

Esta publicación es financiada con recursos del proyecto  
“Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa SEP”



## Índice de contenido / *Table of contents*

---

### ENSAYOS – ESSAYS

**El estudio de la Epistemología del Trabajo Social Contemporáneo desde la intervención en lo social como práctica científica.....7**  
*Cristian Urbalejo*

**Envejecimiento e institucionalización: reflexiones en torno al maltrato e institucionalización coercitiva de las personas adultas mayores.....25**  
*María de la Luz Sobrevilla Cruz*

### ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN – RESEARCH ARTICLES

**Historias de vida sobre el proceso de conversión religiosa en Alcohólicos Anónimos.....57**  
*Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo*

**Apoyo social y autoeficacia entre enfermos de esclerosis múltiple.....93**  
*María José García Muñoz y Juan Martell Muñoz*

**Victimización, polivictimización e ideación suicida en jóvenes de Matamoros durante la pandemia por Covid-19, un estudio exploratorio.....109**  
*Alejandro Martínez Hernández, Karla Villarreal Sotelo, Fabiola Peña Cárdenas y Carolina Landero Pérez*

### NOTAS DE INVESTIGACIÓN/ RESEARCH NOTES

**El costo de comer bien en México.....135**  
*Miguel Calderón Chelius y Lizbeth Díaz Cruz*

### NORMAS DE PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

GUIDELINES FOR CONTRIBUTORS.....143



# **ENSAYOS - ESSAYS**



# El estudio de la Epistemología del Trabajo Social Contemporáneo desde la intervención en lo social como práctica científica.

Cristian Urbalejo<sup>1</sup>

## Resumen

Usualmente se ha analizado la epistemología del Trabajo Social desde las ciencias sociales. Nuestra propuesta es mirar a la intervención en lo social desde las prácticas científicas para comprender mejor las estructuras epistémicas del Trabajo Social Contemporáneo y a partir de ello entender cómo de hecho se dan las intervenciones en lo social actualmente. Se analiza cuál es el sentido de pensar el estudio de la epistemología de nuestra disciplina desde esta mirada centrada en la intervención y cuáles son las ventajas que hay en contraposición con otras posturas sobre el estudio epistémico del Trabajo Social que centran su mirada en la influencia de las ciencias sociales, sus teorías y métodos de investigación relegando al Trabajo Social en segundo plano. Se busca subsanar esta situación poniendo en el centro a nuestra disciplina. Se plantea utilizar un abordaje metodológico desde tres elementos: la lectura de la realidad social, la colocación frente a ella y la objetivación a partir de ello en la práctica científica del Trabajo Social Contemporáneo. Se coloca la noción de práctica científica y la importancia de comprender cómo la intervención en lo social nos da herramientas para entender cómo un proyecto de esta naturaleza estaría estructurado y qué tipo de preguntas vale la pena hacerse para abordar el estudio de una epistemología centrada en la intervención. El abordaje de la epistemología del Trabajo Social desde esta perspectiva abona a profundizar en nuestra propia epistemología para explicar cómo es que de hecho se configura la intervención en lo social. Se hace énfasis en la necesidad de recuperar la dimensión normativa de la práctica y los estándares epistémicos que se derivan de esto. Ello posibilita que en el futuro seamos capaces de mejorar nuestros modelos y estrategias de intervención así como plantear propuestas teórico-metodológicas que establezcan estándares epistémicos realistas en términos de su operatividad y en términos de las capacidades de los sujetos profesionistas que las implementan.

**Palabras clave:** epistemología, intervención, práctica, contemporáneo, normatividad

---

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: crist@comunidad.unam.mx

## **Abstract**

Usually the epistemology of Social Work has been analyzed from the social sciences. Our proposal is to look at social intervention from a perspective of scientific practice in order to understand the epistemic structures of Contemporary Social Work and from that to understand how social interventions actually occur. We analyze what is the sense of thinking about the study of the epistemology of our discipline from this viewpoint focused on intervention and what are the advantages that there are in contrast with other positions on the epistemic study of Social Work that focus on the influence of social sciences, their theories and research methods relegating Social Work to a secondary position. The aim is to correct this situation by putting our discipline at the center. It is proposed to use a methodological approach from three elements: the reading of social reality, the positioning in front of it and the objectification from it in the scientific practice of Contemporary Social Work. The notion of scientific practice and the importance of understanding how intervention in the social sphere gives us tools to understand how a project of this nature would be structured and what kind of questions are worth asking to address the study of an epistemology focused on intervention. The approach to the epistemology of Social Work from this perspective contributes to deepen our own epistemology to explain how intervention in the social is in fact configured. Emphasis is placed on the need to recover the normative dimension of practice and the epistemic standards that derive from this. This makes it possible for us to improve our models and strategies of intervention in the future, as well as to put forward theoretical-methodological proposals that set out realistic epistemic standards in terms of their operativity and in terms of the capacities of the professional-subjects who implement them.

**Keywords:** epistemology, intervention, practice, contemporary, normativity.

## **Introducción**

En años recientes se ha puesto cada vez más atención a la intervención en lo social y su estudio como línea de investigación del Trabajo Social (Tello, 2010; Estrada, 2011, Escolar y Travi, 2010). Ya que como resalta Tello (2010: 62) hablando de la intervención en lo social: “no hablamos de nuestras mejores prácticas, no discutimos las maneras en cómo hacemos diagnósticos y cómo intervenimos desde diferentes problemas”. Lo mencionado anteriormente es una de las razones por las cuales consideramos que es importante mirar a la intervención en lo social con mayor atención. El presente trabajo tiene la intención de mirar a la intervención desde su dimensión epistémica como una práctica científica. Sin embargo, para poder hablar de una dimensión epistémica es importante hacer explícita esta dimensión que dado que muchas de las veces las trabajadoras sociales asumen una



postura intuicionista y empírica frente a su práctica, esto dificulta la posibilidad de explicitar cuál es y cómo se configura esta dimensión. La necesidad de resignificar la intervención en lo social es una necesidad que ha sido reconocida ampliamente.

¿Qué sentido tiene hablar de la Epistemología del Trabajo Social (ETS) y cómo aporta a la resignificación? Y sobre todo, ¿cómo podemos aterrizar esta reflexión objetivamente en nuestra profesión? Estas no son preguntas fáciles de responder. Aunque se ha considerado importante una ETS, pensamos que la manera en que estas preguntas han sido abordadas no ha sido suficiente. Además, ¿Pueden estas preguntas ser centrales para explicitar lo Contemporáneo en el Trabajo Social? En el presente trabajo responderemos a estas preguntas.

El lector se preguntará si es necesario otro escrito sobre la ETS. Se han escrito trabajos problemáticos en esta materia: por ejemplo, el libro de *Epistemología y Trabajo Social* coordinado por Martín Castro, Julia Carapia y Silvia Vázquez. Este tipo de trabajos explícitamente abordan el tema de la Epistemología y el Trabajo Social. Consideramos que estos libros no han abordado con amplitud la ETS teniendo en cuenta la lectura que hacen los Trabajadores Sociales de la realidad social ni cómo se colocan frente a ella, y muchos menos como ello configura maneras específicas de abordar la práctica científica. A nuestro parecer, es importante entender estos elementos para comprender realmente qué tipo de estructuras epistémicas existen en Trabajo Social. Como indica Tello (2010), la cuestión sobre la centralidad del Trabajo Social en contraposición con la centralidad de la teoría del conocimiento y de la teoría social habla de la elusión de nuestra disciplina en nuestros propios discursos. Esto se refleja en la ETS cuando nos centramos en la epistemología de las ciencias sociales sin mirar al Trabajo Social mismo.

Para resolver esto plantearemos algunos puntos de reflexión sobre la mirada que debemos asumir para ir explicitando las epistemologías de la disciplina mediante la lectura y colocación frente a la realidad social y el cómo esto se materializa en una práctica social concreta como lo es la intervención en lo social. Estos puntos nos ayudarán a reflexionar sobre algunos debates históricos en torno a la construcción epistémica de nuestra disciplina.

Un problema central en varios textos sobre epistemología y Trabajo Social ha sido que la discusión en torno a ésta en ocasiones ha sido abordada de manera descontextualizada. No se toma en cuenta realmente cómo estas perspectivas epistémicas operan en las prácticas concretas de las trabajadoras sociales, sino en debates generales sobre abordaje de conceptos y definiciones de la teoría social o psicosocial. Esta descontextualización provoca que los escritos sobre Epistemología y Trabajo Social sean más de corte filosófico, en algunos casos, o generales a las ciencias sociales. Pensamos que una Epistemología centrada en la lectura,

la colocación y la práctica científica de nuestra disciplina permite contextualizar y explicitar lo que hace nuestra disciplina desde lo contemporáneo, y por tanto, qué tipo de supuestos epistémicos están detrás de las prácticas concretas de los profesionales en Trabajo Social.

La propuesta en la que estamos pensando contiene dos elementos fundamentales. El primer elemento es el de la lectura y colocación de la realidad social desde el Trabajo Social: por ejemplo, ¿cómo es que hacemos una lectura de la realidad social desde la disciplina?, ¿a qué necesidades disciplinares responde esta lectura y su posterior colocación?, ¿con qué herramientas se hace? Estas son el tipo de preguntas hacia las que requerimos transitar y no tanto a seguir preguntándonos cuáles teorías sociales han influenciado el discurso teórico del TSC.

El segundo elemento fundamental tiene que ver con la práctica científica del Trabajo Social. Si aceptamos la tesis de que el Trabajo Social es una disciplina social de carácter científico, entonces tenemos que aceptar que nuestra disciplina tiene una práctica científica. En años recientes se ha centrado más la mirada analítica sobre nuestro propio quehacer (Galeana y Tello, 2010; Cifuentes, 2004; Estrada, 2011). Hacer explícita una epistemología del TSC implica preguntarse sobre los compromisos epistémicos que están en juego en ella: los valores, el uso de instrumentos, los elementos cognitivos y la manera en que la racionalidad teórica y práctica se pone en juego. Por lo tanto, la lectura y colocación de la realidad social y la práctica científica no pueden dissociarse y a lo largo de este trabajo defendemos esta idea y explicaremos de qué manera un análisis sobre las ETS debe voltear su mirada a este entretelado de elementos<sup>2</sup>.

Es necesario aclarar algunas consideraciones conceptuales importantes para entender a qué estamos haciendo referencia cuando utilizamos ciertos conceptos. Nuestra propuesta conceptual serán los términos de lectura y colocación: entenderemos la lectura de la realidad relacionada con una variedad de habilidades epistémicas: observación, selección, análisis, síntesis, etc. y por colocación entenderemos la manera en la que se objetivan esas habilidades epistémicas en una práctica material concreta que llamaremos práctica científica, es decir, que la colocación es el puente epistémico entre la lectura y la práctica. En este sentido cuando hablamos del TSC debe entenderse que estamos hablando de maneras de leer y colocarse desde el Trabajo Social frente a la realidad social.

El término de práctica será desarrollado con mayor amplitud posteriormente en este trabajo, sin embargo, es necesario hacer algunas puntualizaciones básicas. El término de práctica científica al que nos referiremos aquí aborda al trabajo de Sergio Martínez y Xiang Huang (2015) sobre una filosofía de la ciencia centrada en prácticas. A grandes rasgos, Martínez (Esteban y Martínez, 2008: 160) define

---

<sup>2</sup> En adelante utilizaremos la nomenclatura LCP para referirnos a la triada: lectura de la realidad, colocación frente a la realidad y Práctica Científica.

una práctica como “el alineamiento de diferentes tipos de recursos en un patrón de actividad estable con una cierta estructura normativa que tiene la capacidad de propagarse como una relativa unidad a través de diferentes grupos de agentes.” Nos parece importante recuperar la práctica científica para explicitar en Trabajo Social la estructura normativa<sup>3</sup> que ha sido constituida históricamente, y el cómo este desconocimiento crea un desajuste entre el discurso disciplinar y la práctica concreta.

### **Sobre el sentido de explicitar las epistemologías del TSC**

La respuesta sobre el sentido de cómo abordar este tema parecería ser en un primer momento una pregunta trivial. ¿No es acaso que toda disciplina o ciencia que se jacte de serlo tiene que fundamentarse en la epistemología y específicamente la científica? Podemos responder, de manera provisional, que entender o estudiar epistemología no es una condición necesaria para realizar de manera correcta o exitosa una práctica científica. Muchas de las prácticas y los diferentes estilos de razonamiento que aprendemos para resolver problemas de nuestra disciplina o los estilos de investigación/intervención que utilizamos los aprendemos por repetición, por hábito o por el alineamiento institucional producto de las normas que rigen las instituciones donde se labora.

Seguido de esta idea, la epistemología no es necesariamente central en la investigación/intervención. En este sentido, no estamos de acuerdo con Castro (2014: 20) cuando dice: “la epistemología es el inicio de todo proceso de investigación, no solamente en las ciencias sociales, sino también en las otras ciencias llamadas puras”. En contraste con Castro, Rheinberger (1997: 27), hablando sobre el proceso de investigación afirma que “un investigador no se ocupa, por regla general, de experimentos aislados en relación con una teoría, sino más bien con todo un arreglo experimental diseñado para producir conocimiento que aún no está a su disposición”<sup>4</sup> Por tanto, anterior a una reflexión epistémica explícita, está la necesidad de producir un conocimiento que aún no está a nuestra disposición, y que muchas de las veces, inicia con un arreglo experimental -en el caso del TS el arreglo experimental sería nuestra estrategia o modelo de intervención- que no necesariamente está relacionado con una teoría única o excluyente<sup>5</sup> de usar otras. La experiencia es previa a la reflexión epistémica y, por lo tanto, creemos que la afirmación de Castro es incorrecta.

---

<sup>3</sup> Cuando hablamos de estructura normativa pensamos en lo que, por ejemplo, Eraña (2003) sobre los principios del razonamiento que nos permiten comprender cuando estamos hablando de un buen razonamiento y de nuestra competencia racional. Esto implica, desde nuestra propuesta, que el principio del buen razonamiento no sólo está dado por el pensamiento mismo sino relacionado con cómo ese razonamiento nos obliga a asumir ciertas prácticas y rechazar otras. En Trabajo Social esto implica la manera en la que justificamos y defendemos lo que se consideraría racionalmente una buena intervención en lo social y una inadecuada.

<sup>4</sup> [Trad. Propia] A researcher thus does not, as a rule, deal with isolated experiments in relation- to a theory, but rather with a whole experimental arrangement designed to produce knowledge that is not yet at his disposal”.

<sup>5</sup> En principio entendemos que todo pensamiento científico tiene una carga teórica previa que tampoco es explícita. Lo que aquí queremos hacer ver es que en el diseño explícito del arreglo experimental, o del modelo de intervención o al menos de su diseño, no necesariamente viene ya predefinido un marco teórico. Éste último se va eligiendo de acuerdo a la lógica que la propia intervención requiere para abordar la situación-problema particular.

Otro tema es que muchos de los textos que explícitamente han abordado el tema de ETS se han centrado en hablar de epistemología para legitimar al Trabajo Social frente a otras disciplinas. Si bien es cierto que durante la reconceptualización estábamos en esa búsqueda de legitimidad, pensamos que actualmente el sentido de pensar una epistemología de nuestra disciplina debe ser diferente. Queremos argumentar que la reflexión epistémica debe tener como finalidad el mejorar nuestra práctica científica: la intervención en lo social. Esto implica entender que existen intervenciones sociales más adecuadas que otras y que no necesariamente recurren a una reflexión epistémica explícita, porque como ya hemos dicho no pensamos que la epistemología sea el inicio de toda investigación.

También debemos ir en contra del mito de que la relación práctica-teoría tiene como finalidad la verificación de la teoría. Castro (2014: 31) menciona que “[...] en la relación teoría-práctica se observa una auto-reproducción y verificación de la teoría”, para lo cual queremos contraponerlo con el argumento de Martínez y Huang (2015) de que los científicos normalmente no buscan probar o verificar teoría sino utilizarla. La teoría se utiliza para producir conocimiento que no está a nuestra disposición mediante un diseño experimental y esto es cierto para una disciplina social como lo es el Trabajo Social cuya práctica científica central es la intervención en lo social. Por tanto, el sentido de pensar una ETS tampoco puede reproducir esta visión del papel de la teoría en la ciencia y ver al científico social ni tal trabajador social como verificador de teoría. Esto nos permite trascender la noción de centrarnos sólo en preguntas de investigación y transitar a las preguntas de intervención (Tello, 2010).

Desde nuestra perspectiva esto tampoco debe llevarnos al otro extremo en el que podemos prescindir de modelos teóricos. Bautista y Sánchez (2014) aseguran que

“En definitiva aproximarse a la realidad no es caer en un enfoque u otro, ya que sería encasillar las formas de actuar, es acercarse buscando formas de razonamiento libres de concepciones estructuradas y ejercicios apriorísticos; es evitar las prenociones realizando un trabajo relacional de los diversos enfoques, pero sin inclinarse por alguno en particular.” (40)

Nos parece que tal argumentación parte de una inadecuada lectura de Zemelman<sup>6</sup>. Justamente este tipo de argumentos nos alejan de poder pensar en hacer explícita una ETS ya que si no hay enfoques hacia los cuales inclinarse, entonces no hay una estructura normativa que nos indique qué considerar una práctica de intervención adecuada en Trabajo Social y una inadecuada.

Ahora que nos hemos distanciado de algunos posicionamientos sobre el sentido

---

<sup>6</sup> Autor al que referencian posteriormente para justificar su argumento. Si bien Zemelman alude al pensamiento epistémico como una instancia de un pensamiento que se ajuste al presente, eso no significa que Zemelman abogue por un pensamiento que no asuma posturas frente a la realidad.

de pensar una estructura epistémica en Trabajo Social, queda la pregunta de entonces cómo hacer esta estructura más explícita.

¿Cómo hacer sentido de la idea de que el Trabajo Social requiere repensar la manera de abordar su propia dimensión epistémica a partir de los conceptos que se han mencionado anteriormente? Cuando hablamos de el sentido de entender la lectura de la realidad y sus consecuencias estamos hablando de la posibilidad de hacer explícito lo implícito en la manera en la que analizamos la dimensión epistémica del Trabajo Social Contemporáneo.

Brandom (2005) en su libro *Hacerlo Explícito*, hablando de la fuerza normativa de las razones y los conceptos que usamos para dar cuenta de esas razones, dice:

Esta fuerza de las razones mejores es una fuerza normativa. Se refiere a la cuestión de cuáles entre las creencias que puedan surgir uno se compromete a reconocer, qué conclusiones uno debe sacar y a qué uno está comprometido o legitimado para decir o hacer. Hablar de razones, plantear cuáles son y de qué, no se refiere en primer lugar a cómo la gente actúa o actuaría sino a cómo debería actuar, o sea, qué es lo que debería reconocer. (54)

Para nuestro análisis es importante aludir a lo normativo, es decir, a cómo las diferentes posturas del TSC nos indican desde sus miradas cómo deberían actuar las trabajadoras sociales en su quehacer profesional. A esto es a lo que llamaremos colocación. Aun cuando nos planteamos en algunas ocasiones el hablar de lo que hacemos, cuando nos encontramos en el proceso de dar cuenta de nuestra disciplina hacemos alusión a lo que debería ser el Trabajo Social. Esto implica a su vez que damos cuenta de lo que deberíamos reconocer. ¿Pero reconocer qué? El reconocimiento de cómo articulamos una lectura de la realidad social desde su complejidad, la cual posteriormente, como ya se ha mencionado, nos colocará frente a ésta misma para después articularla en una práctica científica concreta: la intervención en lo social.

Los conceptos o la manera de dar razones norman al Trabajo Social y su influencia en esta triada: lectura, colocación y práctica científica (LCP). A manera de ejemplo: la palabra asistencia y ayuda repetida frecuentemente por nuestros colegas a la hora de referirse a su práctica profesional o lo usual que es en México seguir hablando de concientizar o de informar. Esto podría parecer trivial si nos quedamos en un nivel superficial y pensamos que es evidente que el uso de las palabras influye en la práctica de las trabajadoras sociales. Lo que no es evidente es cómo analizar estas estructuras conceptuales que norman LCP a un nivel concreto en el Trabajo Social. Por eso, a nuestra consideración, este tipo de análisis epistémico

tendría que enfrentarse al estudio de esta estructura normativa que se concreta en LCP volteando la mirada sobre la intervención en lo social y la manera en se manifiestan objetiva y materialmente en el quehacer concreto de las profesionistas.

Si lo normativo, es decir, aquellos discursos que hablan sobre qué deberían hacer las profesionistas del Trabajo Social, sienta las bases para LC, como se ha discutido ampliamente en Urbalejo (2018), en tanto que históricamente el Trabajo Social ha dado paso a diferentes maneras de hacer Trabajo Social. Por ejemplo, cuando Richmond (2001) habla de “principios y métodos” del Trabajo Social y da razones que justifican el por qué el Trabajo Social debiera tener principios como cualquier otra ciencia, ¿eso qué nos obliga a reconocer? Que si hablamos de principios del Trabajo Social a “la luz de la ciencia”, entonces ello nos comprometería con la idea de lograr que la disciplina sea reconocida como una ciencia, y que ello a su vez implica apegarse al método científico. Otro ejemplo: Fink (1942: 366) dice que el Trabajo Social es “un ofrecimiento de servicios en una oficina de beneficencia pública dentro de los límites de esa agencia” y que desde ese reconocimiento nos vemos obligados a reconocer que nuestra función es ofrecer servicios apegados a una agencia o una institución y que eso nos compromete a respetar esos lineamientos como parte de nuestro ejercicio disciplinar. ¿Nos suenan familiares estos compromisos disciplinares?

Pero, el sentido de una ETS no es detenerse en el punto del reconocimiento y los compromisos concretos derivados de la estructura conceptual. Lo normativo está implícito dentro de la dinámica de LCP y su objetivación en la intervención en lo social, no sólo desde lo discursivo sino desde lo práctico. Es esta multiplicidad de estructuras normativas que finalmente permite la existencia de diferentes maneras de colocarse dentro del Trabajo Social. Es aquí en donde tenemos que situar nuestra mirada para desentrañar las estructuras epistémicas normativas de la disciplina.

En Trabajo Social tenemos tres maneras de colocarse frente a la disciplina: lo Tradicional, lo Reconceptualizado o lo Contemporáneo. Estas tres maneras de colocarse tienen estructuras normativas que articulan prácticas de intervención que podemos reconocer con relativa facilidad<sup>7</sup>. Esta diferenciación nos ayuda a comprender la pluralidad de prácticas de intervención a fin de mejorar y tener un nivel de mayor control y conciencia sobre lo que se hace siempre en relación con los compromisos que asumimos en los discursos sobre qué son los modelos de intervención.

Barceló afirma que (2019:50): “... una vez que nos proponemos algo como meta o proponemos una tarea, no basta tener éxito y conseguir eso que nos proponemos para decir que lo logramos. Es necesario también que el logro no haya sido

---

<sup>7</sup> Basta leer las diferencias en las propuestas del TSC en México y América Latina para entender que cada propuesta implica un deber-ser diferente, que aunque articulado por lo que hace al Trabajo Social una disciplina, impone prácticas diferenciadas sobre lo que se considera adecuado o inadecuado hacer como profesionista.

*accidental o por suerte, sino el resultado directo de ejercer alguna capacidad...".* Lo que queremos evitar es que nuestra intervención en lo social sea producto del accidente y que tengamos un mayor control en alcanzar los fines o resultados que nos establecemos.

### **Lectura, colocación y práctica (LCP)**

¿Qué es esta triada que hemos dado en llamar lectura y colocación frente a la realidad social articulada en una práctica de intervención? Comencemos hablando de su importancia. En Trabajo Social solemos pensar la realidad en una serie de claves preconcebidas: lo clínico, lo penitenciario, lo educativo, la visita domiciliaria, etc. Estas claves suelen ayudarnos a leer la realidad social, es decir, que estas claves de lectura nos dicen que problemas sociales debemos mirar y cuáles ignorar. Entonces, es diferente para una trabajadora social en formación pensar en términos de la atención clínica de la trabajadora social y las diferentes funciones que ello implica, a por ejemplo, pensar en términos de la atención a víctimas indirectas de la violencia feminicida que no encuentra su clave en el Trabajo Social Tradicional ni Reconceptualizado. Estas claves nos ofrecen lecturas de la realidad preconcebidas, frente a las cuales nos han formado para colocarnos de cierta manera: la necesidad de ayudar, el deber de informar, la intención de dictar una plática o de canalizar a un sujeto a otra institución, etc.

