noticia de que la COVID-19 había llegado a México y, en Jalisco, el gobierno junto con la mesa de Salud —que tenía entre sus filas a la Universidad de Guadalajara— decidieron que era pertinente detener las actividades no esenciales (incluidas las clases presenciales en todos los niveles educativos) durante dos semanas, esto con la finalidad de evitar la propagación del virus.

La indicación de suspender las clases presenciales coincidió con el inicio de las vacaciones de Semana Santa y Pascua, y confiábamos en que regresaríamos a las aulas terminando estas, pero no fue así. En ese momento, se generó mucha incertidumbre entre la comunidad universitaria, por lo que provisionalmente se recibieron indicaciones por parte de las autoridades universitarias para dar continuidad a las clases a través de medios virtuales, lo que restaba del semestre.

Anteriormente, ya se trabajaba en línea en algunas carreras, las pertenecientes a la Universidad Virtual de la Universidad de Guadalajara y en algunas asignaturas se manejaban plataformas como Moodle; sin embargo, en la mayoría de los centros universitarios, a lo más que se llegaba era a trabajar de manera híbrida, algunas clases asincrónicas, otras de manera sincrónica, así que este cambio supuso un esfuerzo mayúsculo para adaptar de un momento a otro los programas y, por supuesto, la manera de trabajar.

No fue la excepción para la asignatura “Práctica gerontológica institucional”; la noticia de la suspensión de clases presenciales llegó justo cuando tenían los alumnos tres visitas a las instituciones o asilos, por lo cual no se pudieron concretar las prácticas, ya que no era factible enviarlos, sobre todo a los asilos y residencias, pues empezaron a llegar noticias de la Unión Europea, donde se informaba que los adultos mayores eran los más afectados por la COVID-19 (BBC News, 2020).

Debido a esto se suspendieron las visitas a asilos, terminamos la parte teórica del programa y los alumnos entregaron su trabajo final con la poca información que pudieron recopilar. Este semestre fue el primero de varios retos para profesores y alumnos, ya que especialmente para ellos era muy importante llevar a cabo las prácticas como se tenía programadas inicialmente; sin embargo y a pesar de todo, fue una experiencia fortalecedora, ya que ambas partes pudimos consensuar la mejor manera de terminar el curso cambiando algunos aspectos de su trabajo final, como se ve en la Tabla 4.

Tabla 4
Contenido del documento final que serviría como evidencia del trabajo realizado por el alumno en el ciclo 2020A

Elemento	Contenido
Portada	Logotipo de la Universidad de Guadalajara Nombre de la institución donde se realizaron las prácticas Nombre de la asignatura Nombre de la profesora Nombre de los alumnos integrantes del equipo Fecha de realización
Índice	

Elemento	Contenido
Datos generales de la institución	Nombre de la institución Logotipo Domicilio Teléfono Horario de atención
Antecedentes	Descripción de la conformación, evolución y servicios que otorgaban a los adultos mayores.
Organigrama	El que la misma institución tenía o uno creado por los alumnos a partir de la información obtenida.
Diarios de campo	Redacción de los hallazgos relatados de manera relajada y que dan cuenta del trabajo realizado por los alumnos.
Lista de cotejo	Basada en las leyes y normas oficiales que deben observar los asilos y residencias para poder operar en el territorio mexicano y en Jalisco particularmente.
Anexos	Fotografías de la institución, solo del inmueble, no a personas.
Bibliografía	

Más cambios

Debido a la situación de emergencia por la COVID-19, el ciclo 2020B sería nuevamente en línea, por lo cual, desde el Colegio Departamental, se nos pidió revisar los programas y adecuarlos a la modalidad virtual, dado que no se sabía con exactitud cuánto tiempo estaríamos trabajando desde casa.