La cuestión está en si estas claves permiten hacer una lectura de la realidad en el presente o si nos limitamos a reproducir claves a nivel de nuestras prácticas discursivas. Si esto último es el caso, entonces nuestra colocación frente a la realidad social parte más de una reproducción aprendida y, por lo tanto, nuestra práctica de intervención es producto de un acto de reproducción y no de reflexión. Nuestra propuesta hace eco con lo que dice Paredes (2014) al respecto de las lecturas de realidad social y el conocimiento que a partir de ellas producimos:

La tarea de conocer no se define desde sistemas teóricos que actúan como formas de clausura en la fijación de objetos, sino desde la articulación de categorías en la producción de problemáticas. Lo anterior plantea la necesidad de formular el conocer desde otras alternativas, privilegiando la función epistemológica por sobre la teórica. (127)

En este sentido, una ETS debe revisar y analizar si desde las prácticas discursivas y normativas estamos situando nuestra mirada en la "fijación de objetos" que yo he dado en llamar claves y no tanto en articular categorías que nos permitan la producción de problemáticas. La consecuencia de mantenerse en la primera situación es la incapacidad que tenemos para problematizar cuestiones que no están

fijadas dentro de las claves ya mencionadas. Ser capaces de articular categorías que permitan la producción de problemáticas desde una lectura de la realidad social que acontece en el presente es condición necesaria para pensar la estructura epistémica del Trabajo Social. De ahí nuestra hipótesis es que el Trabajo Social ha transitado lenta y dificultosamente hacia otras situaciones-problema del contexto contemporáneo al seguir hablando de problemáticas tal y como han sido caracterizadas desde la colocación Tradicional o Reconceptualizada. Sin embargo, esta capacidad reflexiva de transición es una condición necesaria más no suficiente. Paredes (2014) afirma:

La función epistemológica supone una lógica de inclusión, coherente con una visión de apertura a lo complejo de la realidad social, mientras que la función teórica trabaja la exclusividad. Es decir, una lógica basada en un movimiento articulador, que va incluyendo diferentes tiempos, espacios, procesos, hacia un momento de condensación denominado “presente”. (127)

La lectura de la realidad social para el Trabajo Social debe seguir dicha lógica de inclusión toda vez que las estrategias y los modelos de intervención están insertos en esa complejidad y emergencia de lo social. Esta incapacidad de moverse articuladamente se refleja en las diferentes prácticas lingüísticas y discursivas que norman la práctica del Trabajo Social. Este no es sólo un reto para nuestra disciplina, sino para las ciencias sociales en general. Sin embargo, los planteamientos hechos hasta el momento sobre una ETS se centran demasiado en definir claves como modelo, paradigma, teoría, etc. y fijarlas de manera descontextualizadas de una lectura articuladora o de una pertinencia sobre cómo colocarse frente al uso de éstas palabras para nuestros análisis epistémicos en Trabajo Social. Mucho de lo que se ha hecho hasta ahora es centrar la mirada en una epistemología general de las ciencias sociales sin aterrizarla en las prácticas de intervención concretas de profesionistas del Trabajo Social.

Nuestra propuesta es que debemos analizar y estudiar las diferentes maneras y los elementos involucrados en una lectura de la realidad social que sea relevante para la colocación y la práctica de intervención en lo social. ¿De qué manera? A través de la reconstrucción narrativa que las trabajadoras sociales hacen de la realidad social que leen, las inferencias que de ello hacen y los compromisos tanto inferenciales como prácticos que se derivan de ello. Rouse (1996) plantea la reconstrucción narrativa en estos términos:

La representación narrativa siempre tiene lugar en el medio de la historia. Las acciones ya se sitúan como respuestas a lo que vino antes, pero el significado tanto de la situación como de la acción



depende de su dirección hacia los posibles fines. Esos fines son siempre retrospectivas proyectadas, proyectadas en el un antefuturo indicativo, y abiertas a revisión a medida que la situación se desarrolla. Pero tales revisiones transforman parcialmente el sentido de la situación original y las acciones tomadas dentro de ella. Por lo tanto, la situación en la que estamos y lo que estamos haciendo aún no está totalmente determinada. (146)<sup>8</sup>

Es decir, que la propia reconstrucción narrativa no está fundamentada en el vacío, sino en acciones que ya están enmarcadas en prácticas históricamente predisuestas y que la fijación de claves ha articulado una serie de acciones igualmente predisuestas, que a su vez están fijadas en múltiples representaciones y reconstrucciones narrativas del Trabajo Social que buscan dar razón y sentido a estas mismas acciones. Debemos mirar con suficiente cuidado si, dentro del “juego de dar y pedir razones” el sujeto profesionalista que justifica su quehacer logra articular explícitamente los compromisos normativos y prácticos que de ahí se derivan sobre todo en la forma en la que desde lo Contemporáneo hacemos lecturas de la realidad social. De lo contrario, aun hablando de modelos y paradigmas, o de estrategias de intervención, no lograremos entender la dimensión normativa que subyace y que da coherencia a estas prácticas discursivas y de intervención. Pero no basta la reconstrucción narrativa, pues el análisis de la práctica científica debe dar cuenta de si efectivamente nuestras narrativas se materializan en la práctica, o si hablamos de narrativas vacías o inaplicables por profesionistas en Trabajo Social.

Ejemplifiquemos lo anterior: Eli Evangelista (2018) en su libro *Aproximaciones al Trabajo Social Contemporáneo* abre definiendo a la disciplina como una “Filosofía de la Acción y un Arte-Científico”.

¿Cómo la reconstrucción narrativa nos coloca frente a la realidad social? La respuesta a esta articulación y colocación está en la práctica científica, que en el caso del Trabajo Social es la intervención en lo social. La visión de Evangelista sobre lo que el Trabajo Social debería ser -lo normativo- está enmarcado en un proyecto Transmoderno -es decir, en el futuro- que parte una lectura de la realidad social actual -la crítica de la modernidad- y la manera en la que la disciplina se enmarca desde ahí. Su colocación frente a ello le hace pensar en la multidimensionalidad del Trabajo Social como proyecto de la modernidad pero que busca superarla. Ello implica que la práctica científica desemboque en el llamado Modelo Multidimensional. Si uno analiza desde LCP este recorrido damos cuenta de que esta lectura de lo que es nuestra disciplina, desde un criterio tan amplio pasando por la filosofía, lo artístico y lo científico es tan amplio que coloca al profesionalista en una perspectiva de múltiples dimensiones como lo son la gestión, el empoderamiento, la responsa-

<sup>8</sup> [Trad. Propia] *Narrative enactment always take place from within the middle of the story. Actions are already situated as responses to what came before, but the significance of both situation and action depends on their direction toward possible ends. Those ends are always projected retrospections, cast in the future perfect tense, and open to revision as the situation develops. But such revisions thereby partially transform the sense of the original situation and the actions taken within it. What situation we are in and what it is we are doing are therefore not yet fully determined.*

bilidad social, la resignificación, etc.

Contrastando con este ejemplo tenemos la propuesta Tello-Ornelas (2017) que definen al Trabajo Social desde el diseño de estrategias de intervención desde procesos de cambios sociales con sujetos en un momento determinado. Esta definición más focalizada y menos amplia deviene en una lectura social diferente más centrada en el carácter científico de la disciplina con un fin más concreto, que contrasta con un giro de lectura más *sui generis* como lo es el de Evangelista. Normativamente, la propuesta de Evangelista sitúa mucha presión epistémica sobre el sujeto profesionalista sobre el deber-ser y el alcance de su quehacer. Situando este contexto podemos ver como la propuesta Tello-Ornelas permite establecer fines epistémicos que estén acotados a herramientas prácticas y metodológicas más concretas desde una normatividad mucho más realista y menos difusa que permite la construcción de modelos concretos y operativizables.<sup>9</sup>

No es objetivo de este escrito defender una visión por sobre de la otra, sino mostrar cómo LCP puede dar cuenta de la manera en la que se configura el Trabajo Social al establecer los elementos que juegan parte de una estructura epistémica normativa que construye sus propias prácticas. La propuesta de Evangelista configura una práctica científica con exigencias y estándares epistémicos que en lo concreto no sabemos si podrán cumplir los sujetos profesionalistas en términos del diseño de modelos de intervención en lo social.

Pasando a nuestro siguiente elemento ya hemos adelantado que entendemos una práctica científica desde la perspectiva de Sergio Martínez. Para Martínez (2008) las prácticas están compuestas por habilidades, estructuras cognitivas, medios materiales, valores, normas y fines. En el caso del Trabajo Social el tipo de habilidades que se requieren para intervenir, las estructuras cognitivas que subyacen a dichas habilidades y que permiten la reproducción de la práctica científica a través del aprendizaje. Esto incluye la manera en la que las instituciones educativas encargadas de la formación de trabajadores sociales enseñan a razonar, a leer la realidad social y a colocarse frente a ella al dar respuesta a las problemáticas sociales analizadas. Los medios materiales serían aquellos instrumentos que utilizamos para llevar a cabo nuestra práctica. En el caso de valores y normas nos referimos a aquellos que dan estabilidad a la práctica normando sus límites y sus alcances.

Un ejemplo de ello puede ser el cómo se nos enseña que un valor importante de nuestra disciplina está relacionado con la ayuda, convirtiendo a cualquier práctica que entre dentro de esta categoría como hacer trabajo social, y por lo tanto, difu-

---

<sup>9</sup> En este sentido la propuesta de Eli deviene en cuestiones como construcción de utopía, recuperación de la nostalgia, incidencia, gestión pública, resignificación, identidad, reencantamiento, etc. Elementos que son una vez insertados dentro de un modelo tienen sus propias exigencias epistémicas y metodológicas y que cabe la pregunta si un profesionalista será capaz a nivel práctico y cognitivo de atender a todos esos elementos a riesgo de no atender alguno en concreto. Un problema que históricamente hemos tenido en nuestra disciplina. Precisamente LCP nos permite atribuir condiciones epistémicas a las maneras en las que pensamos al Trabajo Social desde lo epistemológico pero también desde lo metodológico. No hay que olvidar que los modelos son operados por sujetos concretos, y que los modelos con más elementos no necesariamente son mejores, pues se ha demostrado que el principio de simplicidad también tiene una importancia metodológica importante.

minando los límites entre las acciones de ayuda que serían consideradas como parte de la disciplina y las que más bien están insertas en una decisión personal de actuar en pro de otra persona pero sin incluir los demás elementos propiamente de la práctica. Finalmente se encuentran los fines. Para Martínez (2008) los fines de una práctica *“no son otra cosa que una manera coherente y sucinta de expresar la estructura normativa de la práctica como un todo, y que por lo tanto permiten identificar aquellos elementos de la práctica que, con respecto a sus fines, requieran modificación o cambio sin que por ello la práctica pierda su identidad”* (160).

¿Cuál es el fin de nuestra intervención en lo social? En Trabajo Social se ha caracterizado de varias maneras: transformación, cambio social, adaptación, etc. pero sin embargo, la práctica en sí misma no pierde su identidad, ya que muchas de las veces nos encontramos con colegas que utilizan los mismos medios, incluso los mismos tipos de razonamiento inclusive cuando los fines son distintos. Justamente en la práctica es donde se articulan todos estos elementos.

Martínez y Huang (2015:92) afirman que *“el proceso de la práctica científica es contingente en el sentido de que, antes de realizar una investigación, su desarrollo no puede ser preestablecido de manera completa por las normas que guían su desarrollo”*. De este modo es que desde nuestra propuesta nos vemos en la necesidad de evaluar nuestro proceso de intervención en lo social, ya que al ser también contingente tenemos que entender qué y cómo es que la manera en la que entendemos y configuramos nuestra práctica nos lleva hacia tal o cual dirección.

Nuestra propuesta es justamente mirar a la práctica científica como una articulación que dé cuenta de cómo construimos conocimiento a través de nuestra práctica de intervención en lo social. Son nuestras habilidades y estructuras cognitivas las que nos permiten, en primera instancia, hacer una lectura de la realidad social. Esta lectura, que incluye la observación y la articulación de diferentes elementos de la realidad social, es parte también de la práctica en sí misma. Posteriormente, nuestra colocación frente a esa realidad implica la toma de decisiones con respecto a qué medios materiales utilizaremos, sobre qué valores y sobre qué normas nos guiaremos para alcanzar el fin último de nuestra práctica: nuestra intervención en lo social.

Martínez y Huang (2015) dan cuenta de una serie de factores a través de una interpretación de Rouse sobre Kuhn que nos parece relevante señalar a manera de justificar porque nuestro enfoque es importante y se contrapone a una epistemología que solamente revise el papel de la teoría social en el Trabajo Social:

- *Los presupuestos de las investigaciones científicas no pueden hacerse completamente explícitos en representaciones teóricas: en esta medida es*

importante considerar las habilidades y técnicas de los investigadores -en nuestro caso también interventores- y en las condiciones materiales que posibilitan o impiden cierto tipo de prácticas

- *La observación tiene que ver con la capacidad cognitiva pero también por consideraciones prácticas y las habilidades del observador:* estas consideraciones están marcadas en el caso de nuestra disciplina por las tres configuraciones ya mencionadas y la manera en la que cada configuración desarrolla habilidades en las profesionistas sobre qué vale la pena observar y en lo que vale la pena intervenir. Es así como temas sociales emergentes pueden ser ignorados por algunas profesionistas.
- *El lenguaje teórico contribuye sólo parcialmente al entendimiento que los científicos tienen del mundo:* en el caso del Trabajo Social, nuestro entendimiento no sólo está dado por la teoría sino por nuestras intervenciones y la manera en la que se nos ha educado del cómo hacerlas.
- *El significado de lo que dice un científico está determinado parcialmente por las prácticas en las que está involucrado:* lo cual implica que nuestra disciplina que tiene como centro a la intervención en lo social construirá el sentido del Trabajo Social en torno a esta centralidad, siendo la teoría sólo una herramienta adicional. Por lo cual el análisis de la teoría social sólo nos da un entendimiento parcial e incompleto de cómo se configura la ETS.

Esto nos separa de quienes han mirado a la ETS limitado a la epistemología de las ciencias sociales sin dar cuenta de la práctica del Trabajo Social. Si bien es necesario enmarcar nuestra mirada epistémica dentro de las ciencias sociales, esto no significa que una revisión de dichas miradas más amplias y generales sea pensar la epistemología de nuestra disciplina. Por ello nuestra propuesta se sitúa en delimitar el análisis epistémico a la intervención en lo social, descomponiéndola en los elementos que ya se han mencionado, pero desde la perspectiva de la lectura y la colocación.

Siguiendo nuestra idea de la importancia de la práctica científica, es justamente en la intervención en lo social donde se materializan -o se corporizan- los estándares epistémicos que conforman la disciplina. Si bien podemos dar cuenta de las influencias de las ciencias sociales en cómo se conforman algunas nociones epistémicas, no es sino en la intervención en lo social donde realmente éstas operan. Así, podemos dar cuenta de cuales se descartan, cuales se integran, cuales son propias de nuestra disciplina y cuales tienen una influencia de otras disciplinas. No hay forma de entender la ETS sin entender cómo de hecho las trabajadoras sociales construyen e integran estructuras epistémicas corporizadas en prácticas.

Es justamente la intervención en lo social la que termina de colocarnos frente a la realidad social, la que da cuenta de nuestros valores epistémicos pero también de nuestros valores éticos y políticos frente al presente social. Podemos dar cuenta del cómo se colocan las trabajadoras sociales, por ejemplo, en el campo de la salud viendo la manera en la que estructuran su práctica, cómo construye al sujeto de intervención, la manera en la que infieren ciertas conclusiones sobre la situación-problema y sí esta manera de inferir conclusiones se asemeja a la conclusión diagnóstica en medicina, etc.

En este sentido, LCP es una herramienta metodológica para la ETS que aborda la epistemología desde otra perspectiva. ¿Por qué no centramos en otros temas históricos para el Trabajo Social con respecto a su epistemología? Por ejemplo, se ha aludido mucho a la búsqueda del objeto de estudio y el objeto de intervención. Esto nos parece más una preocupación metodológica que, si la tomamos como punto de partida, no permite abarcar con amplitud la práctica concreta del Trabajo Social en diferentes dimensiones, no solamente teóricas o de delimitación. Tampoco es de nuestro interés hablar solo de modelos de intervención en lo social, pues de nuevo nos parece que la intervención es una práctica mucho más amplia que no sólo implica el desarrollo de modelos sino también el uso de instrumentos, la utilización de teoría, la resolución de dilemas ético-políticos, etc.

## Conclusiones

En muchos textos de ETS se han tratado temas variados como: objeto de estudio,-objeto de intervención, se ha abordado un recorrido histórico de las teorías y modelos de las ciencias sociales en modelos del Trabajo Social, u otras veces se han analizado perspectivas epistémicas de las ciencias sociales en América Latina. Nosotros consideramos estos elementos importantes pero insuficientes. Desde nuestra perspectiva, una epistemología que sea propia de nuestra disciplina debe voltear su mirada a la intervención en lo social desde una perspectiva de LCP.

Esto nos ayudaría a integrar los diferentes elementos que han sido parte del análisis epistémico de nuestra disciplina en un espectro más amplio que no solamente se quede a un nivel descriptivo sino que también pueda asumir una dimensión normativa, por poner algunos ejemplos de cuestionamientos que pueden ser relevantes: ¿cómo se construye la estructura epistémica del Trabajo Social desde la intervención en lo social? ¿cómo inferimos conclusiones en los diagnósticos sociales a partir de una lectura de la realidad social? ¿de qué manera construimos nuestros modelos y hacia qué fines los dirigimos?, entre otros.

Esto también implica que dejemos de obviar al Trabajo Social en nuestros análisis epistémicos. Si bien podemos aludir a propuestas epistémicas interesantes de las ciencias sociales, si éstas no están integradas a la manera en la que realmente intervenimos en lo social, entonces no estamos hablando de una epistemología de Trabajo Social, sino una epistemología de las ciencias sociales. No debemos detenernos ahí si queremos entender mejor nuestra disciplina y además mejorar la manera en la que intervenimos. Constantemente nos hemos preguntado mucho por la cuestión metodológica de la disciplina y pensamos que muchas de estas preguntas pueden ser más fructíferas si agregamos los diferentes elementos que nuestra propuesta agrega al debate.

Finalmente es importante resaltar que los elementos de LCP pueden mirarse por separado: desde la lectura de la realidad social podemos analizar lo teórico, desde la colocación los fines y valores, y desde la práctica podemos analizar lo metodológico. Sin embargo es importante entender que LCP forma parte de una práctica científica global del Trabajo Social que es la intervención en lo social. Todo ello se articula concretamente en el sujeto-profesionista, pero a fin de cuentas integrar esto permite pensar en un acercamiento hacia una nueva manera de pensar lo epistemológico en nuestra disciplina.

## Referencias

- Barceló, A. (2019) Falibilidad y normatividad: un análisis filosófico de la suerte. México: Cátedra.
- Brandom, R. (2005). *Hacerlo explícito: Razonamiento, representación y compromiso discursivo*. Barcelona: Herder.
- Castro, Martín, Chávez, Julia y Vázquez, Silvia (coord.) (2014). *Epistemología y Trabajo Social*. México: Editorial SHAAD, Tomo II.
- Eraña, A. (2003). *Normatividad epistémica y estructura heurística del razonamiento*. México: Crítica: Revista Hispanoamericana de Filosofía, 35 (104), 69-108. <http://www.jstor.org/stable/40104911>
- Escolar, C. y Travi, B. (2010). *Prácticas profesionales, modelos de intervención y proceso de producción de conocimientos*. México: VI Época (1), 74-89.
- Estrada, V. (2011). Trabajo Social, intervención en lo social y nuevos contextos. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 16, 21-53.
- Evangelista, E. (2018). *Aproximaciones al Trabajo Social Contemporáneo*. México: Editorial Entorno Social.
- Fink, A. (1942). *The field of social work*. New York: H. Holt.
- Galeana de la O, S. y Tello, N. (2010). *Fragilidad y debilidad del discurso en Trabajo Social: Ausencia de la construcción desde la intervención social*. México: VI Época (1), 22-35.
- Martínez, S. (2008) Un lugar para las prácticas en una filosofía de la ciencia naturalizada, en Esteban, J. y Martínez, S. (comp.) (2008). *Normas y prácticas en la ciencia*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Martínez, S. F., & Huang, X. (2015). *Hacia una filosofía de la ciencia centrada en prácticas* (Primera edición). Bonilla Artigas Editores.
- Muñoz, G. y Larraín, D. (2019). *Interseccionalidad y los programas sociales pro-integralidad: lecturas críticas sobre intervención en lo social*. Tabula Rasa, 30, 153-170. <https://doi.org/10.25058/20112742.n30.08>
- Ornelas A. y Brain, M. L. (2015). *Influencia de las producciones teórico-metodológicas de Trabajo Social en la formación de trabajadores sociales en la Escuela*

*Nacional de Trabajo Social: El caso de la práctica comunitaria, periodo 2005-2015.* Ciudad de México: ENTS-UNAM.

Paredes, J.P. (2014). Pensamiento epistémico y conocimiento social: Emergencias y potencialidades en la investigación social. *Revista de Estudios Sociales*, 48, 125-130. <https://doi.org/10.7440/res48.2014.10>

Rheinberger, H. (1997). *Towards a History of Epistemic Things*. Oxford: Oxford Press.

Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

Rouse, J. (1996). *Engaging Science: How to Understand its Practices Philosophically*. Estados Unidos de América: Cornell University Press.

Rouse, J. (2002). *How Scientific Practices Matter: Reclaiming Philosophical Naturalism*. Chicago: The University of Chicago Press.

Tello, N. (2010). *Ires y venires de la intervención de Trabajo Social*. México: VI Época, (1), 60-71.

Tello, N. y Ornelas, A. (2017). *Estrategias y modelos de intervención de trabajo social: aportes para su construcción*. ENTS-EOPSAC. México.

Urbalejo, C. (2018). *Los fundamentos teórico metodológicos del trabajo social a través de su construcción histórica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social. <https://132.248.9.195/ptd2018/mayo/0774393/Index.html>

Zemelman, H. (2011). *Configuraciones críticas*. México: Siglo XXI Editores.



# **Envejecimiento e institucionalización: reflexiones en torno al maltrato e institucionalización coercitiva de las personas adultas mayores**

María de la Luz Sobrevilla Cruz<sup>1</sup>

## **Resumen**

De acuerdo con Guevara (2016), la institucionalización de personas mayores se entiende como la práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado donde profesionales de la salud, del área psicosocial, u otras personas particulares, se encargan de la atención y cuidado de las personas mayores, que por su condición económica, ausencia o descuido familiar, estado de salud, vulneración de derechos, etc., han ingresado a este tipo de residencias, generándose impactos y modificaciones en su cotidianidad.

El presente estudio se deriva de una investigación más amplia (tesis de maestría) en la cual se tiene como objetivo conocer las causas de la institucionalización coercitiva en personas mayores del municipio de Monterrey, desde una perspectiva de Derechos Humanos. En este artículo solo se presentan las diferentes posturas de autores relacionadas con el envejecimiento, familias, institucionalización y formas de violencia; la normativa sobre derechos de personas mayores a nivel global y nacional; y las diferentes instituciones que actualmente trabajan con este sector de la población a nivel nacional. Es decir, el objetivo de este artículo es mostrar y discutir algunos de los estudios relacionados con maltrato y la violencia y su posible relación con la institucionalización coercitiva de las personas mayores.

**Palabras clave:** personas mayores, envejecimiento, familia, violencia, derechos humanos, institucionalización.

## **Abstract**

According to Guevara (2016), the institutionalization of older persons is understood as the practice that implies the entry into a care space where health professionals, the psychosocial area, or other private people, are responsible for caring and attention of elderly, who due to their economic condition, absence or family neglect, state of health, violation of rights, etc., have entered this type of residences, gene-

---

<sup>1</sup> Estudiante de la Maestría en Ciencias con orientación en Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: lucy.sobrevilla02@gmail.com

rating impacts and modifications in their daily lives.

The present study corresponds to a broader research (master's thesis) in which it is aimed to know the causes of coercive institutionalization in older people in the municipality of Monterrey, from a Human Rights perspective. This article only presents the different positions of authors related to aging, families, institutionalization and forms of violence; regulations on the rights of older persons at the global and national levels; and the different institutions that currently work with this sector of the population at the national level. In other words, the aim of this article is to show and discuss some of the studies related to abuse and violence and their possible relationship with the coercive institutionalization of the elderly.

**Keywords:** older people, aging, family, violence, human rights, institutionalization.

## Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera población adulta mayor a las personas con 60 años cumplidos o más. El Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020) reporta que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 13.8 millones de personas, cifra que representa 12% de la población total. Asimismo, se considera que para 2020 hay 11 personas mayores dependientes totales por cada 100 personas en edad de trabajar, a comparación del 2010, donde el total de personas mayores dependientes totales por cada 100 en edad de trabajar era de 9.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017), contempla que entre el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial de 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de 11% a 22%, prevé también que el número de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en el 2015 a 1400 millones para el 2030, y 2100 millones para el 2050, y podría alcanzar a 3200 millones en el 2100.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares; con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de diversas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo (OMS, 2015). Sin embargo, más allá de las pérdidas biológicas, el envejecimiento frecuentemente conlleva otros cambios importantes; como, por ejemplo, cambios en los roles y las posiciones sociales; las metas, prioridades motivacionales y preferencias personales (OMS, 2015).