En la Academia de Prácticas Gerontológicas, a la cual pertenece la asignatura, se convocó a la brevedad a hacer este ejercicio de revisión y, si se consideraba necesario, hacer cambios en el programa. Por nuestra parte, consideramos necesario hacer algunas modificaciones tanto en el contenido como en los productos finales que los alumnos deberían entregar. Los cambios se hicieron de tal manera que se trabajaría solo de manera virtual, pero tomando en cuenta que los alumnos debían aprender no solamente la parte teórica de la asignatura, sino también tenían que aprender a obtener información de algunas instituciones y cumplir con el trabajo final solicitado en tiempo y forma. Todo esto tuvieron que hacerlo de manera remota, ya que era imposible acudir personalmente al lugar, debido a que, por la contingencia, las instituciones cerraron sus puertas a los visitantes y más a quienes no tenían relación con los residentes.

Para lograr que los alumnos pusieran en práctica lo aprendido, se agregó un módulo referente a la creación de un curso de capacitación. Los

alumnos, con toda la información teórica y la obtenida de manera virtual o telefónica, debían crear un curso para presentarlo en instituciones como residencias y asilos que estuvieran interesados en mejorar los servicios que prestan al adulto mayor, o bien, para dar orientación sobre el proceso administrativo que debe llevarse a cabo para obtener los permisos correspondientes para abrir una residencia, por lo que el programa quedó como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5
Contenido teórico del programa de la asignatura “Práctica gerontológica institucional” 2020B-2021A

Contenido
<i>Módulo 1 Antecedentes históricos y definición</i> - Definición de institución y finalidad de estas. - Historia de las instituciones. - Las instituciones: características, elementos que la conforman y su clasificación.
<i>Módulo 2. Legislación y normatividad</i> Programas dirigidos al adulto mayor (sociales y de salud). - Política social (definición). - Cómo se hacen las leyes en México. ¿Quién puede presentar una propuesta de ley? - Proceso para que una propuesta entre en vigor como ley. - Política social en México: Leyes que amparan los derechos de los adultos mayores. - Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. - Ley General de Salud. - Derechos humanos de las personas adultas mayores. - Ley para el Desarrollo integral del adulto mayor y Ley de los Derechos de las personas adultas mayores. - Ley para la operación de albergues del Estado de Jalisco.
<i>Módulo 3. Normatividad</i> - NOM: Qué son, cuál es su finalidad, qué vigencia tienen, normas relacionadas con la salud. - NOM 031 SSA3 2012 Prestación de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de vulnerabilidad. - NOM-030-SSA3-2013 Características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. - NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico.

Contenido
<i>Módulo 4. Elaboración de un curso de capacitación para el inicio de operación de residencias para adultos mayores.</i>
1. Importancia y definición. 2. Antecedentes y elementos. 3. Redacción de objetivos. 4. Estructuración de contenidos. 5. Diseño de actividades de instrucción. 6. Selección de recursos didácticos. 7. Determinación del proceso de evaluación. 8. Estructuración de un programa.
<i>Módulo 5. Presentación de curso de capacitación para el inicio de operación de residencias para adultos mayores.</i>

Como puede verse, el contenido es casi el mismo, salvo la adición del módulo 4 y 5, en donde los alumnos, con toda la teoría vista en módulos anteriores, debían estructurar un curso para personas que quisieran abrir una residencia o asilo o personas que ya trabajan en uno y que quisieran mejorar los aspectos administrativos.

La planificación fue exitosa, se logró armar un curso en forma, pero el tiempo no alcanzó para poder convocar al público interesado, por lo que solo quedó en un documento y videos explicativos. En la Tabla 6 se pueden observar los cambios que se hicieron al trabajo final que debían entregar los alumnos.

Tabla 6
Contenido del documento o video final que serviría como evidencia del trabajo realizado por el alumno en el ciclo 2020B-2021A

Elemento	Contenido	Video	Documento
Portada	Logo de la Universidad de Guadalajara. Nombre de la asignatura. Nombre de la profesora. Nombre de los alumnos integrantes del equipo. Fecha de realización.	✓	✓
Introducción	Breve descripción de lo que será el curso.	✓	✓
Público al que va dirigido	Explican el perfil de las personas a las que va dirigido el curso.	✓	✓
Objetivo del curso		✓	✓

Elemento	Contenido	Vídeo	Documento
Módulos en los que se divide el curso	Administrativo, arquitectónico, derechos humanos, modelos gerontológicos.	✓	✓
Administrativo	Explicación sobre los requisitos que la institución debe cumplir en cuanto a lo administrativo, teniendo en cuenta las normas y leyes vigentes.	✓	✓
Arquitectónico	Explicación sobre los requisitos que la institución debe cumplir en cuanto a lo arquitectónico e infraestructura, teniendo en cuenta las normas y leyes vigentes.	✓	✓
Derechos humanos	Explicación sobre los derechos humanos que la institución debe cumplir y garantizar a sus residentes.	✓	✓
Modelos gerontológicos	Explicación sobre los modelos gerontológicos, qué son y por qué es importante que las instituciones trabajen bajo un modelo gerontológico.	✓	✓
Bibliografía		✓	✓

La experiencia fue muy enriquecedora, ya que como profesoras nos enfrentamos al reto de convencer a los alumnos de que esta modificación al programa era para su beneficio; que a pesar de no acudir a instituciones, esta actividad cambiaría su perspectiva en muchos aspectos; al término del curso, los alumnos plasmaron en los videos y sus documentos la importancia del ejercicio realizado, y se llevaron una mejor idea de lo que significaba tener un emprendimiento de este tipo cuyo principal objetivo es el bienestar del adulto mayor que está institucionalizado.

En ese cambio, inicialmente no se contemplaron los derechos humanos y los modelos gerontológicos como temas que requiriera un módulo especial para verlos, no fue sino hasta el ciclo 2021B que se les dio el lugar que debían ocupar, un módulo aparte.

La decisión se tomó después de que el año previo nos dimos cuenta de que el programa no estaría completo si no se brindaba información sobre los derechos humanos de las personas adultas mayores; esta información ya era conocida por los estudiantes, sin embargo, no se lograba identificar si en las instituciones se respetaban o se vulneraban dichos derechos, ya que no se profundizaba en ello.

Lo mismo pasaba con los modelos gerontológicos para instituciones de estancia a largo plazo; no tenían noción de que para ser llamadas *resi-*

dencias deben trabajar bajo un modelo gerontológico, y que esto implica capacitar ampliamente al personal que trabaja en estas instituciones en el cuidado y atención de este sector de la población, no solo para buscar un lugar donde estén vigilados, sino también un lugar donde se procure su crecimiento personal de acuerdo con las necesidades de cada persona (Tabla 7).

Tabla 7
Contenido teórico del programa de la asignatura “Práctica gerontológica institucional” 2020B-2021A

Contenido
<i>Módulo 1 Antecedentes históricos y definición</i> - Definición de institución y finalidad de estas. - Historia de las instituciones. - Las instituciones: características, elementos que la conforman y su clasificación.
<i>Módulo 2. Legislación y normatividad</i> Programas dirigidos al adulto mayor (sociales y de salud). - Política social (definición). - Cómo se hacen las leyes en México. ¿Quién puede presentar una propuesta de ley? - Proceso para que una propuesta entre en vigor como ley. - Política social en México: Leyes que amparan los derechos de los adultos mayores. - Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. - Ley General de Salud. - Derechos humanos de las personas adultas mayores. - Ley para el Desarrollo Integral del Adulto Mayor y Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. - Ley para la operación de albergues del Estado de Jalisco.
<i>Módulo 3. Normatividad</i> - NOM: Qué son, cuál es su finalidad, qué vigencia tienen, normas relacionadas con la salud. - NOM 031 SSA3 2012 Prestación de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de vulnerabilidad. - NOM-030-SSA3-2013 Características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. - NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico.

Módulo 4. Residencias o asilos.

1. Derechos humanos de las personas adultas mayores.
2. Modelos gerontológicos.
 - a. Vida asistida.
 - b. Modelo de envejecimiento activo.
 - c. Modelo Montessori.
 - d. Atención centrada en la persona con demencia.
 - e. Modelo Housing.