Por su parte, Cárdenas y López (2011), expresan que las personas mayores se encuentran en un período de retos adaptativos, ya que durante esta etapa se

experimenta un cambio gradual en las condiciones de salud física y mental, además de ciertas dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana y las restricciones a la participación social; cabe mencionar que cuando se llega a esta etapa satisfactoriamente, la persona ha logrado adquirir una serie de conocimientos, actitudes y experiencias que le pueden ser útiles para afrontar situaciones de cotidianidad y adversidad.

Los desafíos que representa el mayor envejecimiento de la población son diversos, uno de ellos se asocia con la atención y cuidados que requerirán las personas mayores y que a veces no pueden ser llevados a cabo por los familiares. Una alternativa para atender esta necesidad sería contar con instituciones de cuidado en donde las personas mayores puedan residir, sin embargo, en México el desarrollo de las instituciones públicas para este fin son limitadas; en el ámbito privado se ha oferta este tipo de residencias de cuidado. En ambos casos no se ha documentado de manera exhaustiva el funcionamiento, regulación y condiciones en las que viven las personas mayores.

### **Familias y envejecimiento**

Con el paso del tiempo, específicamente en la etapa de la vejez, se agudizan los padecimientos físicos, el cuerpo va modificando su funcionamiento y requiere de atención especializada; es en este momento en que, por lo general, interviene la familia de la persona mayor, ya que como lazos de apoyo directos, suelen ser responsables y procurar a su familiar (Cárdenas y López, 2011).

En ocasiones, por distintos factores, las personas mayores no cuentan con las redes de apoyo necesarias para atravesar su etapa de envejecimiento exitosamente. Ante esta situación, Fuentes y Flores (2016) exponen que el abandono social/familiar es una realidad consecuente de la falta de reconocimiento que las personas necesitan para desarrollarse de forma satisfactoria, ya que el reconocimiento social es la base del crecimiento de una colectividad. La familia cumple un papel central para el bienestar de las personas mayores debido a que es el contexto en donde se da la interacción personal, los contactos y el ámbito de protección y socialización.

Cuando la persona mayor deja de ser autónoma, la familia se convierte en su único respaldo, sin embargo, en algunos casos el hogar se convierte en un espacio de marginación, abandono y maltrato. En ocasiones, las personas mayores además de afrontar los problemas de salud propios de la edad, afrontan un entorno familiar en el que se presenta falta de unión y apoyo; el sentido de utilidad de la persona mayor se expresa cuando ellos pueden apoyar en el cuidado del hogar, reciben una pensión y realicen pequeñas labores, siendo así el centro de atención

y de cierta protección, sin embargo, cuando está enfermo y pierde su autonomía, a veces, se opta por el rechazo y el abandono, considerándose una carga para la familia (Vivaldi y Barra, 2012).

En relación a lo anterior, Moya y Barbero (2005) argumentan que la familia por lo general asume el rol de cuidado, debido a que es percibido como parte de las obligaciones filiales asignadas, y también por tener presente la idea de que dentro del contexto familiar se brindan mejores cuidados. Asimismo, señalan que el perfil de las personas que brindan cuidados informales suele caracterizarse por ser en su mayoría mujeres, dentro de un nivel socioeducativo y económico bajo, y además son las responsables de otras cargas familiares; debido a esto, se puede deducir que los cuidadores se someten a situaciones constantes de estrés y desprotección por parte del Estado para llevar a cabo su labor, y por consiguiente, pueden surgir conductas violentas hacia las personas que cuidan.

Arroyo, Ribeiro y Mancinas (2012) plantean que a pesar de que en un ambiente familiar existan lazos de solidaridad, afecto y reciprocidad, la situación de las personas mayores dependientes en algún punto se vuelve complicada, sobre todo cuando las demandas de apoyo aumentan a raíz del deterioro de la salud y/o la disminución de autonomía, debido a que con ello surge también el deterioro de los mecanismos de protección, particularmente cuando las redes de apoyo intergeneracionales son débiles y no se cuenta con acceso a algún apoyo institucional.

Con la información que se encuentra disponible actualmente sobre envejecimiento y familias, se puede observar que la responsabilidad de los cuidados dirigidos a personas mayores recae en la familia, ya que esta es la red de apoyo que socialmente se percibe como ideal para brindar las atenciones necesarias de familiares mayores; sin embargo, también se conoce que la situación familiar no siempre es apta para este tipo de responsabilidades, y es cuando se pueden llegar a presentar escenarios de maltrato y violencia, que si bien, atentan contra los derechos humanos y bienestar de las personas mayores, tienen un trasfondo al que es importante prestarle atención.

### **Maltrato y violencia**

Teniendo en cuenta el contexto anterior, se debe considerar que la atención y cuidado de familiares mayores pueden ocasionar conflictos familiares, principalmente cuando la persona mayor dependiente no solamente necesita asistencia para realizar actividades cotidianas, sino también, presenta necesidad de apoyo económico y emocional; el conjunto de estos factores sobrepasa los recursos disponibles de los familiares, los cuales suelen ser limitados (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2012).

En este tipo de situaciones de estrés por dependencia y recursos limitados, pueden llegar a presentarse casos de maltrato hacia la persona mayor, que, a su vez, suele transformarse en actos de violencia familiar. A continuación, se muestran algunas definiciones y posturas de autores que permiten distinguir estos dos términos, y a su vez, identificar la interrelación que comparten entre ellos.

Según Pabón y Delgado (2017), el maltrato hacia las personas mayores se traduce a cualquier acción u omisión que produzca algún tipo de daño, o que vulnere el respeto a la dignidad, así como al ejercicio de los derechos que se tienen como persona. Asimismo, Huenchuan (2012) y Tabueña (2009) coinciden con la definición anterior, complementándola con la idea de que el maltrato es la acción única o repetida (y/o falta de acción apropiada) que ocurre dentro de cualquier relación de confianza, y que como consecuencia traiga consigo daños físicos o psicológicos. Sirlin (2008) agrega que, todo lo anterior, abre camino también a una situación de inequidad y a una serie de limitaciones en relación con el desarrollo humano. Por su lado, Giraldo (2010) concuerda que el maltrato a personas mayores puede ocurrir dentro de cualquier relación donde exista un vínculo de confianza, sin embargo, añade que la mayoría de los estudios han mostrado que el maltrato a personas mayores se produce, por lo general, en el hogar propio.

En México, la familia continúa siendo la principal red de apoyo encargada del cuidado de las personas mayores; esto a consecuencia de una escasa cobertura de seguridad social y a la falta de una tradición institucional y comunitaria del cuidado de las personas mayores; debido a esto es comprensible que el maltrato surja en el contexto familiar y que los responsables principales sean los familiares y/o personas más cercanas (Giraldo, 2010).

De acuerdo con la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (2006), aproximadamente dieciséis personas mayores por cada cien que viven en el Distrito Federal sufrieron algún tipo de maltrato; específicamente, el 12.7% recibió maltrato psicológico, el 3.9% maltrato económico, el 3.7% maltrato físico, el 3.5% fue víctima de negligencia y abandono y 1% sufrió de abuso sexual; en los resultados de la encuesta se expone que hay mayor proporción de víctimas femeninas (18.4%) que masculinas (12%); un dato importante para recalcar es que las personas mayores que recibieron maltrato físico señalaron como responsable a una persona con la que no tenían parentesco.

También se conoce que en el 36% de casos, los descendientes directos (hijos e hijas) son los responsables de ejercer maltrato, en el 11.8% de los casos lo realiza la pareja actual, 10.7% el maltrato se recibe por parte de nietos/as, 9.6% por nuera/yerno, 6.2% por un/a hermano/a y 7.3% por otro familiar; asimismo, en el 17.4% de los casos, los responsables son personas sin parentesco; y un 10% de

los casos de malos tratos son ocasionados por personas sin relación familiar con la víctima, entre ellos vecinos, auxiliares u otros (Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, 2006). Los responsables del maltrato hacia personas mayores son, en su mayoría, hombres (56.2%) y posteriormente mujeres (43.8%); los hombres resultan como principales responsables del maltrato económico, físico, por negligencia y sexual, por su parte, las mujeres ejercen en mayor medida el maltrato psicológico.

De acuerdo con Viviano (2005), la violencia se puede considerar como un abuso de poder y violación de los derechos fundamentales de las personas; plantea que es un medio de expresión para transmitir intolerancia y roles/estereotipos que justifican la inequidad; por medio de la violencia se generan agresiones graves que, a su vez, concluyen en dolor, lesiones o incluso la muerte, así como en efectos psicológicos (estrés, depresión, etc.), además, aumenta el riesgo de que la persona afectada sea hospitalizada o institucionalizada.

Moya y Barbero (2005) exponen que uno de los aspectos más preocupantes con relación a la dependencia, es la tendencia de violencia, debido a que al surgir dependencia aumentan las demandas de apoyo, y el inconveniente mayor es que existen recursos deficientes (económicos, familiares, sociales y sanitarios) disponibles para dar respuesta a estas demandas, especialmente cuando la dependencia es crónica o severa, lo cual genera sobrecarga y estrés en las familias y cuidadores; en este contexto es probable que surjan conductas violentas.

Félix y Hernández (2009) exponen que la violencia intrafamiliar se refiere a actos de omisión únicos o repetitivos de maltrato físico, psicológico o sexual cometido por la familia; esta violencia, se puede dar en relación con el poder del que ejecuta la violencia o bien en función del sexo, edad o condición física; también incluyen como forma de violencia a la negligencia, abuso o abandono, lo cual definen como un acto injustificado de desamparo hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de la disposición legal y que ponen en peligro su salud o la vida misma.

La violencia también puede presentarse financieramente, y se caracteriza por hacer uso de los recursos pertenecientes a la persona mayor en beneficio de la persona responsable, o de la familia en general; también pueden surgir chantajes financieros, destrucción, pérdida o extracción discriminada de propiedades físicas, como objetos de valor, dinero, etc., o incluso, la coerción para firmar documentos legales, como testamentos o propiedades (Martínez, Pérez, Cardona e Inclán, 2005).

En el municipio de Monterrey, Mancinas (2007) realizó una investigación que abor-

da los factores de riesgo asociados a la violencia familiar, específicamente hacia las personas mayores, como resultado, obtuvo que, de 952 personas mayores, el 43.17% había recibido maltrato por parte de sus hijos, el 76.6 % reportó haber vivido negligencia, el maltrato emocional se manifestó en 35.5%; el maltrato económico en 8.1 % de la población y el físico en 2.9 %.

Aunado a esto, Félix y Hernández (2009) argumentan que durante la vejez es común padecer algún grado de discapacidad del área motora principalmente, lo cual puede generar dificultades para que los familiares realicen apoyo y por consiguiente, se presente una situación de abandono.

La OMS (2014) establece que el maltrato de personas mayores es un acto que origina daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza; se puede manifestar mediante maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas; también puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no.

En cuanto a estudios sobre maltrato y violencia, Agudelo, Arango, Cardona, Cardona, Rodríguez, y Restrepo (2016), realizaron una investigación cuyo objetivo es determinar la prevalencia de maltrato en la persona mayor de la ciudad de Pasto, Colombia, y la asociación con factores sociodemográficos y familiares; utilizaron un método de estudio transversal obteniendo información primaria a partir de encuestas, la muestra fue de 506 personas adultas mayores, como resultado obtuvieron que la prevalencia de maltrato a la persona mayor en la ciudad de Pasto para el año 2016 fue de 13,0%; la tipología más reportada fue el maltrato psicológico (5,4%). Los principales factores asociados fueron dependencia, disfuncionalidad severa del adulto mayor, malos tratos entre miembros de la familia y escaso apoyo social.

En Perú, Cruz (2018) realizó una investigación correlacional y de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el maltrato en las personas mayores que acuden al Centro del adulto mayor Santa Cruz, Cajamarca; la población fue de 60 personas mayores; los resultados respecto al maltrato arrojan que existe ausencia de maltrato en un 60%, presencia de maltrato leve en un 26.7%, maltrato moderado 8.3% y maltrato severo en el 5%, los principales agresores de la persona mayor en la familia son la pareja, nuera, hijos y los yernos, y existe una relación altamente significativa entre la dinámica familiar y el maltrato de la persona mayor.

Esta información sobre maltrato y violencia brinda un panorama general sobre las distintas razones que suelen estar involucradas en las dinámicas familiares en

las que se llega a presentar, así como distintas investigaciones que han obtenido resultados relevantes al respecto. Es de utilidad conocer estos datos y definiciones, ya que, además de que permite conocer las diferentes causas de violencia y maltrato, también aborda diferentes formas en que estas se pueden representar, es decir, no solamente se trata de violencia o maltratos físicos o psicológicos, sino también financieramente, de negligencia, abuso de poder o incluso, abandono.

### **Institucionalización**

El sociólogo Erving Goffman, en una obra clásica sobre el tema, definió las instituciones como: “Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1973: 13).

#### *Institucionalización de personas mayores*

De acuerdo con Guevara (2016), la institucionalización de personas mayores se entiende como la práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado (público o privado, de forma voluntaria o no), donde profesionales de la salud, del área psicosocial, u otras personas particulares, se encargan de la atención y cuidado de las personas mayores, que por su condición económica, ausencia o descuido familiar, estado de salud, vulneración de derechos, etc., han ingresado a este tipo de residencias, generándose impactos y modificaciones en su cotidianidad.

Gómez (2014) propone que un centro residencial debe tener como objetivo responder a las necesidades de los residentes desde una perspectiva biopsicosocial, enfatizando fundamentalmente y en la mayor medida posible, la autonomía del individuo, retrasando la dependencia y el deterioro.

La institucionalización se ha relacionado históricamente con la necesidad de protección social. En el caso de las personas mayores, los asilos o casas de reposo suelen relacionarse con la indigencia o el abandono, pero a su vez, es donde impera un sistema de internado que ejerce una fuerte ruptura entre la familia y la persona mayor (Guevara, 2016).

Por su parte, Rodríguez, La Rosa y Reyes (2006), argumentan que vivir en hogares institucionales no es sinónimo de aislamiento familiar, ya que algunos prefieren mantenerse en contacto, pero no habitar necesariamente en la misma casa, porque la vida en familia depende mucho de las relaciones de sus miembros, sus personalidades y gustos.

Por lo general, las personas de 75 años en adelante tienden a incrementar su nivel de dependencia y requieren de un apoyo progresivo, que en muchos casos se di-



rige a la institucionalización, la cual se lleva a cabo con la finalidad de resolver los problemas derivados de los escasos o nulos recursos económicos, falta de apoyo, abandono, marginación social, etc. De acuerdo con Cardona, Estrada, Chavarriaga, Segura, Ordoñez y Osorio (2008), los asilos, los hogares y las residencias de personas mayores tienen un carácter institucional y se caracterizan por tener objetivos formales, pero en ocasiones suelen ser insuficientes, limitados en su cobertura, inestables en sus bases económicas, financieras, organizacionales, por lo que dentro de los grandes desafíos de las políticas sanitarias está el encontrar un equilibrio entre el autocuidado, el sistema de apoyo informal por parte de familia y amistades, y los cuidados profesionales.

En un principio, la institucionalización se concentraba en el ingreso de personas mayores de nivel socioeconómico bajo, con familias que no tenían condiciones para asumir la responsabilidad de su cuidado; sin embargo, al transcurrir el tiempo, se incrementó la institucionalización de personas de nivel socioeconómico estable y con opciones de pagar por el servicio. De igual forma, la demanda por este tipo de servicios ha ido en aumento, debido a la reducción global de las tasas de natalidad y el aumento global de la esperanza de vida (Durán, 2011).

No obstante, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales de Madrid, España (2006), plantea que no se pueden dejar de lado algunos aspectos negativos de la institucionalización, como por ejemplo; la masificación del servicio, que en ciertos casos, puede provocar que se descuide la individualidad y la atención personalizada de necesidades de la persona mayor; la vida sedentaria, ya que no siempre se llevan a cabo actividades en las que las personas mayores se puedan involucrar; y la desconexión con el mundo exterior y su contexto social, dificultando e impidiendo en algunos casos, las relaciones e interacciones sociales.

Alves (2013), plantea que el proceso de institucionalización es un proceso complejo y multideterminado, que otorga a la persona mayor una serie de desafíos que involucran la movilización de una cantidad elevada de recursos psíquicos y emocionales en pos de la adaptación a un contexto que se revela como una micro realidad, regida por una legalidad y ritmicidad propias. Respecto a estos contextos, argumenta que si bien los centros residenciales responden, de cierta manera, a las demandas de las personas de edad avanzada, algunas veces actúan como factor predisponente a la disminución de autonomía de las personas mayores, produciendo en numerosos casos una dependencia de las formas de vida ofrecidas en esos contextos.

Los aspectos que interfieren en la adaptación de la persona mayor al contexto institucional podrían encontrarse, principalmente, en el sentimiento de soledad que las personas experimentan al momento de integrarse a este nuevo contexto;

asimismo, puede haber relación también con las reducidas opciones de relacionamiento social que ofrece la realidad institucional, ya que esto incrementaría el sentimiento de soledad experimentado inicialmente. El ajuste permanente a las pautas y legalidad propias del contexto institucional junto a una convivencia por sectores, en los que, en ocasiones, se pasa a compartir el espacio con personas enfermas conduciría a los residentes a una autosegregación capaz de reducir aún más las posibilidades de establecer contacto con los otros (Alves, 2013).

Ahora bien, abordando factores facilitadores involucrados en el proceso de adaptación al contexto institucional, Alves, (2013) propone que tanto el establecimiento de vínculos estables basados en el respeto y la comprensión mutua con el personal a cargo del cuidado de los residentes en la institución, como la posibilidad de realizar actividades de esparcimiento, adaptadas siempre a las capacidades de los asistentes, se revelarían como elementos privilegiados de cara a la mitigación del sobreesfuerzo que requiere enfrentar dicho proceso.

Como se puede observar, hay diferentes posturas en torno a la institucionalización de personas mayores; algunos autores defienden que ocasiona disminución de autonomía y que oprime la individualidad de las personas mayores, lo cual repercute en el bienestar que deben tener en su etapa de vida; y algunos otros se encuentran a favor, ya que sostienen que es un espacio en el que se pueden garantizar los cuidados individualizados que la familia no puede brindar, y que permite que la etapa de la vejez se viva satisfactoriamente.

Es importante recalcar que, en el presente documento, la postura que se toma con respecto a la institucionalización de personas mayores es neutra, es decir, no se indagará en si conlleva consecuencias negativas o positivas, o si es ideal o no, porque eso depende meramente de las circunstancias individuales de cada residente, así como también de las razones por las que se toma la decisión, las redes de apoyo, y el tipo de institución en la que reside. Lo que se pretende es analizar es en qué momento la institucionalización se puede tornar coercitiva, y si, en dado caso, puede llegar a considerarse como forma de violencia o maltrato.

#### *Estudios realizados recientemente en torno a la institucionalización de personas mayores*

En cuanto a causas de institucionalización, Cardona et al. (2008), realizaron un estudio donde obtuvieron que la soledad fue lo que llevó a las personas mayores a residenciarse, seguido por los problemas de salud tanto en hombres como mujeres y por la decisión de la familia de llevarlo a la institución, presentándose con mayor frecuencia en los hombres. El 22,8 % de los adultos mayores ingresaron de manera voluntaria y por problemas económicos lo hizo el 21 %, pero las mujeres

aventajaron a los hombres en la decisión de acudir al centro de bienestar por soledad, por voluntad propia, por problemas de salud y por problemas económicos; mientras los hombres las aventajan en situaciones como cuando las familias los llevaron, por qué fueron remitidos de otras instituciones o por fallecimiento de la pareja.

Con relación a las visitas de las personas mayores en la misma institución, encontraron que uno de cada cuatro adultos mayores institucionalizados no recibe visitas del exterior, evidenciando la falta de redes de apoyo social primarias o informales en esta población, la condición de desamparo y de vulnerabilidad social en que viven y la necesidad de tener un sostén que le mitigue su condición de soledad y lo mantenga ligado a otros escenarios de la vida social y familiar (Cardona, et al, 2008).

De Lima y Alides (2006), defienden que una vulnerabilidad asociada a la pobreza, la ausencia de familiares directos, la enfermedad, la pérdida de función social en la persona mayor y la crisis cuidador-persona mayor son los elementos que, como conjunto, se presentan como factores de riesgo para la institucionalización gerontológica, y consideran que es un evento que revela los extremos que puede alcanzar la vulnerabilidad social de la persona mayor.

Rico, Zabala y Florez (2015), realizaron un estudio descriptivo de tipo transversal en dos hogares gerontológicos (El Buen Samaritano y la Casa de los Abuelos) de Tuluá, Colombia. Su objetivo se centró en identificar y conocer los factores de riesgo de la institucionalización de personas mayores de 60 años o más; entre sus principales hallazgos, encontraron que, en el género masculino, la razón de institucionalización predominante fueron los problemas familiares (33.33%), seguido de alguna enfermedad (22.22%), elección propia de la persona mayor (16.67%), falta de dinero (13.89%), fallecimiento de pareja (8.33%) y separación conyugal (5.56%). En el caso del género femenino, las razones, fueron los problemas familiares (39.39%), enfermedad (30.30%), falta de dinero (12.12%), fallecimiento de pareja (12.12%) y elección propia (6.06%).

Por su parte, Lloyd-Sherlock, Penhale y Redondo (2019), realizaron un estudio sistemático que evalúa la práctica actual en los asilos de Argentina, con el objetivo de analizar si se encuentra funcionando desde una perspectiva de derechos humanos fundamentales; entre sus hallazgos, identificaron que gran parte de las personas mayores ingresadas en residencias no presentaban altos niveles de dependencia en cuanto a cuidado; además, muchos asilos, como parte del proceso de admisión, no solían requerir el consentimiento informado de las personas mayores, independientemente de su estado cognitivo; en ciertos casos, también identificaron algunos indicios de admisión coercitiva por parte de los familiares.

Rodríguez, La Rosa y Reyes (2006), realizaron un estudio descriptivo y transversal, con el objetivo de valorar la interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado en el hogar “Noel Fernández Pérez” de Vertientes, Camagüey, durante el año 2003. De un total de 120 personas mayores, seleccionaron al azar una muestra de 50. Como resultados, encontraron que el 70 % reciben visitas mensualmente o cada 2 ó 3 meses. En algunos casos las limitaciones físicas obstaculizaron la visita de muchas personas mayores a sus familiares, sin embargo, la mayoría clasificó sus relaciones como buenas. Encontraron que solamente el 6 % de los residentes no tenía familia, el 50 % tenía 10 familiares o más que los podían visitar y el resto, entre 1 y 9 familiares.

La mayoría de las personas mayores calificó como “regular” la comunicación con la familia. Concluyeron que la interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado en la institución mencionada pudiera ser mejor, una minoría no tiene familia y la mitad de la muestra tiene una cantidad importante de familiares que los pueden visitar, sin embargo, un bajo porcentaje de ancianos recibió visitas semanales; a pesar de esto, consideran que sus relaciones interfamiliares son buenas.

A su vez, Castellanos (2002) realizó un estudio cualitativo con el objetivo de conocer el concepto de “calidad de vida” para el adulto mayor institucionalizado, en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales, Colombia. Su interpretación de resultados se centra en que las personas mayores suelen relacionar la calidad de vida mayoritariamente con la satisfacción de necesidades básicas, como alimentación, vestido, aseo, vivienda, ya que les brinda un sentido de seguridad y protección, y por lo general no aspiran a desarrollar otras dimensiones, a excepción de la espiritualidad, sin embargo, algunos también manifestaron deficiencias a nivel afectivo, esto debido a que se tiende a disminuir la frecuencia de interacciones sociales y de actividades en general; algunas personas mayores suelen sentirse en estado de abandono o que no son importantes para sus familias, debido a escasas visitas y acompañamiento, mientras que otros consideran a la institución como su nuevo hogar, y por ende, no sienten la necesidad de salir o interactuar con sus familiares (esto depende de la percepción propia). Además, las personas mayores suelen considerar la ocupación del tiempo libre y recreación como una forma de reencontrarse consigo mismos y tener oportunidad de hacer cosas que les gustan, así como también la interacción con el personal y sus compañeros.

Cifuentes (2005) realizó un estudio en Chile, con el objetivo de identificar la opinión que tienen los adultos mayores de los establecimientos de larga estadía en los que residen; entre sus resultados, obtuvo que el 75% manifiesta una opinión positiva de los establecimientos en los que residen, haciendo referencia a la buena atención y cuidado que se brinda por parte de los cuidadores y demás residentes, y también relacionado con la tranquilidad y seguridad que reciben de acuerdo a

su edad. La opinión negativa del 25% restante radica principalmente en que no tienen otra opción de residencia, ya que sus familias se encuentran imposibilitados de cuidarlos.