Módulo 5. Elaboración de un curso de capacitación para el inicio de operación de residencias para adultos mayores.

1. Importancia y definición.
2. Antecedentes y elementos.
3. Redacción de objetivos.
4. Estructuración de contenidos.
5. Diseño de actividades de instrucción.
6. Selección de recursos didácticos.
7. Determinación del proceso de evaluación.
8. Estructuración de un programa.
9. Presentación de curso de capacitación para el inicio de operación de residencias para adultos mayores.

El trabajo final para el semestre actual no se modificó, pero los alumnos ahora tendrán información más detallada para realizarlo con la adición del módulo de derechos humanos y modelos gerontológicos.

Instituciones visitadas

Desde el ciclo 2015B hasta el 2020A, se trató de visitar regularmente las mismas instituciones, para que los alumnos continuaran el trabajo de sus compañeros de semestres anteriores observaran si las recomendaciones brindadas a estas se tomaban en cuenta y, de esta manera, ver los cambios positivos.

Sin embargo, no pudo ser de esa manera, ya que las instituciones privadas que visitábamos limitaban mucho las actividades de los alumnos y restringían la información que se les solicitaba, e incluso, en ocasiones, los trataban de manera indiferente, pues no les asignaban alguna tarea o actividad. Todo lo anterior nos ha obligado a buscar semestre con semestre, lugares distintos para llevar a cabo las prácticas.

Así entonces, desde 2015 hasta el ciclo 2021A, estas son algunas de las instituciones públicas y privadas en las que se han realizado las prácticas:

- DIF Jalisco
- DIF Tlaquepaque
- Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS)
- Asilo Leónidas K. Demos
- Hospital Militar Regional
- Centro Geronto-geriátrico Santa Rosalía
- Asilo para mujeres Hogares Trinitarios
- Centros de desarrollo comunitario (CDC) de Tlaquepaque, Tonalá y Guadalajara
- Casa de la tercera edad Santiago de Tonalá
- Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)
- Casa de Descanso para mujeres del sistema DIF Guadalajara
- Centro de día para pensionados del ISSSTE
- Asilo San Dimas
- Asilo Dulce María
- Asilo San Felipe de Jesús
- Centro de la tercera edad Vidaví
- Cruz verde Dr. Jesús Delgadillo Araujo
- Casa de descanso El Señor de la Misericordia
- Casa hogar para ancianos San Dimas
- Casa de descanso Betania
- Asilo Casa de descanso La vida es bella
- Casa hogar para personas mayores La Guadalupana
- Centro de atención Gerontológica
- Villa Montessori
- Procuraduría Social
- DIF Tonalá
- Centro metropolitano del adulto mayor (CEMAM)
- Cruz Verde Dr. Francisco Ruiz Sánchez

De este listado, el único asilo que ha dado total acceso y sin restricciones de ningún tipo desde 2017 es el “Asilo de ancianas de la Santísima Trinidad” Hogares Trinitarios A.C., en donde los alumnos trabajan en equi-

po con estudiantes y prestadores de servicio social de las licenciaturas en Nutrición, Enfermería y Trabajo Social. Cabe resaltar que en algunos de estos lugares no fue posible volver por la situación emergente de la pandemia por la COVID-19.