Otro dato importante que comparte es que los adultos mayores que se encuentran institucionalizados por decisión propia corresponden al 43.4%, destacando que, aunque el traslado fue una decisión propia, ésta se vio forzada ante la sensación de que eran una molestia para sus familiares. En la alternativa correspondiente, la institucionalización por decisión de la familia fue de 39.0%. En cuanto a los adultos mayores que se encuentran residiendo por situación de riesgo son el 16.9%, aludiendo como situaciones de riesgo las referidas a indicación médica, situaciones de maltrato familiar y/o enfermedades que se desarrollan con la vejez y que son altamente invalidantes para las personas. El 0.7% no respondió a este cuestionamiento.

Otras opiniones negativas radican principalmente en aspectos cotidianos como por ejemplo la calidad y tipo de alimentación (cabe mencionar que los establecimientos deben tener una minuta diaria de alimentación la que debe ser adecuada a las necesidades de los adultos mayores, en función de su edad y estado de salud); la compañía en el interior de la residencia, ya que existen adultos mayores que no se encuentran conformes con estar en dichas instituciones, debido a que se encuentran separados de sus familias; otro aspecto que mencionan como aspecto negativo es lo referente a la monotonía del diario vivir y al control que se ejerce sobre ellos, lo que provoca su rechazo, ya que no se sienten con libertad para salir solos por ejemplo, fuera de los establecimientos, solamente lo pueden hacer con las personas que al momento de ingresar a los establecimientos se hacen responsables de su cuidado.

Por su parte, Bennett & Kingston (1997), plantean que, en ocasiones, existe un maltrato con falta de visibilidad en las instituciones; consiste en emplear métodos de coerción, atentar contra la dignidad y autonomía en la toma de decisiones y en brindar una atención deficiente, que en muchos casos es la causa de complicaciones en el estado de salud de la persona mayor. Argumentan que también puede manifestarse mediante el inadecuado suministro de los medicamentos, incumplimiento de sus horarios o su omisión, cuando no se proporcionan las condiciones ambientales adecuadas, o se hacen comentarios indiscretos hirientes, cuando se viola la intimidad y el pudor, se imponen restricciones físicas a veces innecesarias, no se tienen en cuenta las barreras arquitectónicas que originan caídas, no se proporcionan distracciones y actividades de entretenimiento, que pueden ser simplemente facilitar la lectura a los que pueden hacerlo.

## **Derechos Humanos de acuerdo con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**

Como se mencionó en los antecedentes históricos de la institucionalización, la atención a personas mayores era inicialmente realizada desde una visión caritativa y asistencial que poco a poco ha transitado a una visión de derechos. Lo mismo ocurre con la forma en que se ha tratado y analizado a la población adulta mayor, por ejemplo, Rodríguez, Montes de Oca, Paredes y Garay (2018), plantean que el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derecho, ha sido un proceso de transición que se ha tratado, a escala internacional, desde la Primera Asamblea Mundial de Envejecimiento en Viena, en el año de 1982, por parte de las Naciones Unidas, en esta Asamblea se discutieron los problemas y las necesidades de las personas mayores como individuos, enfatizando el punto de vista biomédico. Se analizaba el envejecimiento de los países desarrollados, pero también identificaba la transición demográfica en los países en desarrollo.

Posteriormente, se realizó en el 2002 la Segunda Conferencia Mundial de Envejecimiento, llevada a cabo en Madrid; en esta ocasión, se adoptó una perspectiva social como marco de referencia para afrontar el envejecimiento de acuerdo con los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Se abordó la inclusión del envejecimiento en la agenda sobre Población y Desarrollo, comenzando a considerar la dignidad de las personas que se encuentran proceso de envejecimiento como una referencia importante para desarrollar en los próximos años, a través del Plan Internacional de Acción en Envejecimiento de Madrid (MI-PAA) (Rodríguez, Montes de Oca, Paredes y Garay, 2018).

A partir de 2003, se ha avanzado también en encuentros de carácter regional e intergubernamental en el ordenamiento y en la sistematización de las políticas públicas a nivel regional. Se han celebrado reuniones que han dado lugar a varias declaraciones. Este proceso se inicia con la aprobación de la Estrategia Regional para la Implementación en América Latina y el Caribe del Plan Internacional de Acción de Madrid sobre Envejecimiento, en Santiago de Chile, en 2003, a la que siguieron varias reuniones para su revisión en Brasilia, en 2007, en San José de Costa Rica, en 2012 y en Asunción, Paraguay, en 2017 (Rodríguez, Montes de Oca, Paredes y Garay, 2018). También es conveniente mencionar que se han estado celebrando cada cinco años encuentros de las Organizaciones de la Sociedad Civil, de forma complementaria, que han dado lugar a declaraciones como las de Santiago de Chile, en 2003, la Carta de Brasilia, en 2007, o las Declaraciones de Tres Ríos de Costa Rica, en 2012 y de Ypacaraí, Paraguay, en 2017.

Más recientemente, se encuentra el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, puesto en marcha en 2013, que cuenta con un capítulo C, dedicado

al Envejecimiento, Protección Social y Desafíos socioeconómicos, y también la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, en 2015, estos son documentos adicionales que ligan las políticas generales con la perspectiva de derechos humanos, es precisamente de su análisis donde se extraen los principales lineamientos que rigen las políticas públicas sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe (Rodríguez, Montes de Oca, Paredes y Garay, 2018).

A continuación, se presenta una tabla que muestra la línea histórica de las reuniones y documentos internacionales y regionales relevantes para el tema de envejecimiento a nivel regional:

Tabla 1. Reuniones y Documentos sobre Envejecimiento

Año	Reuniones y documentos
2002	Memorándum. Foro Mundial de ONG sobre envejecimiento, Madrid.
	Segunda Conferencia Mundial de Envejecimiento, Madrid.
	Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Madrid.
2003	Declaración de Santiago de Chile.
	Foro Regional de OSC sobre Envejecimiento, Santiago de Chile.
	Primera Conferencia Intergubernamental Regional sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile.
	Estrategia Regional de Envejecimiento, Santiago de Chile.
2007	Declaración de la Sociedad Civil
	Foro Regional del Envejecimiento, Brasilia.
	Segunda Conferencia Intergubernamental Regional sobre el Envejecimiento, Brasilia.
	Declaración de Brasilia
2012	Declaración de Tres Ríos
	Foro Regional de OSC sobre Envejecimiento Madrid +10, San José.
	Tercera Conferencia Intergubernamental Regional sobre el Envejecimiento, San José.
	Carta de San José.
2013	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo
2015	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
2017	Declaración de Ypacaraí.
	Foro Regional de OSC sobre Envejecimiento Madrid +15, Ypacaraí, Paraguay.
	Cuarta Conferencia Intergubernamental Regional sobre el Envejecimiento, Asunción.
	Declaración de Asunción.

Fuente: Rodríguez, Montes de Oca, Paredes y Garay (2018).

Con relación al surgimiento de la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos de las Personas Mayores, CEPAL (2019), expone que en 1991 se aprobaron los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de

Edad, y partir de ese momento, se inició un proceso que llevó alrededor de veinte años de elaboración de instrumentos declarativos y no vinculantes referentes a aspectos relacionados con el envejecimiento y los derechos de las personas mayores; su punto máximo fue la aprobación de la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

Posteriormente, en 2015, se aprueba en el seno de la OEA, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, siendo el único instrumento interamericano, y el primero a nivel internacional, que cubre la gama de derechos a ser protegidos para las personas mayores, desde los civiles y políticos, hasta los económicos, sociales y culturales (CEPAL, 2019).

Asimismo, es importante destacar que esta es una de las convenciones más holísticas a nivel mundial, ya que contempla casi todos los aspectos de la vida de las personas mayores, sirviendo, así como mecanismo integrador de los principios y derechos señalados en la serie de instrumentos sobre la materia que se han promulgado a nivel interamericano e internacional (CEPAL, 2019).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores tiene como objeto “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.

En relación con el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, se establece que se deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días; para esto, las instituciones públicas y privadas deben ofrecer un acceso no discriminatorio a cuidados integrales (incluidos los cuidados paliativos), también deben evitar el aislamiento y manejar apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos en etapa terminal, el dolor, y evitar el sufrimiento innecesario, así como intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar su consentimiento informado.

Ahora bien, hablando del derecho a la independencia y a la autonomía, la convención establece que se debe asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos; también se debe garantizar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia (dónde y con quién vivir) en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; por último, se añade que la persona mayor debe tener acceso



progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.

Otro punto importante es que, dentro del derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, se menciona que la persona mayor tiene derecho a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, partiendo desde la postura que la violencia se entiende como distintos tipos de abuso; por ejemplo, el financiero y patrimonial, maltrato físico, sexual, psicológico, explotación laboral, la expulsión de su comunidad y toda forma de abandono o negligencia que tenga lugar dentro o fuera del ámbito familiar o unidad doméstica o que sea perpetrado o tolerado por el Estado o sus agentes donde quiera que ocurra.

En cuanto a las personas mayores que reciben cuidados a largo plazo, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores las define como aquellas que residen temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que reciben servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a las personas mayores, con dependencia moderada o severa que no puedan recibir cuidados en su domicilio.

En el artículo 12, se establece que la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Con relación a las responsabilidades que asigna a los Estados Parte, se encuentra el diseño de medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión; también se deben adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Cabe recalcar que México no forma parte de dicho tratado, la información expuesta de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es con el fin de exponer el marco contextual de perspectiva sobre derechos humanos de personas mayores a nivel internacional.

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017), argumenta que las personas mayores deben disfrutar de los mismos derechos que todos los seres humanos, pero antes de que lo logren es indispensable reforzar su constitución como titulares, ya que en los debates en curso sobre los derechos humanos de las personas mayores todos los involucrados concluyen que, desde la dimensión ética, la universalidad de los derechos también incluye a las personas mayores, sin embargo, el vínculo existente entre el envejecimiento y la beneficencia llevó a la fácil conclusión de que las personas mayores necesitan solamente de atención sociosanitaria para llevar una vida digna, y se dejaron de lado otros aspectos; debido a esto, varios países latinoamericanos, africanos, e incluso europeos, han expuesto que no es suficiente el actual catálogo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas para proteger los derechos de las personas mayores.

En los últimos años, los informes del Secretario General de las Naciones Unidas y de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos han contribuido para visibilizar los problemas y limitaciones que enfrentan las personas mayores para llevar a la práctica sus derechos. En 2013, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos realizó una amplia consulta sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas mayores; se obtuvieron respuestas de Estados Miembros de las Naciones Unidas de todo el mundo, incluidos Gobiernos, instituciones nacionales de derechos humanos y académicas y organizaciones de la sociedad civil; el análisis de la información disponible sobre 34 países pone de manifiesto los principales asuntos que preocupan a los Gobiernos y las oficinas nacionales de derechos humanos en relación con este tema; del total de respuestas analizadas de ambos estamentos, en el 41,2% se identificó como una de las principales problemáticas el cuidado, en el 35,3% se señaló la falta de toma de conciencia sobre la realidad y los derechos de las personas mayores, en el 32,4% la salud, en el 26,5% las pensiones, en el 21% la discriminación y el maltrato, y en el 17,6% el trabajo (CEPAL, 2017).

Específicamente para los Gobiernos de los Estados Miembros, el mayor problema que afrontan las personas de edad es el relativo al cuidado, seguido en orden de prioridad por los problemas en materia de las pensiones, el trabajo, la falta de toma de conciencia, la salud, la discriminación y el maltrato. Para las oficinas nacionales de derechos humanos, por su parte, el problema principal es la falta de toma de conciencia, seguido por los problemas relativos al cuidado, la salud, la discriminación, el maltrato, las pensiones y el trabajo. Con independencia del lugar en que se ubique cada uno, estos son identificados como los siete ámbitos más importantes en que se requiere una acción positiva para incrementar el ejercicio de los derechos de las personas mayores (CEPAL, 2017).

CEPAL (2017) plantea que existen algunas disposiciones generales sobre derechos humanos que son relevantes para las personas mayores y hay medidas específicas que deben ponerse en práctica para remover los obstáculos que les impiden su pleno goce; a partir del debate en curso en distintas partes del mundo, así como de las respuestas que los países brindaron a la consulta planteada en 2013 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas mayores, es posible identificar aquellas áreas en las que se necesita reforzar la protección de este grupo social y aquellas en las que es preciso implementar medidas para que se respete su autonomía, como por ejemplo:

1. La identificación y definición de los titulares de derechos (precisar una definición acerca de quienes componen el grupo social de personas mayores y qué características comparten).
2. El carácter multifacético de los derechos humanos en la vejez (establecer un acuerdo acerca de cuáles son los contenidos mínimos de un estándar internacional de las personas mayores en el ámbito de las Naciones Unidas).
3. Asuntos específicos relacionados con la protección de los derechos humanos: realización de la dignidad en la vejez, reconocimiento de la autonomía de personas mayores y medidas especiales de protección de grupos específicos (a las mujeres mayores, las personas mayores indígenas, las personas mayores pertenecientes a minorías étnicas o nacionales, lingüísticas o religiosas y las personas de edad en situaciones de riesgo y emergencia humanitaria).

### **Normativa e Instituciones de Protección y Atención a las Personas Mayores en México**

En México se encuentra establecida la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Última Reforma DOF 20-05-2021), por parte de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Asimismo, algunas de las instituciones que se dedican a proteger y atender a las personas mayores en México son:

Tabla 2. Instituciones dedicadas a trabajar con Personas Mayores en México

Institución	¿A qué se dedica?	Misión	Visión	Acciones y programas enfocados en Personas Mayores
<p>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)</p>	<p>Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines. Es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. El instituto procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a esta población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida orientado a reducir</p>	<p>“Contribuir al bienestar de las Personas Adultas Mayores en el país, a través de garantizar el goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como de su plena inclusión, integración y participación en la vida económica, política y social”.</p>	<p>“Ser el órgano rector de la política pública nacional para el bienestar de las personas mayores, con perspectiva de derechos, de género, de igualdad y no discriminación, y que reconoce las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo político, democrático, social y económico de nuestro país”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Centro de Atención Integral</li> <li>-Albergues y residencias de día</li> <li>-Capacitación</li> <li>-Centros Culturales</li> <li>-Clínica de la memoria</li> <li>-Clubes INAPAM a nivel nacional</li> <li>-Credencial INAPAM</li> <li>-Asesoría Jurídica</li> <li>-Actividad física y deporte</li> <li>-Vinculación productiva</li> <li>-Capacitación para el trabajo y el tiempo libre</li> </ul>

	<p>las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente (Gobierno de México, 2021).</p>			
<p>Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF):</p>	<p>Es el organismo público descentralizado encargado de coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada; promotor de la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, bajo el imperativo constitucional del interés superior de la niñez, así como del desarrollo integral del individuo, de la familia y de la comunidad, principalmente de quienes por su condición física, mental o social enfrentan una situación de vulnerabilidad, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (Gobierno de México, 2021).</p>	<p>“Contribuir al desarrollo integral de la población mediante el diseño de políticas públicas, la ejecución de programas y acciones de asistencia social, así como la coordinación del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, en favor de las familias y personas que, en sus diversas etapas de vida, enfrenten alguna condición de vulnerabilidad”.</p>	<p>“Ser el Organismo público referente e innovador en la inclusión al bienestar de la población en condición de vulnerabilidad, actuando con honestidad, compromiso, respeto, empatía, calidez, calidad, efectividad y profesionalismo, bajo un enfoque de derechos”.</p>	<p>-Atención a personas adultas mayores:</p> <p>-Modalidad de residencia: atención integral residencial (24 horas, alimentación, actividades recreativas, sociales y culturales, médica, psicológica y de trabajo social) a la persona mayor dentro de los Centros, los 365 días del año.</p> <p>-Modalidad atención de día: atención diurna (alimentaria, actividades recreativas, sociales y culturales, médica -atención primaria en salud, en caso de ser necesario canalización al área correspondiente-, psicología y de trabajo social a la persona mayor.</p>
<p>Secretaría de Bienestar</p>	<p>Sus objetivos generales son:</p> <p>-Contribuir a garantizar un conjunto básico de derechos humanos</p>	<p>“Coadyuvar al establecimiento del estado de bienestar en donde las personas como sujetos de derecho, en particular los</p>	<p>“México es un país con bienestar en el cual las políticas públicas integrales garantizan el desarrollo e inclusión productiva,</p>	<p>- Programa Pensión para el Bienestar de los Adultos Mayores: Apoya de manera universal a personas mayores de 65 años en</p>

	<p>de manera efectiva y progresiva comenzando por quienes más lo necesitan.</p> <p>-Reducir las brechas de desigualdad socioeconómica entre territorios.</p> <p>-Contribuir al bienestar social mediante ingresos suficientes, impulsar la autosuficiencia alimentaria, la reconstrucción del tejido social y generar la inclusión productiva de los campesinos en localidades rurales para hacer productiva la tierra.</p> <p>-Reducir las brechas de desigualdad socioeconómica que enfrentan los grupos poblacionales históricamente excluidos.</p> <p>-Contribuir a una cultura para la paz para incidir en la disminución de la violencia en comunidades y territorio (Gobierno de México, 2021).</p>	<p>grupos históricamente vulnerables, mejoren sus niveles de bienestar, inclusión y equidad durante su curso de vida considerando la diversidad cultural, social y territorial, a través de la consolidación de políticas públicas integrales, con desarrollo sustentable e inclusión productiva”.</p>	<p>considerando la diversidad cultural, social y territorial, permitiendo que todas las personas, en especial los grupos históricamente vulnerables, ejercen efectivamente sus derechos y se desenvuelven satisfactoriamente durante su curso de vida”.</p>	<p>México. El objetivo del programa es contribuir al bienestar de la población adulta mayor a través del otorgamiento de una pensión no contributiva bimestral. El monto mensual asignado para el año 2021 es de \$1,550.00 M.N. (\$3,100.00 M.N. bimestrales).</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Gobierno de México, 2021.

Como se puede observar, las leyes establecidas para trabajar con personas mayores tienen un enfoque basado en la familia; es decir, a pesar de que establecen que el Estado, la comunidad y la sociedad deben intervenir al momento de garantizar que la normativa se cumpla, responsabilizan a la familia del cuidado principal, idealizando el entorno familiar como la mejor opción para el desenvolvimiento integral de la persona mayor.

Asimismo, en relación a perspectiva de derechos, se observa que no se cuenta con una perspectiva de derechos humanos actualizada (tomando en consideración la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos el 15 de

junio del 2015, entrando en vigor el 11 de enero del 2017, tratado del cual México no forma parte).

Las instituciones tanto públicas como privadas que se dedican a trabajar con esta población tienen una variedad de programas enfocados a cubrir derechos relacionados mayormente con la asistencia, como lo son las pensiones, los albergues, la asistencia integral (médica, psicológica, social), así como cuestiones preventivas y de asesoría o capacitación, sin embargo, hay escasas acciones para conocer si realmente se está garantizando el ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores en todos los aspectos.

## Reflexiones finales

Como se ha mencionado, la institucionalización coercitiva en las personas mayores es una situación que puede llegar a considerarse un acto de violencia o maltrato ejercido por algún familiar o persona cercana, visto desde una perspectiva de Derechos Humanos. Los estudios muestran que la institucionalización de las personas mayores han tenido una mirada asistencial sin considerar los derechos de las personas mayores. No obstante, esta mirada ha avanzado y el enfoque hacia las personas adultas mayores ha transitado a uno como sujetos de derechos, aunque no necesariamente esto se ha traducido en acciones claras que se reflejen en las residencias de largo plazo, muestra de ello es la normativa que prevalece en México en torno a los cuidados, la cual tiene un enfoque familista y sin una visión de derechos, recientemente se ha comenzado a plantear un Sistema de Cuidados en el cual se señala el derecho a un cuidado digno. En la práctica, las instituciones gubernamentales atienden a la población adulta mayor en condiciones de maltrato o abandono; en otros casos, las actividades que realizan se asocian con actividades físicas, recreativas o proporción de alimentos a personas mayor, también las instituciones gubernamentales apoyan con pensiones no contributivas; sin embargo, el tema de las residencias de largo plazo el modelo público es el mencionado al principio y está a cargo del SNDIF. En el ámbito privado, existen una serie de instituciones que han surgido para atender el cuidado de las personas mayores, las cuales no necesariamente tienen un enfoque de derechos. Sin embargo, el tema de la instituciones, su regulación, el respeto a los derechos de las personas mayores y su relación con el maltrato y coerción ha sido poco explorado en México, se requieren de investigaciones que den cuenta de los procesos en los que ingresa una persona mayor a una residencia, sus experiencias, el trato en dichos lugares y su relación con la familia.

Se debe tomar en cuenta que la institucionalización puede ser coercitiva, lo cual quiere decir que la persona mayor se encuentra institucionalizada mediante coerción ejercida por su familia y la propia institución que la recibe. Es decir, que no es una decisión en la que la familia pudo presionar a la persona mayor para llegar a la residencia. Algunos elementos que podrían influir en esta decisión por parte de la familia pueden relacionarse con las limitaciones físicas y estado de salud de la persona mayor, disminución de autonomía y aumento del grado de dependencia, el nivel socioeconómico (Arroyo, Ribeiro y Mancinas, 2012), el escaso acceso a seguridad social que permita atender sus necesidades y la falta de recursos para cubrirlas por parte de la familia o persona encargada, sin dejar de lado el estrés y tensión familiar (Vivaldi y Barra, 2012), así como el desaparego emocional y la falta de apoyo (Fuentes y Flores, 2016).

La institucionalización coercitiva repercute en el bienestar de la persona mayor,



debido a que se vulneran muchos de los derechos que tiene como persona y ciudadano, además, se genera depresión, y todos estos aspectos impiden que la vejez se disfrute satisfactoriamente (Félix y Hernández, 2009; Bautista, 2016).

Es importante recalcar que la situación de institucionalización también puede implicar procesos de violencia, ya que si no existen los protocolos adecuados para el ingreso de las personas mayores, en donde se solicite un consentimiento por parte de ellas para ingresar a la residencia, sobre todo cuando se encuentran en plenas facultades mentales para tomar decisiones, se estaría violentando el derecho de las personas a decidir ingresar a una residencia.

Los estudios enfocados a personas mayores que analizan el maltrato y violencia no consideran la institucionalización coercitiva, y por consecuente, se considera importante indagar en ello. Además, también es importante recalcar que México no forma parte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y eso puede ser un impedimento para que las políticas sociales actuales dirigidas a este sector de la población incluyan acciones que garanticen el cumplimiento de estos derechos.

Otro aspecto a considerar es la percepción que se tiene actualmente de las personas mayores en México, ya que, por los objetivos, visiones, funciones y actividades que suelen caracterizar a las instituciones que trabajan con este sector de la población a nivel nacional y local, se puede deducir que la mayoría trabajan desde un enfoque asistencial, y que hace falta una perspectiva holística de derechos humanos.

## Referencias

Agudelo Cifuentes, C., Arango, C., Cardona, S., Cardona, S., Rodríguez, M., y Restrepo Ochoa, A. (2019). Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de pasto. Colombia 2016. *CES Psicología*. 12(1). 32-42.

Alves, R. (2013). *Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Arroyo, M., Ribeiro, M. y Mancinas, S. (2012). *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales*. Monterrey, México: Editorial Tendencia.

Bautista, J. (2016). Depresión en el adulto mayor por abandono familiar. *Revista Académica de Investigación Tlatemoani*. 22(1). 226-271.

Bennett, G. & Kingstone, P. (1997). *The Dimensions of Elder Abuse*. UK: Macmillan Education.

Cárdenas, A. y López, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*. 13(3). 528-540.

Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, L., Segura, Á., Ordoñez, J. y Osorio, J. (2008). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. *Revista Salud Pública*. 12(3). 414-424.

Castellanos, J. (2002). *Concepto de Calidad De Vida para el Adulto Mayor Institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales 2002*. Trabajo de Grado presentado para optar al título de magíster en Educación y Desarrollo Humano. Universidad de Manizales.

Cifuentes, P. (2005). *Adulto Mayor Institucionalizado*. Tesis para optar al grado académico de Licenciada en Trabajo Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). Derechos de las Personas Mayores: retos para la interdependencia y autonomía. Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. Santiago.

Cruz, M. (2018). *Funcionamiento familiar y maltrato al adulto mayor que acude al Centro del Adulto Mayor de Santa Cruz de Cajamarca, 2017*. Tesis de maestría, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

De Lima, B. y Alides, C. (2006). Vulnerabilidad social e institucionalización del adulto mayor en Venezuela. En: Ribeiro, M. y López, R. (2006). *Tópicos seleccionados en políticas de bienestar social. Grupos vulnerables, género, juventud y salud* (Tomo I). México: Editorial Gernika.

Durán, M. (2011). *Trabajo de Cuidado en América Latina y España*. Fundación Carolina: España.

Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. (2006), en línea. Análisis de la Información Estadística. Gobierno del Distrito Federal. México. [http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/analisi\\_estadistico\\_sobre\\_maltrato\\_a\\_adultos\\_mayores.pdf](http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/analisi_estadistico_sobre_maltrato_a_adultos_mayores.pdf). Página consultada el 16 de marzo del 2021.

Félix, C. y Hernández, M. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en medicina familiar*. 11(4). 147-149.

Fuentes, G. y Flores, F. (2016). La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. *Papeles de población*. (87). 161-181.

Giraldo, L. (2010). El maltrato a personas adultas mayores: una mirada desde la perspectiva de género. *Debate Feminista. Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)*. 42(1). 151-165.

Gobierno de la Ciudad de México. (2021). Instituto para la atención de los adultos mayores de la Ciudad de México. <https://www.cdmx.gob.mx/>. Página consultada el 20 de agosto del 2021.

Gobierno de Nuevo León. (2021). Instituto Estatal de las Personas Adultas Mayores. <https://www.nl.gob.mx/iepam>. Página consultada el 20 de agosto del 2021.

Goffman, E. (1973). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Gomez, M. (2014). *El proceso de institucionalización en la tercera edad*. Trabajo fin de grado. Facultad de Empresa y Comunicación. Universidad Internacional de la Rioja. Córdoba.

Guevara, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente

a los cambios demográficos actuales. *Entramado* 12(1). 138-151.

Huenchuan, S. (2012). Igualdad y no discriminación por edad. M.A. Mautone, Marcos Aclé. Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. México, D.F.: CEPAL.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006). *Institucionalización y Dependencia*. Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales, Secretaría De Estado De Servicios Sociales, Familias Y Discapacidad. Madrid, España

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. Base de datos, en línea. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>. Página consultada el 29 de marzo del 2021.

Lloyd, P., Penhale, B. & Redondo, N. (2019). The Admission of Older People Into Residential Care Homes in Argentina: Coercion and Human Rights Abuse. *Gerontologist*. 59(4). 610–618

Mancinas, S. (2007). *Factores de riesgo asociados a la violencia familiar contra las personas adultas mayores en la ciudad de Monterrey, Nuevo León*. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Martínez, C., Pérez, V., Cardona, Y. e Inclán, L. (2005). Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 21(1-2). 1-7.

Moya, A. y Barbero, J. (2005). *Malos Tratos A Personas Mayores: Guía De Actuación*. España: Colección Manuales y Guías, Serie personas mayores.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=C4816CADEDA6D30D2C3398BC6898715A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=C4816CADEDA6D30D2C3398BC6898715A?sequence=1) . Página consultada el 23 de febrero del 2021.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Envejecimiento y cambios demográficos. [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=314&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es). Página consultada el 13 de febrero del 2021.

Pabón, D. y Delgado, J. (2017). Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio abierto, Cuaderno Venezolano de Sociología*. 26(2). 245-267.

Rico, D., Zabala, L. y Florez, L. (2015). *Factores de riesgo para institucionalización del adulto mayor en dos hogares gerontológicos de Tuluá*. Trabajo de investiga-

ción. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Valle de Cuenca. Colombia.

Rodríguez, M., La Rosa, M. y Reyes, M. (2006). Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*. 22(1). 1-6.

Rodríguez, V., Montes de Oca, V., Paredes, M. y Garay, S. (2018). Envejecimiento y Derechos Humanos en América Latina y el Caribe. *Revista Tiempo de Paz*. 130(1). pp.43-54.

Sirlin, C. (2008). Violencia, maltrato y abuso en la vejez: una realidad oculta, una cuestión de derechos. *Comentarios de seguridad social*. 20(1). 39-61.

Tabueña, M. (2009). *Los malos tratos a las personas mayores, una realidad oculta*. Catalunya: Obras sociales de Caixa Catalunya.

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*. 30(2). 23-29.

Viviano, T. (2005). Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú: Aportes desde la Casuística de los Centros Emergencia Mujer. Lima, Perú: Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.



**ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN /  
RESEARCH ARTICLES**





# Historias de vida sobre el proceso de conversión religiosa en Alcohólicos Anónimos

Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo<sup>1</sup>

## Resumen:

La ingesta del alcohol es una práctica atávica que se encuentra muy arraigada en la sociedad contemporánea en México. Con base en los informes de la Secretaría de Salud, en las últimas dos décadas, el consumo de bebidas embriagantes es un problema que se ha agudizado en el país, porque se ha incrementado considerablemente el número de sujetos dependientes al alcohol etílico. Para su atención, existen diferentes métodos terapéuticos. No obstante, uno de los más populares es el tratamiento ambulatorio en su modalidad de grupo de autoayuda y ayuda mutua. Bajo este esquema Alcohólicos Anónimos es quien tiene mayor presencia a nivel nacional. Una parte importante del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos consiste cuando los adeptos narran su historia de vida, puesto que dicha práctica provoca una catarsis que forma parte del proceso de conversión religiosa en los miembros de Doble A.

**Palabras clave:** historias de vida, catarsis, conversión, Alcohólicos Anónimos.

## Abstract

The consumption of alcohol is an atavistic practice that is deeply rooted in contemporary society in Mexico. Based on the reports of the Ministry of Health, in the last two decades, the consumption of intoxicating beverages is a problem that has worsened in the country, because the number of subjects dependent on ethyl alcohol has increased considerably. For your care, there are different therapeutic methods. However, one of the most popular is outpatient treatment in its self-help and mutual aid group modality. Under this scheme Alcoholics Anonymous is the one with the greatest presence at the national level. An important part of the Alcoholics Anonymous recovery program is when adherents tell their life stories, since this practice causes a catharsis that is part of the process of religious conversion in members of Double A.

**Keywords:** life stories, catharsis, conversion, Alcoholics Anonymous.

---

<sup>1</sup> Profesor Investigador de Carrera Titular B Tiempo Completo, División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. Posdoctor en ciencias antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana. Posdoctor en estudios sociales por El Colegio de la Frontera Norte. Doctor en antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Estudioso de las identidades sociales, del fenómeno médico y religioso. Perfil deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, Nivel I.

## Introducción

Desde hace cuatro décadas, ha sido plenamente documentado por investigadores, como por informes oficiales, el incremento en la ingesta de bebidas embriagantes en la población en México<sup>2</sup>. Esto ha permitido que el fenómeno del alcoholismo (dependencia al alcohol etílico) ocupe un lugar preponderante entre las problemáticas sociales que se deben atender a nivel nacional<sup>3</sup>. No obstante, esta preocupación contrasta con la nula atención que reciben los alcohólicos (sujetos dependientes al alcohol etílico), por parte del Estado.<sup>4</sup>

Este contexto ha generado que emerjan nuevos actores sociales en el país, los cuales han construido por iniciativa propia diversos espacios terapéuticos, para atender a sujetos dependientes al alcohol etílico. En México, sobresalen los centros terapéuticos promovidos y administrados por asociaciones religiosas o por asociaciones civiles. Dentro de este sector, Alcohólicos Anónimos, a través de sus grupos tradicionales, ha tenido un destacado crecimiento por el territorio nacional.

Con base en Gutiérrez (2014), “la comunidad de Doble A funciona en México a través de 2 Territorios, divididos en 6 Regiones que se encuentran diseminadas en 82 Áreas, en las que hay 1,272 Distritos, 14,510 Grupos y 129,021 miembros” (p. 48). Para cumplir su propósito, los miembros de los grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos en México han aceptado un método terapéutico diseñado especialmente para la rehabilitación del alcoholismo. Sin embargo, “el programa de recuperación no está basado en el campo de la medicina clínica, sino en la religiosidad del método terapéutico que emplean para adoctrinar a sus adeptos” (p. 14).

Cabe señalar que una parte importante del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos consiste cuando los miembros relatan su historia de vida, puesto que dicha práctica provoca una catarsis que forma parte del “proceso de conversión mediante el cual los adeptos de Doble A remiendan su creer y purifican su alma. Entendiendo como purificación de alma, al conjunto de creencias en las que se apoya una persona para equilibrar y compensar la mente, cuerpo y espíritu de sí mismo y de otros” (Gutiérrez, 2014, p. 14).<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> El antropólogo argentino Eduardo Menéndez (1990), alude que el alcoholismo, de forma directa e indirecta, constituye una de las primeras causas de muerte en los países latinoamericanos como México, Chile y Argentina. Asimismo, señala que, si bien en el caso de México los índices han disminuido a partir de la década de 1930 a la fecha, los parámetros todavía son alarmantes y las consecuencias irreversibles.

<sup>3</sup> E La noción de dependencia al alcohol se caracteriza por ciertos signos y síntomas fácilmente observables, entre los que destacan la incapacidad para controlar la ingestión de alcohol, los síntomas de la abstinencia cuando se deja de beber y la tolerancia durante las primeras etapas. En pocas palabras, “la dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él” (como se cita en Gutiérrez, 2019, p. 44). Por su parte, en Gutiérrez (2020), se describe la ingesta de bebidas embriagantes y su rehabilitación en México.

<sup>4</sup> Con base en Módena (2009), el cuidado médico está encaminado a intervenir en las lesiones, padecimientos y daños de diverso tipo causados por el consumo de drogas, pero exhibe serios problemas y deficiencias en cuanto a la prevención, diagnóstico y atención de los usuarios de alcohol y otras drogas.

<sup>5</sup> El método terapéutico religioso de Alcohólicos Anónimos “sienta sus bases en la epiméleia socrática, el cual tiene como principio filosófico el cuidado del alma, el cuidado de uno mismo. Este modelo de rehabilitación contempla la parte física (corpórea), mental (psicológica) y espiritual (religiosa)” (Gutiérrez, 2018, p. 87)

En ese sentido, hablamos de conversión cuando un “evento o experiencia cambió [la] vida [de un sujeto] orientándola hacia Dios, y lo condujo a dejar sus experiencias anteriores para buscar nuevos rumbos” (Garma, 2004, pp. 195-196). Al respecto, el distinguido pensador francés Michel Foucault (2004), señala que en toda conversión hay tres momentos. “En primer lugar, la conversión implica una mutación súbita (...) cuando digo súbita me refiero a un acontecimiento único, repentino, a la vez histórico y metahistórico, que sacuda y transforme de una sola vez el modo de ser del sujeto. En segundo lugar, siempre en esa conversión súbita tenemos un pasaje: pasaje de un tipo de ser a otro, de la muerte a la vida, de la mortalidad a la inmortalidad, de la oscuridad a la luz, del reino del demonio al de Dios, etcétera. En tercer lugar, en toda conversión hay un elemento que es la consecuencia de los otros dos o que está en el punto de cruce de los otros dos, a saber, que sólo puede haber conversión en la medida en que, en el interior mismo del sujeto, se produzca una ruptura. El yo que se convierte en un yo que ha renunciado a sí mismo. Renunciar a sí mismo, morir para sí mismo, renacer en otro yo y con una nueva forma, que en cierto modo no tiene nada que ver, ni en su ser, ni en su modo de ser, ni en sus hábitos, ni en su *ethos*, con el que lo precedió, constituye uno de los elementos fundamentales de la conversión” (p. 210).

Grosso modo, podemos decir que “convertirse, recibir la gracia, sentir la religión, obtener seguridad, todos éstos son pensamientos que explican el proceso, inesperado o paulatino, por medio del cual un yo dividido hasta ese momento, errado conscientemente, inferior o desdichado, se vuelve conscientemente feliz y unido, superior y correcto, como resultado de sustentarse en realidades religiosas” (James, 2005, p. 181).

Por ello, el programa terapéutico de Alcohólicos Anónimos representa para cada miembro un sistema de creencias y prácticas religiosas modernas, que resulta de un código que da sentido y unidad, por tanto, de valores que rigen las conductas individuales y colectivas transmitidas de generación en generación.

De forma bastante sorprendente, el fin del siglo XX marcado por el decaimiento del poder regulador de las instituciones religiosas está caracterizado por un notable impulso de las conversiones. El hecho no es paradójico más que en apariencia en la medida en que esta desregulación del creer, inseparable ella misma de la crisis de las identidades religiosas heredadas, favorece la circulación de los creyentes en búsqueda de una identidad religiosa que ya no se les da enteramente conformada cuando nacen, sino que cada vez con mayor frecuencia deben proporcionársela ellos mismos (Hervieu-Léger, 2004, p. 125).

Se puede aludir entonces que son tres períodos en los que se dividen las etapas

de los miembros de A.A. por las que su forma de vida ha transcurrido. La primera, que comprende de su nacimiento hasta ser alcohólico. La segunda, es su fase de alcohólico. La tercera, a partir de su (renacimiento o conversión) incorporación a las filas del Alcohólicos Anónimos. Desde tal perspectiva, el renacimiento o la conversión de los miembros de Doble A “es una forma radical de socialización secundaria, que recrea nuevos valores y sistemas de creencias” (Garma, 2000, p. 86). Esto se puede constatar porque la figura del convertido se impone de manera sutil en los individuos que pasan voluntariamente de una religión a otra. Hoy en día, las conversiones en las sociedades rurales y urbanas son inseparables de la individualización de la adhesión religiosa, como del proceso de diferenciación de las instituciones que hacen emerger identidades religiosas distintas de las entidades étnicas, nacionales o sociales. En la sociedad contemporánea la religión se ha convertido en asunto privado y materia opcional, la conversión toma la dimensión de una elección individual, en la que se expresa en su punto más elevado la autonomía del sujeto creyente (Hervieu-Léger, 2004).

Esta figura del individuo moderno se conjuga en tres modalidades. La primera es la del individuo que cambia de religión, sea que expresamente rechace una identidad religiosa heredada y asumida para tomar una nueva; sea que abandone una identidad religiosa impuesta, pero a la que jamás se había adherido, en beneficio de una fe nueva. La segunda modalidad de la conversión es la del individuo que, no habiendo nunca pertenecido a alguna tradición religiosa, descubre, después de un camino personal más o menos largo, aquélla en la que se reconoce y a la que finalmente decide agregarse. Y la tercera modalidad de la figura del convertido es la del reafiliado, del convertido desde el interior: el que descubre o redescubre una identidad religiosa que hasta entonces se había mantenido como formal de manera puramente conformista (Hervieu-Léger, 2004).

[Aludir que un individuo] se ha “convertido” significa, en estos términos, que las ideas religiosas, antes periféricas en su conciencia, ocupan ahora un lugar central y que los objetivos religiosos constituyen el centro habitual de su energía (James, 2005, p. 187).

Dichas modalidades de conversión nos permiten afirmar que la transformación en el sujeto no es únicamente el fortalecimiento o la intensificación radical de una identidad religiosa, es un modo específico de construcción de la identidad religiosa del individuo moderno.

El convertido manifiesta y realiza el postulado fundamental de la modernidad religiosa, según el cual una identidad religiosa “auténtica” no puede ser más que una identidad “escogida”. El acto de conversión cristaliza el valor reconocido al compromiso personal del individuo que, de esta manera, rinde

---

<sup>4</sup> El CONEVAL es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía y capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México, que en teoría permite mejorar la toma de decisiones en la materia.

el testimonio por excelencia de su autonomía de sujeto creyente. La conversión religiosa, en la medida en que conlleva al mismo tiempo una reorganización global de la vida del interesado según normas nuevas y su incorporación a una comunidad, constituye una modalidad notablemente eficaz de la construcción de sí mismo en un universo en el que se impone la fluidez de las identidades plurales y en el que ya ningún principio central organiza la experiencia individual social" (Hervieu-Léger, 2004, p. 136).

Por lo tanto, la conversión del individuo moderno se concreta en el transcurso de individualización de la identificación religiosa y en el deseo de una vida personal conducida en orden, el cual se expresa de forma explícita en una protesta contra la entropía del mundo. Esta dimensión contestataria de la conversión conduce al individuo a incluirse simbólicamente y efectivamente en una comunidad ideal oponible a la sociedad circundante (Hervieu-Léger, 2004). La comunidad de Doble A se presenta entonces como la prefiguración de un nuevo orden del mundo que depende enteramente de la regeneración espiritual de cada individuo, asegurada de facto por la integración que los inicia dentro del grupo.

Al respecto, los connotados sociólogos Peter Berger y Thomas Luckmann (2006), consideran la conversión como una forma de resocialización (o socialización secundaria) del sujeto. Este se enfrenta a una crisis profunda que le permite reinterpretar su pasado y hacer plausible su mundo. Para ello es primordial que el individuo se incorpore a una comunidad que oriente su vida, tal como lo son las agrupaciones de Alcohólicos Anónimos.

[Por socialización secundaria o resocialización vamos a comprender a] “todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano se integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Más precisamente: la socialización incluye todas las instancias a través de las cuales un sujeto humano se hace individuo. Ser individuo implica “individualizar” en una persona aquellas características generales que connotan una estructura social” (Kaminsky, 2001, p. 11).

La construcción de la identidad religiosa del individuo moderno no concluye en la adhesión a una comunidad por convicción propia (porque si la comunidad no satisface religiosamente al sujeto, este saldrá en busca del bálsamo para su vida), sino en el convencimiento de que la comunidad es la ideal para integrarse personalmente. En ese sentido, “la religión no puede tener la pretensión de cambiar el mundo, ni de regular la sociedad; pero sí puede transformar a los individuos” (Hervieu-Léger, 2004, p. 152).

¿Qué es para mí evidente? Primero, que la finitud de la existencia mundana

no puede satisfacer completamente al corazón humano. Incorporado a la condición humana existe un anhelo de algo “más” que el mundo de la experiencia cotidiana no puede colmar. Esta aspiración sugiere con fuerza la existencia de algo a lo que la vida tiende, de la misma manera que las alas de los pájaros apuntan a la realidad del aire. Los girasoles se inclinan en la dirección de la luz porque la luz existe, y la gente busca comida porque la comida existe. Las personas pueden morir de hambre, pero los cuerpos no experimentarían hambre si no hubiera comida para apaciguarla. La realidad que mueve y llena el anhelo del alma es Dios, como quiera que se le denomine (Smith, 2002, p. 17).

Con estas afirmaciones, podemos deducir que desde el momento en que el sujeto está en busca de su identidad religiosa, también lo está de su identidad personal. Y cuando comienza a construir su identidad religiosa al mismo tiempo edifica su identidad personal. Es precisamente en este proceso de abstracción racional del creer religioso moderno cuando el individuo subjetiviza su persona, se convierte en sujeto moderno y purifica su alma.

Esta modalidad de conversión está orientada más a la individualidad, a la perspectiva del actor. Según el antropólogo Carlos Garma (2004), esta es la conversión paulista, la forma más popular y distintiva de enunciar el cambio hacia una nueva religiosidad. “En el Nuevo Testamento la conversión de Paulo es descrita cuidadosamente en los Hechos de los Apóstoles. Siendo un ciudadano romano, se llamaba primero Saúl, y a partir del martirio de San Esteban se dedica a la persecución de los cristianos. Sin embargo, en el camino a Damasco lo cegó una luz del cielo. Cayó al piso y escuchó una voz que le dijo: “¿Saúl, Saúl, por qué me persigues?” Esta voz era la de Jesús. Saúl estuvo ciego por tres días, hasta que un discípulo cristiano llamado Ananías lo sanó por imposición de manos. A partir de entonces, cambió de nombre, siendo bautizado como Paulo, y se convirtió en cristiano. Paulo sufrió un cambio radical que alteró su vida a partir de su encuentro con un ser o hecho espiritual” (p. 199).

La conversión paulista fue la que vivió en carne propia Bill Wilson, cofundador de Alcohólicos Anónimos, como también es esta conversión paulista la que han experimentado y experimentan los miembros de las agrupaciones de Doble A en México, pero de esto hablaremos puntualmente en los siguientes apartados.

### **Breve historia de Alcohólicos Anónimos**

La noción de alcoholismo como enfermedad y la idea de que los alcohólicos no podían dejar de beber por sí mismos, incluso si quisieran, surgió en el siglo XVIII. De acuerdo con Trice y Staudenmeier (1989), “Dos implicaciones diferentes que

surgen de tal creencia son: (1) que los alcohólicos continuarán bebiendo hasta que mueran (2) que necesitan ayuda para dejar de beber. Creer en ambas implicaciones se extendió en el siglo XIX con el crecimiento del movimiento de reforma por la templanza” (p. 12).

Este movimiento social por la templanza o temperancia concibió como si fuera el mismísimo demonio al alcohol, por ser el causante de daños físicos y psicológicos en la sociedad estadounidense. Para 1826 se fundó la Sociedad Americana por la Temperancia (American Temperance Society), la cual se benefició del renovado interés que el país sentía por la moralidad y la religión. En doce años llegó a tener ocho mil agrupaciones locales y más de un millón y medio de miembros (Fábrega, 2017).

Alcohólicos Anónimos surgió como una continuación del movimiento de templanza o temperancia en los Estados Unidos. “Los grupos iniciales de A.A. estaban integrados, fundamentalmente, por individuos blancos, protestantes y de la clase media estadounidense” (Rosovsky, 2009, p. 14).

Asimismo, fue trascendental la influencia del psiquiatra suizo Carl Jung, para el nacimiento de Doble A. Se sabe que, a principios de la década de 1930, Jung atendió el alcoholismo de Rowland Hazard, un empresario estadounidense. Tras un año de tratamiento, Rowland pensó que se había rehabilitado, pero al poco tiempo recayó. “Volvió a consultar con Jung y le preguntó si podría hacer algo más para ayudarlo. Jung le contestó que, desde el punto de vista médico o científico, no había otro tratamiento que le pudiera ofrecer. Le dijo que el único remedio posible que le quedaba era el de pasar por una experiencia religiosa o espiritual, aunque añadió que tales experiencias eran poco frecuentes. Recomendó a Rowland que se uniera a algún tipo de grupo religioso para buscar allí una experiencia espiritual. Rowland siguió el consejo de Jung y se unió al Grupo Oxford, un movimiento cristiano evangélico popular en aquel entonces. Tuvo una experiencia espiritual como consecuencia de su contacto con ese grupo y dejó de beber” (Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 1).

Rowland Hazard continuó con sus actividades en el Grupo Oxford. Uno de los individuos que ayudó para la rehabilitación del alcoholismo fue a Ebby Thacher, a quien le recomendó el método con el que encontró la sobriedad. Este personaje también vivió una experiencia religiosa en el Grupo Oxford que lo alejó del alcohol (Alcohólicos Anónimos, 2013).

Tiempo más tarde, Ebby Thacher se enteró que su amigo de parranda Bill Wilson se encontraba internado a causa de un severo episodio alcohólico en el Hospital Charles B. Towns de Nueva York. Ebby Thacher sugirió a Bill Wilson visitar el

Grupo Oxford, “cuyos miembros habían encomendado su vida a Dios, al que concebían como una fuerza espiritual” (Trice and Staudenmeier, 1989, p. 17).<sup>6</sup>

La hospitalización de Bill Wilson concluyó en lo que puede denominarse una conversión paulista. Severamente conmocionado por las vivencias de su amigo y anhelando conseguir la sobriedad, Bill Wilson sufrió “una hondísima depresión, la más funesta” de las que él nunca hubiese conocido (Alcohólicos Anónimos, 2010, p. 66). Clamó por auxilio divino en la obscuridad de su habitación en el hospital: “¡Si hay un Dios, que se manifieste!” (Alcohólicos Anónimos, 2010, p. 75). El resultado fue inmediato, electrizante, imposible de describir, afirma en su autobiografía: “De pronto, mi cuarto resplandeció con una indescriptible luz blanca. Se apoderó de mí un éxtasis más allá de toda descripción. Toda la alegría que había conocido era tenue en comparación con esto. La luz, el éxtasis... durante un tiempo no estuve consciente de nada más. Luego, visto con los ojos de la mente, estaba ahí una montaña y yo estaba de pie en su cumbre, en donde soplaban un gran viento, que no era de aire, sino de espíritu; con una fuerza grande y pura, soplaban a través de mí. Entonces llegó el pensamiento resplandeciente: “Eres un hombre libre”” (Alcohólicos Anónimos, 2010, p. 75).

Afortunadamente para la autoestima de Bill W. su médico le tranquilizó asegurándole que no habían sido alucinaciones. De hecho, cuando su amigo Ebby llegó al hospital a visitar a Bill W., reforzó los aspectos positivos y las dimensiones espirituales de la experiencia sugiriendo a este que leyera *Las variedades de la experiencia religiosa* de William James; apremió a Bill W. para que utilizará su encuentro con Dios como camino a la sobriedad; Bill W. había experimentado una conversión. “Incluso un experto como Matthiasson (1987) ha interpretado la experiencia de Bill W. como chamánica. Como quiera que se interprete el suceso, Matthiasson probablemente ha acertado en su estimación de que el restablecimiento de Bill W. no podría haber sido posible sin su propia experiencia religiosa” (como se cita en Brandes, 2004, p. 115).

Conocemos la historia de Doble A por los múltiples textos redactados por Bill Wilson. Esta comenzó en Akron, Ohio, el 10 de junio de 1935, a raíz de su primer encuentro con el médico Robert Smith (Dr. Bob).

El Dr. Bob se dedicó por iniciativa propia al cuidado hospitalario de alcohólicos y adoctrinarlos en los Principios de A.A. Un gran número de alcohólicos llegaron a Akron en busca de tratamiento en el hospital católico de Santo Tomás (Alcohólicos Anónimos, 2002, p. 23).