Experiencias durante las prácticas

A través de los diferentes ciclos escolares, hemos enfrentado situaciones que han puesto a prueba nuestra tolerancia, capacidad de comunicación y paciencia, ya que, a pesar de explicar el objetivo meramente educativo y formativo en los alumnos de la licenciatura y de entregar el programa completo, en muchas instituciones se cuestionaba mucho sobre la finalidad de las prácticas y daban pretextos para no proporcionar la información solicitada respecto al manejo administrativo; se justificaban mencionando que la persona responsable de esa área no se encontraba o que no estaba autorizada a proporcionar tal información, que debíamos acudir con las autoridades del lugar para que otorgaran el permiso correspondiente o simplemente que esa información no se le proporcionaba a nadie. Todas estas barreras hacían difícil el trabajo de los alumnos y se acordó con ellos que no se insistiría en obtener esa información, ya que esto podría ser causa de malentendidos e incluso, podríamos cerrarles puertas a alumnos de semestres posteriores. En el ciclo 2015B, se decidió que los alumnos visitaran el Hospital Regional Militar, puesto que acababan de cursar, en séptimo semestre, la asignatura “Práctica gerontológica intrahospitalaria” y confiábamos en que en este hospital podrían los alumnos investigar si se contaba con alguna área específica para pacientes adultos mayores y conocer a la persona a cargo de este lugar para obtener la información respecto al manejo administrativo y, a la par, preguntar si se contaba con algún geriatra o gerontólogo para la atención de esta población. Sin embargo, no existe atención específica para adultos mayores y debido a que el hospital no tenía convenio con la Universidad de Guadalajara, fue muy difícil y tardado la aceptación de los alumnos. El proceso fue tan lento que, de las 12 prácticas programadas, solo se pudieron realizar cuatro. Finalmente, se decidió no regresar a esta institución, debido a que realmente no había nada que los alumnos pudieran aprender o poner en práctica.

Otra situación con la que nos encontramos fue que, a medio semestre, hubo cambio de director en el Instituto Jalisciense del Adulto Mayor, lo que perjudicó la continuidad de las actividades de los alumnos, debido a que no les permitieron seguir acudiendo hasta que autorizara la nueva directora. Este proceso llevó varias semanas ya que, aunque se sabía quién llegaría al puesto, tuvimos que esperar hasta que se hiciera el nombramiento de manera formal y oficial.

La experiencia nos dejó ver lo tardado y burocráticos que son este tipo transiciones y cómo las actividades del lugar entran en pausa, debido a la ausencia de la autoridad del lugar, por lo cual también las prácticas se vieron disminuidas en cantidad para los alumnos.

Para el ciclo escolar 2016A, se decidió acudir a la Cruz Verde “Dr. Ruiz Sánchez”, en esta ocasión el permiso fue otorgado en solo dos semanas y los alumnos comenzaron a asistir de manera puntual a las prácticas; sin embargo, a pesar de que el director de la institución tenía conocimiento de la finalidad de las prácticas, el personal del lugar se limitó a llevar a los alumnos a pasar visita a los pacientes ancianos y a pedirles que organizaran pláticas informativas sobre temas relacionados con el envejecimiento saludable y patologías comunes de esta misma etapa, por lo cual el objetivo primario de las prácticas no se cumplió. Al final de este semestre, se dedicó la última sesión del ciclo para que se compartieran las experiencias que cada equipo había tenido en sus prácticas. Durante este tiempo, pudimos percatarnos de que, en la mayor parte de las instituciones visitadas, el personal profesional que ahí laboraba no tenía conocimiento de lo que es la gerontología y del quehacer profesional del gerontólogo. Se llegó a esta conclusión porque el personal del área de servicio social y enfermería, veía y trataba con recelo a los alumnos durante sus visitas, eran muy cuestionados sobre los conocimientos y el área de trabajo donde podían desempeñarse y, además, no les permitían acompañarlos durante las entrevistas con familiares o los propios adultos mayores; a decir de los propios alumnos, daba la impresión de que el personal pensaba que estos podrían, en algún momento, suplirlos en su lugar de trabajo. Debido a este motivo, se decidió no volver a considerar a ningún hospital de la Cruz Verde para llevar a cabo las prácticas y ya no se solicitó permiso en ningún

otro hospital, debido a que el propósito de la materia no era alcanzado en este tipo de instituciones. Elegimos llevar a cabo prácticas institucionales en el sistema DIF de Guadalajara, Tlaquepaque y Tonalá. En cada uno de ellos, el proceso para obtener la autorización fue distinto, pero no afectaba, ya que todos ellos cuentan con grupos de personas mayores que acuden a los centros de desarrollo comunitario (CDC) una vez por semana.