Con el transcurso del tiempo, se fue difundiendo el programa de rehabilitación de Doble A por Norteamérica. Para ello, elaboraron los principios básicos de la aso-

<sup>6</sup> El Grupo Oxford se apropió de diversas prácticas religiosas. Con el paso del tiempo, incorporaron a su programa terapéutico un inventario moral, una confesión de los defectos de carácter, la reparación de daños, pasar el mensaje, la noción de creer y depender, en un Poder Superior.



ciación, los cuales permitieron darle ese carácter de legitimidad y credibilidad ante la sociedad estadounidense. Unos de los principios elementales de Alcohólicos Anónimos se encuentran en su “Enunciado”, párrafo de apertura de sus obras impresas; este es su carta de presentación, que a letra dice:

Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad (Alcohólicos Anónimos, 2005, p. 1).

En 1939, cuatro años después de haber establecido los principios elementales, Alcohólicos Anónimos publicó su texto básico. El libro escrito por Bill W. explica la filosofía de Doble A, así como su método terapéutico (Alcohólicos Anónimos, 2005). Actualmente este documento es conocido como el libro grande o libro azul de Alcohólicos Anónimos.

Este es el libro de Alcohólicos Anónimos, su objetivo principal es habilitarte para que encuentres un Poder Superior a ti mismo que resuelva tu problema de alcoholismo. Eso quiere decir que hemos escrito este libro que creemos es espiritual, así como también moral. Y quiere decir, desde luego, que vamos a hablar acerca de Dios (Alcohólicos Anónimos, 2005, p. 42).

En el libro grande o libro azul se expresa que, para cumplir su rehabilitación, los miembros de Alcohólicos Anónimos deben aceptar un programa de Doce Pasos y Doce Tradiciones. Años después, en 1951, Bill W. redactó los Doce Conceptos para establecer los principios y procedimientos de servicio de los alcohólicos.

Para la comunidad de Alcohólicos Anónimos los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos son conocidos como los Tres Legados. De hecho, en una forma simbólica las bases del programa terapéutico aparecen sintetizados en el logotipo de la agrupación. Los Doce Pasos (recuperación), las Doce Tradiciones (unidad), y los Doce Conceptos (servicio), son una guía para recobrar los valores espirituales. Su base de funcionamiento son las terapias de grupo y la psicoterapia ocupacional.

## Historias de vida en Alcohólicos Anónimos

En este apartado exponemos la historia de vida de dos miembros activos de Alcohólicos Anónimos en Quintana Roo. En sus relatos vamos a poder constatar cómo están entrelazadas sus historias de vida por un pasado común: marginación, desprecio, soledad, dependencia alcohólica, etcétera. Este pasado común facilitó el proceso de conversión religiosa hacia una nueva forma de vida, para que pudieran aceptar el programa terapéutico y adherirse plenamente a las filas de Doble A. Concebimos como “nueva forma de vida”, el proceso resocializador mediante el cual los miembros de Alcohólicos Anónimos reinterpretan su creer en significados que dan sentido a la vida. No es que consideremos la(s) etapa(s) de los alcohólicos como algo distorsionado de su creer, puesto que están conscientes de lo que hacen, sino más bien como un creer inconcebible de su realidad social.

Para dilucidar nuestra tesis, nos apoyamos en los relatos de vida de dos informantes calificados, entendiendo como informante calificado a aquel individuo “bien situado en la sociedad que [se] estudia y con el que [se] entabla primero y [se] mantiene después una relación de tipo personal durante el tiempo que dure la investigación de campo” (Junquera, 1995, p. 135).

En ese sentido, nuestros informantes serán globales (aquellos que tienen una visión general sobre el fenómeno social a estudiar) y específicos (aquellos que tienen una visión particular porque de manera directa han vivido el fenómeno social a estudiar).

Las características más importantes de la entrevista que aplicamos a nuestros informantes son: basada en la comunicación verbal, estructurada, metódica y planificada. Básicamente es un procedimiento de observación que se da en una relación asimétrica bidireccional (entrevistado-entrevistador) en donde interviene un juego de roles.

El tipo de entrevista que se realizó fue estructurada, formal y con un cuestionario, porque hubo preguntas preestablecidas abiertas y cerradas. Se conversó cara a cara con los entrevistados en un lugar previamente fijado, para que se tuviera la oportunidad de obtener información verbal y no verbal (desde la forma de vestir hasta los gestos con los que acompañaron su discurso).

Asimismo, se aplicaron algunas técnicas que permitieron conducir la entrevista de acuerdo con las necesidades e interés del proyecto, como la repetición de la pregunta, la clarificación de inconsistencias (se repite la información cuando esta es contradictoria a otra obtenida anteriormente), contraejemplos (con un ejemplo contrario se pretende hacer reflexionar al entrevistado), el resumen de ideas clave, la incompreensión voluntaria (dar a entender al entrevistado que no se ha entendido lo comentado

con el fin de que vuelva a explicar y ejemplificar su discurso) (Aguirre S., 1995).

Otro elemento imprescindible en el trabajo de campo fue la observación participante que realizamos en grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos en diversas entidades de México, porque esto nos aportó un conocimiento directo y experiencial de la cultura de los informantes. “A lo largo del trabajo de campo, el etnógrafo es el principal instrumento de análisis de la cultura, siendo la observación participante un “conjunto acto recíproco”, un continuo dialogo intercultural e interpersonal, donde se da un intercambio entre las perspectivas emic (la del investigado) y etic (la del investigador)” (Aguirre Á., 1995, p. 14).

Cabe precisar que nuestros informantes fueron dos hombres. Ambos informantes accedieron a darme la entrevista con tal de que omitiera su nombre de pila, quedando como anónimo el testimonio. Por ello, al primero de nuestros informantes lo llamamos Jorge y al segundo Javier.

Al momento de la entrevista Jorge tenía 28 años. Es miembro regular en el Grupo Payo Obispo de Alcohólicos Anónimos en Chetumal, Quintana Roo. Labora de manera informal como músico en un grupo que toca en diversos eventos sociales. La elección por Jorge como informante fue por dos razones. La primera, porque padeció en su infancia, una situación de abandono familiar que lo obligó a ser rechazado socialmente, contexto que lo orilló a consumir sustancias psicoactivas de todo tipo. La segunda, porque tiene una visión específica y definida de los roles, funciones y estrategias en la agrupación, además de que cuenta con un estatus adscrito dentro de la comunidad de Doble A.

Las tres entrevistas que se le hicieron a Jorge fueron en la sala de su hogar. Jorge vive en una casa de concreto que se encuentra en deterioro. Tiene dos habitaciones con severa humedad en las paredes, un baño y una cocina, que por cierto se encuentra averiada. De manera general, podemos decir que Jorge es un hombre de escasos recursos económicos, sin grado de instrucción académica y con alta vulnerabilidad social.

Por su parte, cuando se entrevistó a Javier tenía 66 años. Es miembro regular del Grupo 23 de junio de Alcohólicos Anónimos en Bacalar, Quintana Roo. Trabaja en la localidad como gerente en el restaurante-bar “Ojitos”. Se eligió a Javier como informante, porque tiene una visión global y dinámica dentro de la comunidad de Alcohólicos Anónimos en Quintana Roo. Estas cualidades lo han conducido a tener en el grupo que preside un estatus adquirido. Asimismo, porque tiene una visión específica acerca del contexto social en el que se consumen las bebidas embriagantes entre los habitantes de la región.

Las tres entrevistas que se le hicieron a Javier se hicieron en su negocio, el restaurante-bar "Ojitos". Javier, es propietario del lugar desde hace más de ocho años y, por tanto, conoce quien es alcohólico en Bacalar, situación que le favorece para practicar el Doceavo Paso de recuperación de Alcohólicos Anónimos. En esencia este Doceavo Paso consiste en la captación de adeptos para incorporarlos a la comunidad de Doble A. Al igual que Jorge, Javier no tiene educación académica, pero su negocio le proporciona los recursos económicos suficientes para vivir.<sup>7</sup>

En síntesis, podemos decir que los dos informantes son originarios de Quintana Roo, que carecen de instrucción académica, que comparten problemas sociales, familiares y económicos. Muestra de ello, son las bajas ventas en el restaurante de Javier, precisamente por el contexto marginal de la propia localidad, mientras que Jorge es el típico mil usos, porque hace todo tipo de trabajos para el sustento de su hogar, puesto que no depende del grupo musical.

Antes de iniciar con el relato de nuestro primer informante, pretendemos que quede muy claro que los testimonios que a continuación se presentan, recogen la narración de la experiencia vivida de cada uno de ellos sobre cómo han socializado y experimentado la ingesta de bebidas embriagantes en los lugares donde han crecido. Pero también de cómo llegaron a Doble A, pero, sobre todo, cuál fue el suceso que ocasionó la conversión que los condujo a una nueva forma de vida.

Las entrevistas fueron transcritas tal y como se escucha en la grabación original, porque nuestro objetivo es conocer la vida de un sujeto a través de sus propias palabras, para comprender su visión personal. Por ello, nos centramos en un aspecto concreto de la vida de los informantes, porque en esencia se trató de aprender sobre lo que es importante para ellos: sus significados, sus perspectivas y sus definiciones, el modo en que perciben, clasifican y experimentan el mundo que los rodea.

Por último, es importante mencionar que hay dos grandes aspectos que nos interesó recoger de la historia de vida de nuestros informantes:

1. La manera en cada uno describe los acontecimientos concretos que consideran de interés, siguiendo una cronología de los hechos, de una forma descriptiva y pormenorizada (el relato de su niñez, la descripción de los problemas familiares, el contexto sociocultural, la forma de socialización, la manera de expresarse, etcétera).
2. La forma como interpretan cada uno de ellos estos u otros acontecimientos o conceptos más generales, es decir, su mentalidad, su pensamiento, su opinión sobre las cosas (por ejemplo, sobre la ingesta de alcohol, su noción

---

<sup>7</sup> Doceavo Paso. "Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos" (Alcohólicos Anónimos, 2006b, p. 92).

sobre los problemas, las dificultades de relacionarse, los costos sociales por beber alcohol, etcétera).

Estos aspectos nos facilitaron, en primer lugar, hacer una serie de comentarios que enriquecieran el resultado del tratamiento del texto transcrito en la entrevista. En segundo lugar, nos permitieron proporcionarle al lector algunas herramientas cualitativas con las que pueda construir un marco referencial similar al expuesto en esta investigación.

### **Primera historia de vida**

Me llamo Jorge, nací aquí [en Chetumal] el 7 de junio de 1979. Tengo una hermana que me lleva 5 años, se llama Elena. Tengo 28 años, mi hermana debe tener 33, ella nació el 7 de enero de 1974. Luciano es mi padre y mi madre María Elena, mi papá aún vive y mi mamá no. Mi mamá murió justo un mes antes de que entrara a recuperación. Bien me acuerdo fue en el 2002, el 28 de febrero de 2002 cuando murió mi madre. Mi padre vive aquí con nosotros, no soy casado, ni vivo en unión libre. Mi hermana es casada, se casó con una persona que se llama Cristian y viven en Cancún. Mi hermana se casó como unos seis meses antes de que falleciera mi madre. Mi hermana es arquitecta, mi papá es contador, ahora trabaja en el Instituto Quintanarroense de Cultura. Mi madre nació en Champotón, Campeche. Mi papá es de Chiapas, nativo de ahí. Mis padres se conocieron aquí [en Chetumal]. Antes vivíamos aquí en la [avenida] Héroes, justo enfrente del jardín, donde estaba la Renault, contra esquina, yo ahí nací. En ese tiempo, mis padres tenían conflictos de pareja, que inclusive ni yo entiendo, a mí me tocó verlos discutirlos muchas veces. Con mi padre tenía una buena relación, pero lo veía muy poco, estaban separados, no vivían juntos, lo veía los sábados que nos llevaba a pasear, eso fue cuando tenía como 5 o 6 años hasta los 8 o 9, por ahí, aproximadamente, igual no me acuerdo mucho. Con mi madre me llevaba muy bien, me quería mucho, sólo que también casi no estaba en casa, igual porque ella trabajaba. Ella llegaba como a las tres de la tarde, yo me la pasaba en la calle con mis cuates echando desmadre, jugando canicas o cosas así, era cuando iba a la primaria Comodoro Manuel Azueta. A mí nunca me faltó nada, económicamente estaba muy bien. No era ni rico ni pobre, una situación regular, pero por momentos había ciertos lujos. Mi mamá era medio neurótica de repente, en ocasiones nos daba un coscorrón o una buena gritada porque se enojaba.

Por mi hermana crecí alrededor de muchas mujeres, y como tenía muchas vecinas, también tuve problemas con ellas. Desde chavo ya sabía qué era una mujer desnuda, ya sabía qué era la pornografía, te estoy hablando desde los 4 o 5 años, casi nadie me lo cree. En la primaria me decían, “te crees mucho porque sabes sobre las mujeres”. Desde esa edad ya sabía sobre el sexo. Mis vecinas y las

amigas de mi hermana me decían “que las tocara y cosas así”, que nos bañáramos juntos, luego jugábamos al papá y a la mamá, todas esas cosas hacíamos. También con mis vecinitos, unos ya estaban más grandes, pues veíamos películas pornográficas o cosas así. Desde que era muy chico tenía esa situación de, nosotros en Alcohólicos Anónimos lo llamamos descoyuntamiento sexual, por eso yo tuve muchos sentimientos de culpa, con decirte que todavía a los 18 años, no podía hablar de esto, me daba mucha pena, no lo podía decir, tenía mucha culpabilidad, me sentía sucio.

Había un juego también con hombres, porque estábamos chavillos y no sabíamos qué onda, pues a veces no había chavas y entre nosotros nos tocábamos. Con mis amiguitos a veces hubo un toqueteo en los genitales, aunque no llegó a haber un acto sexual así definido, pues como si estábamos bien chavillos, que madres íbamos a poder hacer una penetración, no lo había, pero sí había esa intención, había esa disfunción mental. Cuando era chavo, mi padre rara vez llegaba medio pedo, llegaba feliz, llegaba contento, pero era muy raro que tomara. Mi madre no se tomaba ni una cerveza, la mitad de una y hasta ahí. Mi madre no fue una persona alcohólica. Mi padre de vez en cuando se echaba sus chelas, a veces había problemas, pero no era por el alcohol, sino por la infidelidad de su parte, por eso tuvieron muchos problemas.

En los últimos dos años de la primaria, pues ya andaba flojeando, sentí que se me hizo muy difícil acoplarme con mis amigos de la primaria, pero justo cuando ya estaba acoplado, pues me pasan a un lugar donde no conozco absolutamente a nadie. Me voy a la secundaria, a la Othón P. Blanco, y me sentí fuera de lugar. Sientes que ya no es lo mismo, sientes que todo es una chingadera, que todo es una porquería, ese tipo de depresiones, ese tipo de inseguridades. Comencé el primero de secundaria, era más desastroso que antes, no me interesaba nada de la escuela, empecé a tener, en ese lapso, grandes problemas por una prima que, tal vez inconscientemente por lo de la niñez, intenté hacerle algo. Ella estaba más grande que yo, pero de todas maneras intenté meterme a su cama y me agarró a chingadazos “chamaco sácate de aquí”, pero esa situación me causó muchos problemas con mi familia.

Estaba en la situación de la adolescencia de que nadie me quiere, nadie me tolera, ya sabes, el típico incomprendido. En ese tiempo hubo un problema con mi padre en el banco donde trabajaba, no sé qué problema hubo de manejo de sus finanzas que perdimos propiedades, entre ellas la casa donde estábamos habitando, esta casa a penas la estaban construyendo, nos tuvimos que venir para acá, llegamos a un lugar donde no conocía nadie, me sentía más desubicado en la escuela, en la casa, me vengo aquí y hasta la fecha, no conozco casi a nadie, más que a un vecino que vive en la esquina, él es un poco más grande que yo, ya le metía duro

al chupe. En la escuela no iba bien, me volví muy rebelde, con mi madre y padre era rebelde, pero así seguí, aunque había cierto respeto hacia ellos, no salía de noche, me dormía temprano, hasta cierto punto cumplía muchas reglas todavía.

La relación con mi hermana fue buena desde pequeños, pero dentro del proceso de crecimiento comenzamos a odiarnos. Yo tenía muchos resentimientos hacia ella, no sé ella hacia mí, pero ya en ese tiempo había una indiferencia barbará, ni pensar en saludarnos, tenía entre 13 y 15 años, fue algo de mala gana, fue algo muy extraño. Vivíamos aquí, pero no nos tratábamos bien, no había esa situación de platicar, simplemente así era, ella en su rollo y yo en el mío, mi papá en su rollo y mi mamá en el suyo, mundos completamente diferentes. Cuando estábamos en la comida sí platicábamos, nada más era como la terapia, el relax, pero cada uno su rollo. En ese tiempo tenía muchos problemas, por eso no concluí la secundaria. En primero de secundaria, antes de terminar, ya había probado un poco de alcohol, ya había probado de chavillo, porque mi familia hacía fiestas en la casa, mis tíos chupaban demasiado, pero de repente había pedos por el alcohol. Los tíos por parte de mi madre eran bien borrachos. Los de mi papá, pues están en Chiapas, esporádicamente los veíamos, a excepción de uno que llegó a vivir por un tiempo aquí en Chetumal, ese sí le metía duro y bonito, hasta incluso un día llegó a bofetearme medio briago. La mayoría con los que tenía contacto eran parientes de mi mamá, que de repente llegaban a vivir aquí en la casa. Ellos sí tenían contacto con el alcohol, tenían cierta dependencia, tanto mujeres como hombres.

En primero de secundaria comencé a probar el alcohol, era algo que se sentía bien, no sé, pero algunas veces nos escapábamos y nos íbamos a las tardeadas del Bellavista, nos íbamos a la esquina, a esa tiendita que todavía existe, la que está allá en Splash, allí hay una tienda y compré una Caribe Cooler, porque tenía pocos grados de alcohol, no sabía tan amarga como la cerveza. Ahí me tomaba una o dos con un amigo y me cimbraban el cerebro, algo raro, pero me gustaba esa sensación, fue algo que estábamos descubriendo, de ahí al poco rato ya tomaba con mi cuñado de repente. Salía mucho con mi hermana a dar la vuelta con sus amigos, ellos de repente se tomaban sus cervezas, yo mi Caribe Cooler. También quería conocer lo que ellos hacían, quería entrarle al desmadre, mi hermana nunca fue una persona alcohólica, pero mi cuñado más o menos le metía, él estaba chavo, le gustaba el desmadre. De ahí pasé a segundo grado, de plano nada más iba a dormirme y con mi amigo Luis, que es el de aquí de la esquina, nos escapábamos de la casa y nos íbamos a las tardeadas, nos íbamos a los quince años, nos colábamos en las fiestas, él ya tenía la situación de picarse, de tomarse una cerveza y decir “ya estoy picado”, no entendía qué era eso, me decía que quería más. A mí no me daba esa situación todavía, sin embargo, sí me tomaba una cerveza y me ponía chido. Me acuerdo de que en ese tiempo estaba en mí salón y me le quedé viendo a una chica, me clavaba viéndola, me peleé con los maestros, no

quería estudiar, no sé, algo me pasó que no me interesaba para nada el estudio, nada más me interesaba pasarla bien.

Al poco rato ingresé a la música, empecé a pensar “voy a ser músico, no necesito estudiar”. Entonces terminé el segundo grado, mi madre tenía mucha influencia en las escuelas porque trabajaba en ese tiempo en la SEP, y me mandó de refugiado a la secundaria Siqueiros, porque yo así lo quería, no quería pasar la vergüenza de haber reprobado. Llegué a la escuela y hasta cierto punto era la novedad, porque no me conocía nadie. Comencé a tratar de estudiar, de echarle ganas, pero ahí en la escuela conocí a otros amigos y nos íbamos de repente, nos escapábamos a Bacalar, hacíamos juegos de esos de la botella, encuerábamos a las compañeras o nos encueraban. Ya tenía mi grupo de rock, tenía amigos un poco más grandes que yo, ya le empezábamos a meter al chupe, en ese tiempo tenía como 13 o 14 años. Me acuerdo de que me escapaba de la casa, era muy frecuente eso, me iba a un bar que se llamaba La Capilla, así bien chavillo me escapaba para irme a beber, en muchas ocasiones lo hice, para mí era fascinante conocer el mundo, ir a las discos, a los bares, ver qué tipo de gente había allá, no sabía en lo que me estaba metiendo. Antes de terminar el segundo grado, pues ya tenía cierta dependencia al alcohol, en mi casa me lo decían mis padres, pero nadie me abofeteaba, ni me regañaban, ni nada, creía que nada más era un juego de niños, sin embargo, mis padres no me hostigaban tanto, pero antes de terminar la secundaria ya me había puesto muchas borracheras.

De repente entré a una obra de teatro de la secundaria. Ahí conocí a una chica, a mí no me gustaba, pero ella me estaba buscando y toda la cosa. Ella estaba muy bien, terminamos siendo novios, pero al poco rato le dejé de hablar, no recuerdo qué pasó en mí, de repente me gustaba muchísimo, estaba enamorado de ella, creo no sé, pero no le podía hablar, me daba pena agarrarla o abrazarla, que sintiera que yo tenía una erección, cosas así, entonces ella me terminó cortando, porque de plano no le hacía nada, no veía acción, hasta ahorita lo voy entendiendo ¡qué pendejo soy! ja, ja, ja. Entonces ella me cortó, pero me sentí muy mal ¡charros! me sentí muy down, ya no quería salir con los cuates y en ese tiempo me estaba saliendo mucho acné, peor aún, estaba pasando la situación del acné, para ese tiempo terminé el segundo grado. Terminó la obra de teatro, a ella ya no la veía, me paraba en el portón de la casa, para ver si ella pasaba en el camión de Calderas, porque ella vivía por allá. En ese tiempo era celosísimo, incluso tenía un mejor amigo, hasta me llegue a pelear con él, porque era medio zorro y la zorreaba, ese tipo de cosas me ponía muy mal, me ponía muy, muy mal. Ella se llama Nayelli, ahorita ya está casada, tiene dos hijos. Para pronto, que reprobé el tercero de secundaria, no terminé la escuela, en los dos primeros meses me salí, dejé de ir a la escuela, me dediqué a tocar la guitarra y a pasar el rato. El tercero de secundaria lo cursé en una escuela abierta, mi mamá me compró el tercer año,



porque ella tenía influencias por su trabajo en la SEP.

Comencé a tocar la guitarra desde los 12 años, cuando ingresé a la secundaria, fue por ahí de octubre o noviembre. En ese tiempo llegó un primo de Tabasco y me iba a emborrachar con él, éramos primos de la infancia, era uno de mis mejores primos y tenerlo aquí ¡a toda madre! Porque le mete al chupe bien grueso, teníamos como 15 años, más o menos, nos íbamos a emborrachar, a echar desmadre muy diferente a los chavos que vivían aquí, de repente llegaba mi amigo que tocaba la batería en el grupo, con su carro y era el oasis en el desierto, vámonos carnal, a rolar al boulevard y a chupar, era lo máximo, a qué otra cosa podía aspirar, ni me interesaba ir al cine, ni me interesaban cosas productivas, quería beber, escuchar música de rock, ese era mi mundo.

Llegué a la preparatoria y le empecé a echar ganas, hasta me decían que era inteligente y toda la cosa. Sí era trabajador, le empecé a poner ganas, pero de repente empecé a tomar alcohol nuevamente. En las escuelas siempre fui muy mediocre, todos los alcohólicos tenemos esa característica, empezamos a estudiar y todo eso, a la mitad del curso ya me daba flojera ir a la escuela, no quería saber nada, peor aún, mi certificado de secundaria no llegaba, me lo pedían en la preparatoria, me dijeron “te damos cierto tiempo, sino llega esa constancia te sacamos”, hasta que un día me corrieron. Me corrieron por eso, me corrieron porque no tenía mis papeles. Entonces me metieron a trabajar al restaurante de mi abuela, al bar “Las Tías”, a destapar cervezas, servir mesas y todo eso, ahí me la pasé un rato, tratando de seducir a las meseras que me mandaban a la chingada ¡eso era bien feo! Una que otra bailarina se dejaba manosear, pero ya bebía con frecuencia, tenía la oportunidad de robarme algunas botellitas del bar e irme con mis amigos acá y allá. En ese tiempo había varias amigas con las que salía, había varios cuates que nos juntábamos y fumábamos yerba, pero nunca me volví adicto a la marihuana. Al poco rato también conocí la cocaína, tenía como 17 o 18 años. Conocí la cocaína y me gustó, esa vez buscaba la ocasión para irme con estos amigos a inhalar cocaína, no estudiaba, sólo estaba trabajando en el bar. Mi papá tenía un hotel aquí [en Chetumal], donde me ponía a trabajar, pero después me corrió porque me metía a hacer desmadre en los cuartos, metía a mis cuates, cerrábamos el hotel, nos encerrábamos en un cuarto, fumábamos marihuana, nos poníamos a beber, los inquilinos se quedaban afuera y yo dormido en los cuartos. El hotel se llama Posada Colonial. En ese tiempo pues ya conocía los table dance, conocía a unos músicos que más adelante estaría tocando con ellos, que eran los dueños del bar Copacabana, un lugar donde se ponían a bailar chicas desnudas. Empecé a conocer los bares, al poco rato hice un grupo con el que empecé a tocar en un antro que se llama Grito de Quetzal, ya tenía como 19 años, ahí conocí entre la borrachera a una chava, ahí le di para sus tunas, ahí empezamos a andar, me iba a ver al bar, empezamos a coger, nos enredamos, disqué nos enamoramos.