Cuando tuvimos el permiso para acudir a estos sitios se observaron varios aspectos; el primero es que, en la mayoría de estos lugares, están a cargo señoras que son voluntarias, por lo que, aunque tienen la mejor intención, no cuentan con un perfil profesional o con algún tipo de formación que les permita ayudar de manera correcta y efectiva a las personas mayores que acuden. La segunda sorpresa fue que ninguna de estas personas pudo proporcionar información sobre la administración ni sobre el presupuesto destinado para el funcionamiento de estos lugares, por lo que nos quedamos con muchas preguntas sin respuesta por parte de las encargadas y de la propia institución.

La mayor sorpresa fue el hecho de que las rivalidades políticas se llevan al plano personal de los empleados de estas instituciones, lo que impide que haya una buena comunicación entre estas, y no se trabaje de manera conjunta para dar resultados a los usuarios que acuden a ellas para ser orientados o ayudados en sus diversas problemáticas. Por último, también fuimos testigos de las modificaciones que conlleva un cambio de administración del gobierno federal y estatal. Estos eventos no se limitan a la entrega y recepción de la presidencia municipal o la gubernatura, los cambios también se dan en gabinetes y autoridades de los diferentes órganos de gobierno, lo que conlleva en muchas ocasiones a que no haya una continuidad en la forma de trabajo ni en los programas sociales, así como tampoco en la organización interna de las instituciones que visitamos, impidiendo que el objetivo principal de estas se pierda o se detenga un poco en el tiempo.

Referente a los asilos o residencias para personas mayores, también es importante mencionar que cada ciclo escolar nos topamos con diversas situaciones que dejan ver que el manejo de estos lugares no es el más adecuado para los usuarios. Encontramos que prácticamente en ningun-

no de los asilos visitados se cumple con la normatividad ni con las leyes federales y estatales vigentes, que regulan y dictan los lineamientos que permiten y garantizan que estos lugares presten sus servicios de manera legal y segura para los usuarios.

Aunado a lo anterior, muchas de las personas que trabajaban en estas instituciones no cuentan con preparación profesional o algún documento oficial que avale sus conocimientos en el área de atención a personas adultas mayores. Otro aspecto preocupante, es que un buen número de asilos son casa habitación *adaptadas* para fungir como residencias y, por lo tanto, no cumplen con los criterios que se mencionan en las normas correspondientes y ponen en riesgo la integridad de sus residentes.

Al ver las condiciones en las que se encontraban todas las instituciones visitadas, entendimos por qué la información no se otorgaba a los alumnos, temían que saliera a la luz pública las condiciones en las que laboraban y que ponían en riesgo a sus residentes, aún y a pesar de que se les hacía hincapié en que solo era para fines académicos.

Pero no todo fue sombrío, hubo instituciones —aunque pocas— que cumplían con lo establecido en las leyes y normatividad vigente, y que cuando los alumnos les hacían notar que había ciertas carencias o fallas en sus procesos o infraestructura, lejos de tomarlo como una invitación a no dar información, lo veían como una oportunidad de mejora, en la cual se veían interesados por aprender más y poner sus instituciones en las condiciones óptimas para sus usuarios. Ahí entendimos la diferencia entre quienes solo veían como negocio el tener un asilo y quienes tenían la intención de mejorar la calidad de vida de quienes vivían en sus residencias.

Conclusiones

El bloque de materias prácticas que se llevan a cabo a partir del quinto semestre de la Licenciatura en Gerontología, incluida la asignatura “Práctica gerontológica institucional”, son un pilar muy importante en la formación de los alumnos, ya que, al momento de salir a las comunidades, hospitales, instituciones y asilos, tienen contacto directo con la realidad de las situaciones de vida personal, familiar y social que viven día a día las personas mayores, lo que les permite ver la gran labor profesional que lleva a cabo el

gerontólogo. Específicamente en dicha asignatura, los alumnos desarrollan su capacidad de observación, ya que son capaces de detectar las oportunidades de mejora en las instituciones públicas y privadas que otorgan algún tipo de atención a los adultos mayores.

Los alumnos son capaces de adaptarse a los cambios que generan eventos como la pandemia, algo favorable para ellos, ya sea como estudiantes o como profesionales, ya que están aprendiendo a trabajar con las herramientas con las que cuentan en el momento para cumplir con cada tarea encomendada; además, han manejado de forma exitosa el trabajo virtual y han logrado organizarse de tal manera que el trabajo en equipo se deje ver en el producto final de su trabajo.

Como profesoras hemos aprendido a manejar de mejor manera la tecnología para continuar con la labor de enseñanza-aprendizaje y cumplir con las metas establecidas de cada programa, así como también a adaptarnos a cualquier cambio que se presente a través de la comunicación entre nosotras y con los alumnos.

Con respecto al programa de la asignatura, este se ha ido actualizando de acuerdo con los cambios institucionales y a las necesidades de los propios alumnos, ya que conforme se avanza en cada semestre hemos sido capaces de detectar las oportunidades de mejora que tenemos con respecto a la parte teórica y a la práctica.

También destacamos que en la práctica de esta asignatura se detectó solo una mínima parte de la problemática social que existe en nuestro país con respecto a la población de adultos mayores, ya que la mayoría de las instituciones de gobierno y aquellas instituciones públicas o privadas que prestan algún tipo de servicio a este sector de la población carecen de un interés genuino en aportar a la mejora de la calidad de vida de estas personas, no cuentan con el recurso humano que cubra el perfil profesional correspondiente ni tampoco con el recurso económico necesario para mejorar de manera efectiva algunas de las principales problemáticas sociales de las personas mayores, tales como las laborales y las de salud.

Finalmente, estamos satisfechas con todo el aprendizaje que hemos acumulado en la impartición de esta asignatura, aprendizaje que se ha desarrollado al trabajar con diferentes instituciones y gobiernos, pero sobre todo con los alumnos, que siempre nos retan a ser mejores y nos hacen sentir esa energía que irradian; por ello, aunque pasen los años, seguimos aprendiendo de su capacidad de asombro y de su disposición para cambiar las cosas; pues sin esto, no tendría sentido nuestro paso por la enseñanza de la práctica gerontológica.

Referencias

- BBC News. (2020). *Coronavirus: las muertes de miles de ancianos que no están siendo contabilizadas en las estadísticas de los fallecidos por COVID-19 en Europa*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias52283394>
- Centro Universitario de Tonalá. (2021). *Licenciatura en Gerontología. Perfil de egreso*. <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/gerontologia/perfil-egreso>
- Universidad de Guadalajara. (2011). *Dictamen Licenciatura en Gerontología*. Guadalajara, México.

Cultura y educación

Estudios e intervenciones en salud

Esta obra se terminó de producir en julio de 2022.

Su edición y diseño estuvieron a cargo de:

Qartuppi[®]

Qartuppi, S de RL de CV

<https://qartuppi.com>



Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Esta obra ofrece siete experiencias de investigación e intervenciones educativas en salud, con el objetivo de ser usados como materiales para la enseñanza en la formación de profesionales en gerontología, salud pública, nutrición y medicina. Su enfoque interdisciplinario favorece la comprensión e integración de la complejidad de los problemas de salud actuales. Los autores desarrollaron cada capítulo de manera didáctica, con el fin de aportar experiencias de investigación en temas tan diversos como las condiciones de un sector de la población frente a la muerte, las formas de creación de significados culturales —ya sea a través de artefactos artesanales o la construcción de la propia identidad sexual—, el contexto del cuidado a personas adultas mayores, los riesgos laborales de quienes participan en el proceso enseñanza-aprendizaje o las condiciones actuales del tratamiento de un bien vital para la vida humana: el agua.

Qartuppi®

ISBN 978-607-8694-33-4

DOI 10.29410/QTP.22.07