Ella vivía sola en su casa, era amante de otro tipo, que fue el que le dio esa casa donde yo iba con ella a coger. Ella había estado casada, se deshizo de este tipo y me fui a vivir con ella. Yo la celaba bien cabrón, mi problema de la celotipia otra vez, los dos le metíamos bien cabrón al pedo a la cocaína. Ella no tenía hijos, era un poco más grande que yo, tenía como 21 años. Nos emborrachábamos y al poco rato empezábamos a inhalar cocaína, para eso entré con un grupo de cumbias, que después tocábamos reggae, tocábamos en cantinas, bares, discos y me emborrachaba ahí, me metía coca, yerba, de todo. Al poco rato se embarazó esta mujer, se embarazó de mí porque ella lo quería y yo porque no me cuidaba. Se embarazó, ella dejó de tomar y el desmadre, yo pues no, la embarazada era ella. Ella dejó su casa para venirse conmigo, pero yo era un desmadre, puros pleitos, puros problemas, porque a veces no llegaba a dormir. En ese tiempo me ganaba unos 200 pesos, 300, eso sí, tocando desde la tarde hasta las 5 de la mañana, eran bien negreros los antros de aquí, pero ganabas buen dinero, pero yo llegaba sin nada a la casa, todo me lo emborrachaba, todavía no había infidelidad de mí parte. Nos fuimos de Chetumal, nos fuimos a Playa del Carmen, pero antes pasamos a Tulum, ahí ya estaba en lo grueso, me metía un chingo de coca y de alcohol, al poco rato empecé a involucrarme con otras mujeres. En ese tiempo tenía como 18 o 19 años, me acuerdo de que me ponía mal, le reclamaba cosas del pasado, celotipia pendeja, ella se regresó a Chetumal, yo me quedé por allá a buscar surte con mis cuates del grupo, en Tulum estuvimos en un bar que era de un amigo, borrachera tras borrachera, había un cuarto donde dormíamos dos compañeros y tres bailarinas del Table Dance, ya te imaginaras el desmadre. Nos fuimos a Playa del Carmen, conseguimos un buen trabajo, empezamos a ganar bien, pero también ya estaba más encarrilado en la situación del trago, la droga y las mujeres. Me gustaba mucho seducir a las bailarinas para que nos pagaran las borracheras, para que nos pagaran el cuarto, llegamos a prostituirnos. Regresamos a Chetumal, comenzamos con el mismo desmadre, ir al bar La Jarochita, a la Mala Muerte, andando por ahí, agarrando cualquier vieja, arañas, que están por ahí, gordas, feas, un infierno, empecé a caer así feo, de repente agarré a una señora, también a unas bailarinas con cara de hombre ¡de su pinche madre!... creo que eran putos.

Por ese tiempo a mi madre le detectaron el cáncer, antes de que naciera mi hija. Mi hija nació el 5 de mayo de 1999, la reconozco como mi hija, de hecho, tiene mi apellido. No la veo desde hace mucho, porque desaparecieron de aquí, no sé a dónde se fueron. Terminamos porque era puro pleito y la verdad no sentía ya nada por ella. Mi hija se llama María José y su madre se llama Mayra. La verdad es que no concluimos en buenos términos, simplemente dejó de venir a la casa y todo ese rollo, fue muy mal, yo no quería tener responsabilidades, la verdad me aventé el paquete a lo pendejo, pero cada vez que nos veíamos eran pleitos y ella estaba muy dolida, hasta que dentro de mis viajes me fui olvidando de ellas,

después ella consiguió otra persona y se fueron con él. La cosa es que de aquí me voy al poco rato a Tabasco, empecé a tratar de bajarle un poco al trago, al desmadre, ya estaba mejor. Dejé de beber por una chica que conocí, mil veces mejor que Mayra, niña de casa y toda la cosa, desmadrosa, pero buena onda. Trate de subir la autoestima, de reinsertarme socialmente por ella, pero terminó dejándome por otro. El meollo es que yo tenía eso de subir y bajar, a veces dejaba de beber, pero luego me encarrilaba, tenía esos períodos, la cosa es que por decepciones amorosas vuelvo a agarrar la bebida, por decepciones amorosas me bebía más de lo que tenía que beber, así fueron muchas veces, todo siempre fue repetitivo en mi vida de alcohólico.

Después anduve viajando, conocí a una argentina, empecé a sentir algo por ella, incluso me sentía feliz, tenía rato que no me sentía así, pero después que me pone el cuerno, sentí regacho, ahí ya tenía 21 años. La cosa es que dejé de beber, pero cuando volvía a beber trataba de compensar el tiempo perdido, era algo increíble. Así me la pasé viajando con el grupo de rock hasta que llegué a Mérida. Ahí conocí a una muchacha, de buena familia, ella era médica, me enamoré de ella, pero no aflojaba el cuerpo, hasta que un día se puso muy borracha y logré tener relaciones sexuales con ella. Fue un poco desagradable porque llegó su primo y comenzó a tocar la puerta del hotel, me dijo que “me había aprovechado de ella”, ella estaba consiente, estaba medio peda, pero nada más. Por ese tiempo mi mamá estaba en fase terminal, y yo viajando, echando desmadre, hasta que me armé de valor y con esa situación me dije “tengo que huir”, así que le robé 200 pesos a uno de mis amigos del grupo, ellos estaban en la borrachera, todos estábamos en la borrachera, sin que se dieran cuenta agarré mis cosas y me vine para Chetumal. Llegué a Chetumal sin avisarles, mis compañeros del grupo de rock supieron que estaba acá, pero yo dije “aquí en mi casa no va a pasar nada, me voy a controlar de beber, aquí no están mis amigos, ellos son los que me incitan a tomar”. En ese tiempo comencé a salir con una chica que me gustaba mucho desde hace tiempo, pero no la quería, era como de la edad de mi hermana, mayor que yo, pues ella trabajaba y me invitaba las cervezas. La verdad es que la utilizaba, hasta eso no teníamos sexo. Ella era una chica de casa, era una chica bien, yo no quería involucrarme con ella, pero ella estaba muy enamorada de mí. Ella estuvo conmigo mucho tiempo, yo tenía que cuidar a mi mamá, mi madre estaba con su cáncer terminal. Fue por el 2001, estaba aquí cuando sucedió lo de las torres gemelas, estaba viendo en vivo como se caían las torres, fue el 11 de septiembre de 2001. En todo ese lapso, me la pase aquí con mi mamá y con esta niña. Esta niña venía mucho a verme, me hablaba por teléfono, estaba muy al tanto de mí, y yo no la celaba, no sentía celos por ella, creí que eso de la celotipia ya lo tenía superado, pero no nada más estaba como apagado. Mi madre me decía “deja de tomar”, tenía problemas con mi familia por el alcohol, le robaba el dinero a mi madre o a

mi hermana, había problemas con mi cuñado, él vivía también acá y había pleitos, mucha tensión, por lo mismo de la enfermedad de mi mamá.

En el 2002 falleció mi mamá, de hecho un día antes me fui a la disco a Rock Shot, agarré la borrachera una noche antes de que mi mamá falleciera, me puse a tomar, me dolió la cabeza, me salí temprano, no sé qué me pasó, me vine a dormir a la casa, de repente mi papá me despertó, ven, ven, ven, tu mamá ya está falleciendo, despídete de ella, llegué con ella, una escena medio escalofriante, se estaba como asfixiando, pero lo aceptábamos, queríamos que dejara de sufrir, mi papá, mi hermana y yo nos despedimos de ella. Cuando ella falleció como que me sentí mejor, porque ella ya no estaba sufriendo, era un sufrimiento muy gacho el que tuvo, me acuerdo de que cuando me despedí de ella le prometí que iba a dejar de tomar, pero dentro de mí me dije “cómo lo voy a hacer”. Ya había visto a Alcohólicos Anónimos, pero siempre que pasaba estaba cerrado el grupo, nunca me grababa el horario, pasaba a una hora en que no había nada, pasaba por el grupo Payo Obispo y nada, creo que no era mi tiempo todavía.

Pasó lo de mi mamá, me dieron la herencia, me dieron el dinero y me fui a emborrachar, ya tenía carro y pues a la hora que quisiera me iba, pero entre el proceso de los papeles conocí a una mujer que se hizo mi novia. Empecé a andar con esta persona, y me iba a beber con ella, de hecho, ella como que iba a agarrando mi ritmo, para ese tiempo ya no me desvelaba todos los días, sí me ponía borracho, pero como a las 4 o 5 de la mañana regresaba a mi casa y me dormía, pero de repente dejé de frecuentar los bares. La cosa es que un día me estaba yendo para Rock Shot y pasé por Alcohólicos Anónimos, vi que había gente afuera, pregunté, ya tenía esa inquietud, quería dejar de tomar, pero no sabía cómo, ya había hecho varios intentos, había tenido algunos períodos de abstinencia, pero por alguna decepción amorosa o por algún resentimiento con mis compañeros, que nos peleábamos mucho, me iba otra vez a beber, no sabía qué era lo que lo causaba. Entré a la reunión de Alcohólicos Anónimos, me dieron la sesión de información, siempre había renegado de Dios, yo era de los que creo en Dios pero a mi manera, no sé cómo, pero lo tengo que decir, dentro de mí sentía que había algo en el cielo o en el aire, pero esa vez que entré sentí algo en el aire, era un lugar donde se sentía otro ambiente y me dieron ganas de llorar, para mí fue muy confortante saber que había gente que había pasado, incluso cosas peores que yo y ya se habían vuelto sobrios. En ese momento me llegó una sensación, un pensamiento que me rebotaba en mi cabeza, es algo que no me ha vuelto a suceder, pero en ese momento entendí que así tenían que ser las cosas, eso estaba destinado, en ese momento sentí que así estaba escrito, tenía que haber sido un alcohólico para sentir que eso era lo mejor para mi vida.

Durante esa hora me hablaron de cómo funciona el programa de rehabilitación, me

hablaron de cómo era la derrota de un alcoholístico, me hablaron de los Doce Pasos. Ese día fue una sesión de información de Alcohólicos Anónimos, en ese momento tenía la sensación de que tenía que leer todo lo que había a mi alrededor, me quedó muy grabado eso de la derrota ante el alcohol. Ya no fui a Rock Shot, me dieron mis hojas de autodiagnóstico y me vine directo a la casa, estaba muy feliz, estaba cargado de algo, no sé, pero había algo en mí que me dio una fuerza para cambiar, sentía una motivación muy grande, desde ese momento empecé a ir todos los días a las reuniones. Aunque después continúe con el grupo de rock y dejé de asistir, no tomaba, pero seguía siendo el mismo cabrón, no cambié de la noche a la mañana mis actitudes, fue un proceso, porque hacía lo mismo que cuando bebía, la diferencia es que ahora no bebía.

Después me metí a un grupo de Cuarto y Quinto Paso, eso fue en Cárdenas, Tabasco, como andaba viajando con la banda de rock. Eso sí, la euforia en el momento, pero dejé de ir a las juntas y recaí por dejar de asistir. Empecé a hacer dinero y no me importó ir, había muchas mujeres que querían estar conmigo, al poco rato recaí, me fui a beber nuevamente. Recaí como tres meses, nunca tomé un servicio, nada, nada, no hubo un cambio en mi vida. Volví a entrar a los grupos, pero recaía y recaía. Hasta que, en Chiapas, en Tuxtla Gutiérrez, tuve una experiencia espiritual, vi a mi madre entre sueños que me hablaba y me decía “tú estás aquí, entre el cielo y el infierno, si te mueres y no reparas tus cosas te vas a arrepentir”. Vi que el diablo con sus cuernos me picaba las costillas, fue entre soñando y despierto, la cosa es que me levanté y todo se desvaneció.

En ese tiempo no quería saber nada de Alcohólicos Anónimos, pero a raíz de eso fui a una junta tradicional de Alcohólicos Anónimos. En el grupo al que fui en Tuxtla Gutiérrez, había una persona estadista, esa es una persona que sabe mucho sobre el programa, es una persona que ha practicado bien el programa, porque a veces es difícil practicar el programa, pero esa persona sí lo practicaba, te daba buenos ejemplos, al final me apadrinó, me dijo qué era lo que tenía que hacer, trataba de hacer lo que él me decía, él se llama Jorge Alejandro, sabía mucho. Él fue militar, me comentaba cómo era su vida, al igual de jodida que la mía, ahora era una persona totalmente diferente, eso me motivaba, porque me empecé a dar cuenta que sí podía cambiar, solamente que había que hacer mucho trabajo. Fui cambiando poco a poco, dejé de ir a los lugares que acostumbraba. De ahí me fui a Ciudad del Carmen, me regresé a Chiapas, de ahí vine a Chetumal, sesionaba donde podía, no tenía un grupo base, por lo mismo no había una estabilidad. En Ciudad del Carmen estuve como seis meses, ahí hice mi servicio de cafetería. Llegué a Chetumal y no quería saber nada de mujeres, las evitaba, había mujeres que me buscaban, pero las evitaba para no volver a tomar.

Quería una situación estable, no quería meterme en problemas, dejé de asistir a

los bares y discos. Por ese tiempo, tenía muchos problemas con esta banda de música, era mucho el tiempo que andaba con ellos, ya había muchas diferencias. Lo bueno es que se dio la oportunidad de que me viniera a estudiar y a trabajar a Chetumal. Me puse a pensar bien en mi vida, tenía una disyuntiva en mi vida, o jalaba para un lado o jalaba para el otro, tenía que decidir, o terminaba como ellos o terminaba mejor en Chetumal. En mi casa no tenía una buena relación con mi padre como la hay ahora, nos odiábamos en ese tiempo, había un resentimiento muy grande por todo lo que pasó, tenía que arreglar todo eso. Desde que entré a Alcohólicos Anónimos nunca viví en Chetumal, tenía mucho trabajo que hacer aquí, reparaciones con mucha gente. Decidí venirme a Chetumal, quería estudiar, apegarme al grupo Payo Obispo, por eso estoy casi todos los días ahí, hasta la fecha sigo yendo. Ha habido muchos cambios en mi vida desde que regresé a Chetumal. Empecé a practicar el programa como mejor puedo. Voy a cumplir dos años desde que regresé, este 11 de abril es mi tercer aniversario en Alcohólicos Anónimos, deberían de ser 6 años, pero tuve ese lapso y ya no se pudo, no cuenta.

Ahora estoy dando clases de música en una escuela, es aquí en la esquina, también estoy en un grupo de rock. Ya voy para 2 años de carrera, voy a la mitad, estoy estudiando para docente de artísticas en el Instituto Quintanarroense de Cultura. Mis amistades han cambiado, mis amigos de ese tiempo a ninguno lo veo. Tengo otros gustos, casi no salgo de mi casa, me siento ahora muy bien. Desde que entré a Alcohólicos Anónimos tengo otra vida completamente diferente, es asombroso. Lo escuchaba mucho en tribuna, me motivaba, pero como que tenía cierta duda, pero cuando uno practica el programa tienes un cambio grandísimo en tu vida, si tú lo quieres, porque hay gente que puede estar en el programa, pero si no quiere cambiar, adelante, uno sufre. En mi caso ha sido muy difícil, ha habido muchos problemas, pero hay una estabilidad, me siento feliz en realidad, me siento tranquilo, ya todos mis problemas los reflexiono, los pienso. Ahora mi situación es estudiar, estar en mi casa, ayudo en lo que puedo.

Con mi padre me llevo muy bien, ya no hay ese resentimiento, ya no hay esas situaciones de antes. Con mis amigos es diferente, hay gente que me ve y me saluda, quiere que yo esté con ellos, es diferente. Hay mucha gente que ya no me quería ni ver, ahora hay mucha gente que me estima y aprendo a estimar, aprendo a convivir, ya no soy como antes, encerrado solamente en mi casa. Ahorita puedo salir y saludo a la gente, hay cierto grado de ser social, ya ese Jorge antisocial está casi enterrado, ya puedo llegar a un lugar y ponerme a platicar sin ese temor a la gente, ya no tengo miedo a la inseguridad. Ahora me acabo de hacer coordinador del grupo Payo Obispo, me acaban de aceptar como coordinador y me llevo muy bien con todos mis compañeros. Hasta ahorita no ha habido ningún problema. Ahorita mi mente está ansiosa de cosas positivas, ya dejé la pornografía, de ir a antros, donde mi incitan a la lujuria. Pues alimento a mi mente de cosas positivas.

Creo en Dios, cuando tengo oportunidad voy a la iglesia Santa Cruz y rezo mucho porque soy católico, pero también voy con los cristianos, estoy muy interesado en casi todas las religiones. En el grupo nos dicen que estemos preparados de mentalidad con todas las religiones, porque todas las religiones tienen algo que, si lo juntas en tu vida, vas a ser feliz, vas a vivir en armonía y vas a aprender a vivir bien, al menos ese es mi propósito, de trascender en esta vida. Creo mucho en la reencarnación, creo que cuando haces bien las cosas en esta vida puedes trascender, por eso trato de ir progresando en esta vida. Si Dios me va a dar una familia, pues estar bien con mi familia, si voy a estar con una mujer, tratarla bien, empezando conmigo mismo. Ya tengo otro concepto de la vida, ya no tengo ese negativismo, de que eso no se puede, ahora todo se puede siempre y cuando uno quiera. Ya no me cierro la posibilidad de que pueda tener más cambios en mi vida, sé que se puedo lograr muchas cosas. Me di cuenta de que se pude lograr todo, pero para eso hay que trabajar en la vida. Y me tienen motivado los cambios en mi vida, lentos, pero van llegando. Ahora ya me despierto tranquilo, porque no tengo pesadillas.

Lo que sí, es que cuando llegué a Alcohólicos Anónimos, cuando sentí esa energía, preferí llamarle así, energía, todavía estaba renuente y muy ignorante de esa situación, fue la primera vez que sentí esa presencia. La verdad me preocupé muy poco por agradarle, pero junta tras junta, Paso tras Paso, llegamos al convencimiento de que hay un Poder Superior que podía devolvernos el sano juicio, en ese momento entendí que había algo, que necesitaba aferrarme a él, le decía Dios, pero todavía había ese resentimiento hacia él, porque uno de niño le pide muchas cosas y no se las cumple, caprichos y todo eso. Esa mala información que tiene uno sobre Dios, pero con el proceso, conforme a los golpes que uno se va dando, es como empecé a ser testigo de cosas que salen de la comprensión humana, pues empecé a depender más de él. Hasta que entendí que me tenía que soltar a él, para dejar de sufrir por cosas que no se me dan en la vida. Terapéuticamente también tuve que hacer las paces con Dios, porque en mi mente estaba un Dios castigador, que nada más estaba esperando para darme maltratos, castigos, no sé, esa idea, pero me la he ido quitando, trató de tener una relación sana con él. Creo que es un proceso, como un musculo que uno va tratándolo de crecer en oraciones, en meditación, en buscar esa fe. Uno puede creer, pero entregarse a él es otra cosa, eso es lo que estoy buscando, una aceptación de que yo ponga mi vida al cuidado de él, ya no depender de una mujer, o depender de un amigo porque te pueden fallar, a fin de cuentas, pueden fallar como yo he fallado, ellos también son humanos. Por eso, tengo que entender que sólo puedo depender de Dios, para no tener problemas en mi vida.

Para mí el programa de recuperación es todo, o sea, cuando algo te salva la vida, cuando algo te cambia en realidad, para mí es primero que cualquier otra cosa,

aunque pude faltar a una junta por trabajo, pero para mí es un estilo de vida completamente diferente, es un programa de vida, es un programa para aprender a vivir, para aprender que no todo es felicidad, de hecho, el fin no es la felicidad, el fin no es el dinero, el fin no son las mujeres, el fin es estar bien con uno para estar bien con los demás, para estar bien con Dios. En Alcohólicos Anónimos te dicen que tengas cuidado con ciertas cosas, como las anormales, porque tendemos a caer en problemas. Aquí [en A.A.] hay personas que se han curado de enfermedades terminales, así como en las religiones que han curado gente de problemas terminales, aquí también hay, porque también con nosotros está Dios. Aunque mucha gente se espanta de la manera en que nos expresamos de él, pero hay muchos tipos de ver, es una forma muy laica de utilizar los aspectos espirituales. Algunos llegan y de plano no creen en nada, pero es un proceso, al final van a terminar creyendo, al final no hay ateos en esta vida, los he visto, he visto ateos, he visto gente que de alguna forma u otra siempre termina creyendo. Si uno está cambiando su vida, si ser fanático me va a servir para cambiar, no me importa que me lo digan a mí, mientras esté cambiando mi vida. Por ejemplo, en mi casa no ves logotipos ni nada por el estilo de Doble A, yo lo vivo y vivo el programa porque es un programa para toda la vida, es un programa para aprender a vivir. Lo importante del programa es aplicarlo, porque una cosa es saber mucho y otra es vivirlo, empiezo a vivir otra vida completamente diferente, para mí es algo impresionante, no lo digo yo, lo dicen en 165 países en los que está el programa funcionando, a los que se les da una nueva forma de vivir, es algo que trato de mantener vivo, en el aspecto de practicar lo que me dicen en el grupo, porque cuando estoy metido allá tengo una estabilidad emocional, desde expulsar mis problemas, de estar en servicio, todo tiene un por qué y así trató de hacerlo, eso me da una estabilidad, me motivan a cambiar mi personalidad.

Al programa de Doble A le agradezco todo, ahora sí que las palabras se las lleva el viento, en la forma en que agradezco mi agradecimiento, es pues ayudando a otros alcohólicos, pasar el mensaje, estar en el grupo por si llega una persona que necesite ayuda, participar en el servicio del grupo, en las actividades en sí. Por ejemplo, a una persona nueva le vamos a hablar de que el programa es para la recuperación personal, que no es religioso, que no es a fuerza, que no es una secta. El programa lo vengo practicando todos los días, por ejemplo, desde que me despierto le doy gracias a Dios por estar vivo y que me mantenga sobrio y alejado de los lugares donde pueda recaer. Esto lo hago por experiencias de muchos alcohólicos, la mayoría de los que han recaído es porque en sus oraciones matinales, si es que las tenían, no pedían ese día de sobriedad, de abstinencia. Ahora sí que en la oración hay una cierta fuerza, hay algo que la hace poderosa, cuando se hace adecuadamente. Traté de hacer un inventario moral de mí mismo de lo que hago en todo el día, me estoy observando en todo momento, evité estar en donde



la gente esté bebiendo, eso es parte del primer paso, de que soy alérgico, de que no puedo estar cerca de la gente que está bebiendo, porque se me puede antojar, de repente sí puedo estar un rato, pero no mucho tiempo, entonces mejor me alejo, porque tengo en mi mente que soy alérgico y que necesito abstinencia total, por el día de hoy nada más, no me pongo a pensar que tengo que ir al grupo todos los días, me preocupó por hoy, eso nos da la sensación de querer más, eso te motiva a ser mejor, en cualquier aspecto de tu vida que quieras superar, nos enseñan a que solamente por hoy voy a evitar molestarme, por hoy evitaré ver pornografía, por hoy voy a evitar masturbarme, eso te da la sensación de ser mejor cada día. El Segundo y Tercer Paso pues me pongo en manos de Dios, ahora sí que repaso lo que hice el día de hoy, si algo sale mal y Dios lo decidió así pues adelante, no me resiento, no me molesto, al contrario, lo acepto y sigo adelante. El Cuarto y Quinto, pues, aunque ya lo hice, hay que seguir haciéndolo, cuando tengo tiempo me pongo a escribir, a meditar si hice bien o no en tal situación, si estoy mal voy a pedir perdón, a veces platico con un padrino y hago mi catarsis con él, lo mejor sería hacerlo con un sacerdote, pero no siempre se puede. El Sexto y Séptimo, pues en mis oraciones, le pido a Dios que mis defectos se los lleve, que me quite mis miedos y que guíe mi mente por los caminos que él quiera llevarme, le pido que me de dirección en mi camino. En el Octavo y Noveno, le pido perdón por el mal que haya hecho en mi vida anterior a mi padre, a mi hermana, con los cuales ahora tengo una excelente relación, porque tuve que poner mucho de mi parte. El Décimo Paso lo hago cuando analizo qué he hecho en mi vida, qué hice hoy y qué voy a hacer mañana, a veces cuando el problema me molesta mucho trato de escribirlo, para pensar mejor cuando se me presente otra vez algo parecido. También agradezco por todo lo que tengo. En el Onceavo Paso siempre trato de tener mi contacto con Dios, me pongo a orar, para mí es muy importante la oración, en cualquier momento rezo. El Doceavo Paso, pues transmito el mensaje. Hay muchas maneras de pasar el mensaje, desde que estoy sobrio es una forma de pasar el mensaje, porque soy músico, voy a tocar a los antros y la gente no me ve tomar, también lo paso en la escuela o cuando tengo la oportunidad de hablar en una reunión de información pública. Pasar el mensaje es lo que más estabilidad emocional me da, pasar el mensaje te da mayor fortalecimiento, es algo que te llena, pero también es comprometerte, porque te obliga a mantenerte sobrio con las personas a quien pasaste el mensaje. Para mí el programa de Doble A es lo primero, no me ha fallado y voy a seguir practicándolo.

### **Segunda historia de vida**

Me llamo Javier, nací aquí en Bacalar, mi padre es de Jalisco, se llamó Jorge y mi madre es de San Luis Potosí, ella se llamó Esther. Sí, tengo más hermanos mayores, Jorge nació en Ocampo, Tamaulipas y Roberto en Celaya, Guanajuato, porque mi padre fue militar y anduvimos de ambulando. Mis padres se conocieron

en San Luis Potosí, en un pueblo que se llama Ciudad del Maíz, luego se fueron a Tamaulipas, ahí nació mi primer hermano, pero lo cambiaron de partida a mi papá y lo mandaron a Celaya, ahí nació mi segundo hermano, luego se vinieron para Bacalar y nací yo.

Como mi padre era militar había la facilidad de trabajar, en primer lugar, era el estudio, muy rústico, te estoy hablando de hace sesenta años, pero cómo te diré, trabajar y estudiar, pues en mi caso, desde que yo fui pequeño, desde que tengo uso de razón, todos trabajan en la familia. Ingresé a los cinco años a la gran escuela que existe, la "Cecilio Chi", pero no la nueva que está enfrente del Fuerte [de San Felipe, Bacalar], donde ahora está la cancha de usos múltiples [Av. 5 entre calle 20 y 22], esa fue la primera escuela de aquí. Ahí estudié hasta el quinto año, tenía once años. A mí papá lo cambiaron de partida por un tiempo a Chetumal, me fui a estudiar a Chetumal y ahí terminé mi primaria. Mis hermanos primero se fueron a Chetumal, porque había una casa hogar de la iglesia católica en Chetumal, de los misioneros, ellos se fueron primero y estudiaron en esa escuela, posteriormente yo me incorporé también a esa casa hogar. Mis hermanos se pasaron a Bacalar y yo me quedé solo en Chetumal, hasta que la casa hogar terminó. La casa hogar terminó con el [huracán] Janet [en 1955].<sup>8</sup> Me quedé un tiempo a la deriva, porque mis padres se quedaron incomunicados, luego ya regresé a Bacalar con mis hermanos mayores.

Cuando terminé la primaria entre a la secundaria, pero nada más estudié hasta primero, tenía 13 años, ya fue que me trajeron para acá [Bacalar], me integré al castillo [Fuerte de San Felipe] nuevamente, porque mi padre era el capitán. Cuando tenía 14, 15 años, trabajaba todo el día con mi papá, trabajar, trabajar, teníamos milpa, luego se fundó un rancho, se llamó San Jorge, está donde ahora está el hotel San Jorge, a la salida [de Bacalar], el que lo compró le dejó ese nombre hasta la fecha, ese era de nosotros. Yo empecé a beber desde que me fui a Chetumal, como quien dice, ya era alcoholismo consuetudinario, vamos a decir, empecé a beber mi primera copa como a los 12, 13 años, después ya tomaba aquí en el balneario ejidal [de Bacalar], era rustico, más bonito que hoy porque todo era selva, se veía como un túnel [la entrada al balneario por las copas de los árboles]. Mis compañeros de trago eran Valdemar Castillo y Carlos Coronado, ellos eran los más cercanos. Yo pienso que empecé a tomar por probar, por querer saber, lógicamente una de las personas era mayor que yo, entonces me invitó un trago, uno equivocadamente ve a esa persona no como a un héroe, pero sí como un cabrón, con su cigarro y toda la bulla, chupé y me sentía muy acá, por imitación se puede decir, la verdad yo sé que siempre va a ver alcohol, que el alcohol no es hereditario, pero el alcoholismo sí. Lo que tomé por primera vez fue un "Pizá Araña", un ron que se fabricaba aquí en Yucatán, así se llamaba porque te dejaba como araña fumigada ja, ja, ja, ja, ja.

<sup>8</sup> "El huracán Janet tocó tierra el 27 de septiembre de 1955, en Quintana Roo. Según la prensa de la época, la ciudad más afectada fue su capital, Chetumal, dejando 712 muertos (datos del CENAPRED) y arrasó prácticamente con todas las viviendas, que en su mayoría eran de madera" (Estrada, 2017).

El motivo era de que en esa edad teníamos siempre los fines de semana, bueno que nos daban chance, bueno, parte de un día, y cada quien iba juntando en la semana para el pomo, para lo que fuera, porque en Bacalar no hay nada que hacer, más que nadar y nadar, para mí es un ejercicio muy bonito, la diversión de mis cuates y mía era irnos y venirnos de un lado al otro de la laguna [nadando], platicábamos y toda la onda, la otra es que era por costumbre, porque aquí se trabajaba la madera, el chicle, era una costumbre que tenía la familia, toda la semana se trabajaba, pero lo que era el sábado o domingo, era chupar, era esa la diversión, de esa forma se satisfacía uno, tanto los mayores como uno. Después del accidente que sufrí, vi cómo se agravó mi alcoholismo, perdí la mano. [Javier estando alcoholizado subió a una lancha para ir a pescar a la laguna de Bacalar. En el trayecto se le hizo fácil encender un cartucho de dinamita para arrojarlo al agua, pero era tanta su ebriedad que se tardó en lanzarlo. Este suceso hizo que perdiera la mano derecha a la edad de 27 años]. A partir de ahí, me sentí el ser más despreciable del mundo, me sentí derrotado, fue que ya más tomaba, fue para olvidar, con la costumbre ya adquirida, pues todo lo que tomaba ya era para olvidar, porque cuando uno usa el alcohol para sentirte otra persona, ya lo usas como un arma. Javier sin un trago es una persona irrespetuosa de los niños y de las señoras, yo usé ese valor que me generaba el alcohol para hacerle daño a la gente, llegó un momento en que el alcohol era parte de mí, porque me gustaba el efecto y la forma en la que me hacía sentir.

Dejé el trago en 1984, cuando ingresé a Alcohólicos Anónimos, ingresé a Doble A y me quedé. Tenía 39 años cuando ingresé a Doble A, mi alcoholismo más fuerte fue como de los 27 a los 38, 39 años. Me casé a los 19 años por obligación, por necesidad, porque un día oí que a mis hijos les dijeron “bastardos” para ofenderlos y me convencieron para casarme. Yo era en ese tiempo un valemadrista en todos los aspectos, después de la pérdida de la mano, me volví una persona intratable, amargada, rencorosa, no cualquiera me podía hablar, me volví pendenciero, pleitista, me absorbió el alcohol en todos los aspectos, por lo mismo perdí la familia, se cansaron de mí hasta que me corrieron. Tuve seis hijos, bueno hasta la fecha cinco, uno nació muerto. Mi primera hija nació cuando yo tenía entre 20 y 21 años, se llama Rosario, luego nació Javier, luego nació Jorge Antonio, luego Alejandro y la última Verónica, son del mismo matrimonio, fue la familia que perdí por el alcoholismo, mi esposa se llamó Juanita, originaria de Yucatán, a ella lo conocí aquí en Bacalar. Perdí a mi familia cuando tenía 35, 36 años, la verdad para mí es como un sueño, esa vida que lleve de alcoholismo, pero bueno, más o menos mi cálculo es ese, tengo 66 años.

Desde que entré a Doble A ya cambió mi vida, tuve una recaída, anduve como se dice de teporocho [de alcohólico], tres, cuatro años, a partir de que entré a Alcohólicos Anónimos todo cambió, tenía ocho años en Doble A cuando recaí, no se

me va a olvidar, aquí hay un dato muy especial, cuando yo ingresé a Doble A, ya no tenía familia. Ahora comprendo que mí recaída fue una estupidez, de mi mente nunca se borró que algún día podía recaer y me cuidaba de ello, tuve experiencias, así como yo tuve que recaer, tuve experiencias estando en el trabajo, y yo decía que no me iba a pasar eso, yo mismo cave mi propia tumba, porque ya estaba en los negocios, yo ya vivía con otra señora, me molestaba con ella porque ella sí tomaba y le echaba la culpa, le decía que “cómo se atrevía a tomar cuando sabía que a mí me hacía daño, que yo soy un enfermo alcohólico, que me ayudará no tomando, para que no siguiera en esa condición”, lógicamente ella no lo dejó, me lo vino a decir al oído “tú no estás enfermo de alcohol como dices tú”. Ella se llama Lourdes, con esa señora viví, ella se juntó conmigo porque se separó de su esposo por alcoholismo y me aceptó a mí porque ya no bebía, apenas empezó a beber ella y me mandó por un tubo. Mí recaída duró tres años nada más y logré regresar a Alcohólicos Anónimos, convencido de que en realidad el alcohol no es para mí, convencido, porque yo sé que no debo ser como los demás, me perjudica beber, a mí no me lo contaron, sino que lo tuve que sufrir, como era parte de mí costumbre.

Cuando ingresé a Alcohólicos Anónimos para mí fue una nueva vida, lo vivo con respeto y con mucho cariño, si lo vivo bien es porque ya sé cuál es mi problema, ya encontré la parte en donde andaba desubicado, por tantos golpes que tuve que llevar, consciente de que voy hacer un alcohólico toda mi vida, pero yo siempre en el programa me quedé corto, la literatura nos habla hasta cierto punto, nos indica, siempre nos sugiere lo que debemos hacer como buenos alcohólicos, nos habla el Primer Paso de “la igualdad del alcohólico”, el Segundo Paso nos dice que “solamente Dios nos podrá haber vuelto nuestro sano juicio”, eso si tú le pones ganas, si te aferras, para mí eso fue fundamental, luego ya más adelante nos habla de “hacer un contacto directamente con Dios”, porque como alcohólico perdí todo, fue una nueva religión para mí, fue esa la educación que yo recibí de pequeño, no es que no crea en Dios, sino más bien creo a mí manera, tengo que aferrarme a un Ser Superior a mí mismo. Yo sinceramente encontré en el programa a Dios, encontré satisfacción, aunque por muchos años trunqué mi vida por el alcoholismo, mi educación y mi religión que me habían inculcado desde chico, yo perdí completamente todo en mi vida, pero hace poco la volví a adquirir, claro, iba a Doble A y veía cómo era mi vida, pero gracias a Doble A la encontré. Nunca he dejado de ser Doble A, pero actualmente he encontrado algo que me hacía falta y era una religión, yo no regresé al catolicismo, entiendo que, para mí, que ya estoy viejo, entiendo que, para salvar mi alma, salvarme yo, ninguna religión me va a salvar, es Dios quien me va a salvar, ahora sí lo encontré con la ayuda de Doble A, que me lo estuvo sugiriendo, sugiriendo, aquí está hermano lo que yo buscaba, ahora sí he hecho contacto directamente con Dios.

Ahora puedo decir que me he ido limpiando, que me he ido sanando, porque hay

algo en doble A que es una maravilla, ahora que lo he encontrado veo la maravilla que es el libro azul, únicamente que lo utilicé al principio a mí conveniencia, para mis fines personales, por eso recaí, lo que ahora no hago, ahora pienso que por eso vino Dios, ya encontré lo que andaba buscando y me siento tan agradecido, bueno ahora más que nunca, ahora sí con mayor obligación moral, por decirlo así, porque yo me separé del grupo [23 de junio], hubo cierta desavenencia, yo en una sesión les dije que “ya no iba a volver a regresar”, o sea, que me retiraba de mi servicio como coordinador, les dije “yo voy a regresar cuando a mí me haga falta”, te digo la verdad, después de encontrar lo que te acabo de confesar, que encontré a Dios, algo me hizo regresar a mí grupo, primero vi desasosiego, no es que fuéramos muy perfectos, pero Doble A está hecho a prueba de errores, si se tiene que cerrar un grupo se cierra, se va a volver a abrir cuando se tenga que abrir, porque todos los grupos son de Dios, yo dije “yo ya encontré lo que yo buscaba”, no pensaba olvidar a mis hermanos, a mis compañeros, a los alcohólicos, no los que están, el lugar siempre tiene que estar abierto para el que llega, eso me hizo regresar al grupo. Y qué tal si un alcohólico sufre, por eso yo iba, veía lo que tenía que hacer, mi conciencia me dictaba que tenía que apoyar y regresé a mi servicio, fue un regalo de Dios encontrármelo y aquí estoy hasta la fecha con la idea de estar ahí apoyando a mis compañeros alcohólicos.

La satisfacción más grata para mí es saber que muchas familias se han salvado. Estoy consciente de que ha servido tanto Alcohólicos Anónimos para llevar una nueva forma de vida. No es lo mismo que un niño vaya muerto de hambre a la escuela que vaya con la panza llena. Todos los que entran a Doble A, esa familia va a prosperar, porque el hombre ya llega con el chivo [dinero para la comida]. En lo personal, una satisfacción es que sigo en Doble A, es por ello, por gratitud con Doble A que sigo pasando el mensaje. Qué te puedo decir, ya estoy viejo, tengo hijos, tengo nietos, a todos los que me rodean se los digo, el objetivo del enfermo alcohólico como yo es encontrar el por qué bebían, definitivamente hablé de mi caso personal, en buscar siempre un Poder Superior, algo que tenía yo que respetar, mi educación tuvo que ser por medio de un grupo para encontrar a Dios. Y todos los que estamos en la jugada, sabemos que funciona esto, porque tenemos fe. La fe perdida la volvemos a adquirir a través del programa de Alcohólicos Anónimos. Al final de cuentas le quitamos ese tabú de un Poder Superior como lo manejamos desde un principio, y nadie más que Dios, porque él es dueño de todos los grupos.

En mi tiempo de alcohólico no nada más perdí la fe, perdí la vergüenza, perdí todo y muchas cosas más, pero mi punto de partida es la fe. Ahora que lo comprendo, entiendo por qué la ciencia médica dictaminó que el alcoholismo es una enfermedad, entonces al estar dañado mi cerebro, mi cuerpo también, pero directamente el cerebro, pues es ahí en donde repercute en un alcohólico como yo, lógicamente la poca educación que yo había adquirido se debilitó, pues yo veía en los demás mis

fracasos cuando yo era el causante. Perdí la fuerza de voluntad por lo mismo, porque ya no tenía fe, pero hoy la tengo.

### **Reflexiones finales**

En los relatos de Jorge y Javier se distingue la reapropiación del discurso del programa de rehabilitación de Doble A, que representan para ambos “una nueva forma de vida”. Asimismo, se observa la efectividad del método terapéutico de Doble A, porque este implica un acto de fe. Muestra de ello, es cuando Jorge tuvo una experiencia espiritual, en donde vio a su madre entre sueños, quien le dijo “tu estás aquí, entre el cielo y el infierno, si te mueres y no reparas tus cosas te vas a arrepentir”. En el caso de Javier, como lo narramos, perdió la mano derecha para darse cuenta de su dependencia alcohólica. A razón de estos sucesos ambos sujetos se incorporaron a las filas de Alcohólicos Anónimos.

Las experiencias de Jorge y Javier son las mismas que vivió Bill Wilson, cofundador de Alcohólicos Anónimos, cuando estuvo internado por su alcoholismo en el Hospital Towns de Nueva York. Recordemos que la hospitalización de Bill Wilson culminó en lo que puede denominarse una conversión religiosa.

Ambos relatos de vida de nuestros informantes comparten mucha similitud, no solamente en las experiencias vividas, sino en la forma de asimilarse como sujeto enfermo y lo que representa su sanación, esa transformación, esa resocialización hacía una nueva forma de vida, un nuevo individuo, despojado de toda culpa, ahora como miembros de Alcohólicos Anónimos en Quintana Roo.

El mal es una enfermedad, y sufrir por culpa de una enfermedad es una forma extra de enfermedad que se agrega a la enfermedad inicial. Incluso el remordimiento y el arrepentimiento, padecimientos que entran en el temperamento de los ministros del bien, pueden ser únicamente impulsos débiles y agotadores. Prepararse y trabajar por la justicia y olvidar que alguna vez se tuvo alguna relación con el pecado es el mejor arrepentimiento (James, 2005, p. 123).

Asimismo, identificamos en ambos informantes que colocaron en el plano de lo sagrado el programa de Doble A. Jorge lo hace cuando dice “para mí el programa de recuperación es todo, o sea, cuando algo te salva la vida, cuando algo te cambia en realidad, para mí es primero que cualquier otra cosa, aunque pude faltar a una junta por trabajo, pero para mí es un estilo de vida completamente diferente, es un programa de vida, es un programa para aprender a vivir, para aprender que no todo es felicidad, de hecho, el fin no es la felicidad, el fin no es el dinero, el fin no son las mujeres, el fin es estar bien con uno para estar bien con los demás, para

estar bien con Dios”. Por su parte, Javier lo hace cuando menciona “yo sinceramente encontré en el programa a Dios, encontré satisfacción, aunque por muchos años trunqué mi vida por el alcoholismo, mi educación y mi religión que me habían inculcado desde chico, yo perdí completamente todo en mi vida, pero hace poco la volví a adquirir, claro, iba a Doble A y veía cómo era mi vida, pero gracias a Doble A la encontré. Nunca he dejado de ser Doble A, pero actualmente he encontrado algo que me hacía falta y era una religión, yo no regresé al catolicismo, entiendo que, para mí, que ya estoy viejo, entiendo que, para salvar mi alma, salvarme yo, ninguna religión me va a salvar, es Dios quien me va a salvar, ahora sí lo encontré con la ayuda de Doble A, que me lo estuvo sugiriendo, sugiriendo, aquí está hermano lo que yo buscaba, ahora sí he hecho contacto directamente con Dios”.

Hasta cierto punto, podemos decir, encontramos en el relato de los informantes las leyes de la vida para un Alcohólico Anónimo. Es exactamente ahí, en la re-propiación del discurso del programa terapéutico en donde inicia el proceso de conversión hacia una nueva forma de vida.

En ese sentido, las narraciones de Jorge y Javier nos dilucidan las tres etapas por las que su forma de vida ha transcurrido. La primera, que comprende de su nacimiento hasta ser alcohólico. La segunda, el período de alcohólico. La tercera, a partir de su (renacimiento o conversión) incorporación a las filas en los grupos de Alcohólicos Anónimos en Quintana Roo.

Si hablamos de un “renacimiento” o “conversión” en los miembros de Doble A, se debe a que es asumido por ellos cuando llevan a la práctica su creer en los Doce Pasos del programa de rehabilitación, porque el acto ritual de esos Pasos representa el bautismo a través del cual se está purificando el alma del miembro, es decir, simbólicamente el adepto está volviendo a nacer. Es precisamente este creer, el que permite que la identidad religiosa de los adeptos se trastoque hacia la configuración de creyentes modernos.<sup>9</sup>

La modernidad ha deconstruido los sistemas tradicionales del creer: sin embargo, no ha vaciado el creer. Éste se expresa de manera individualizada, subjetiva, dispersa, y se resuelve a través de las múltiples combinaciones y disposiciones de significados que los individuos elaboran de manera cada vez más independiente del control de las instituciones del creer (y, en particular, de las instituciones religiosas). Una independencia relativa, se entiende, puesto que está limitada por determinaciones económicas, sociales y culturales que pesan al menos tanto sobre la actividad simbólica de los individuos como sobre su actividad material y social. Pero es, a fin de cuentas, una independencia real, en la medida en que el derecho imprescriptible

<sup>9</sup> Para nuestra finalidad, es suficiente con entender el creer como “el conjunto de convicciones, individuales y colectivas, que se desprenden de la verificación y la experimentación, y de manera más amplia, de los modos de reconocimiento y control que caracterizan el saber, ya que encuentran su razón de ser en el hecho de que dan sentido y coherencia a la experiencia subjetiva de quienes las mantienen. Si, a propósito de este conjunto, se habla más bien de ‘creer’ que de ‘creencia’ ello es porque a él se incorporan, además de los objetos ideales de la convicción (las creencias propiamente dichas), todas las prácticas, los lenguajes, los gestos y los automatismos espontáneos en los cuales se inscriben estas creencias. El ‘creer’ es la creencia en actos, es la creencia vivida” (Hervieu-Léger, 2005, p. 122).

del sujeto a pensar por sí mismo el mundo en el que vive se afirma paralelamente al progreso del dominio práctico que ejerce sobre el mundo (Hervieu-Léger, 2005, p. 126).

El interés por ilustrar lo que llamamos una nueva forma de vida, radica en mostrar de manera muy exacta el proceso de homogenización y dispersión que funciona en el universo moderno del creer en los individuos. Por un lado, se impone el imperativo racional, bajo la prohibición de creer en otra deidad diferente a la propia. Pero, por otro lado, esta homogenización racional del creer es también lo que hace posible el juego dinámico de intercambios entre las religiones históricas y las religiones seculares, porque las primeras sirven de referente a las segundas, que las sustituyen al reinterpretar simbólicamente sus contenidos.

De hecho, dentro de las etapas de vida de nuestros informantes se puede corroborar tal manifestación, porque ellos creen en un Dios. En las primeras dos etapas lo conciben desde una institución formal, como es la iglesia católica (religiosidad histórica). En cambio, en la tercera etapa lo asimilan a través de la religiosidad del programa de Alcohólicos Anónimos (religiosidad secular). Esta transformación de la racionalización y la individualización respecto al universo moderno del creer se manifiesta a través del método terapéutico que permite reinterpretar los significados que dan sentido a la vida para los adeptos de Doble A en Quintana Roo.

Podemos afirmar entonces que lo religioso del programa de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos, radica en canalizar el creer de sus adeptos hacia un Poder Superior, entendiendo que “en el universo fluido y móvil del creer moderno, liberado de las instituciones totales del creer, todos los símbolos son, pues, intercambiables, combinables, y pueden transponerse los unos en los otros. Todos los sincretismos son posibles, todos los nuevos empleos son imaginables” (Hervieu-Léger, 2005, p. 127).

Por ello, el creer religioso remite a objetos de creencia particulares, a prácticas sociales específicas y a representaciones originales del mundo, que bien puede ser concebido como un modo particular de organización y funcionamiento del creer en las sociedades modernas.



## Referencias

Aguirre, Á. (1995). Etnografía. En: Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural (pp. 3-20). Boixareu Universitaria.

Aguirre, S. (1995). Entrevistas y cuestionarios. En: Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural (pp. 171-180). Boixareu Universitaria.

Alcohólicos Anónimos (2013). El Dr. Carl Jung y Alcohólicos Anónimos. Huellas, 2(3), 1-4.

Alcohólicos Anónimos (2010). Trasmítelo. La historia de Bill Wilson y de cómo llegó al mundo el mensaje de A.A. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos (2006). Los doce pasos. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos (2005) Este es el libro grande, el texto básico de Alcohólicos Anónimos. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Alcohólicos Anónimos (2002). Información general de A.A. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Berger, P. y Luckmann, T. (2006). La construcción social de la realidad. Amorrortu.

Brandes, S. (2004). Buenas noches compañeros. Historias de vida en Alcohólicos Anónimos. Revista de Antropología Social, 13, 113-136. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0404110113A>

Estrada, R. (7 de septiembre de 2017). Los 7 huracanes más devastadores que han golpeado a México. El Financiero. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/los-huracanes-mas-devastadores-que-han-golpeado-a-mexico>

Fábrega, O. (29 de octubre de 2017). El hacha contra el alcohol. La Voz de Almería. <https://oscarfabrega.com/homo-insolitus-24-hacha-alcohol/>

Foucault, M. (2004). La hermenéutica del sujeto. Fondo de Cultura Económica.

Garma, C. (2004). Buscando el espíritu. Pentecostalismo en Iztapalapa y la Ciudad de México. Plaza y Valdés, Universidad Autónoma Metropolitana.

Garma, C. (2000). La socialización del don de lenguas y la sanación en el pentecostalismo mexicano. Alteridades, 10(20), 85-92. <https://alteridades.izt.uam.mx/>

<index.php/Alte/article/view/409>

Gutiérrez, Á. A. (2020). La ingesta de alcohol y su rehabilitación en México. *Cultura y Droga*, 25(29), 141-162. [http://culturaydroga.ucaldas.edu.co/downloads/Culturaydroga25\(29\)\\_7.pdf](http://culturaydroga.ucaldas.edu.co/downloads/Culturaydroga25(29)_7.pdf)

Gutiérrez, Á. A. (2019). Alcohol. De elixir de los dioses al consumo consuetudinario. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. <https://doi.org/10.19136/book.128>

Gutiérrez, Á. A. (2018). Epiméleia socrática: modelo terapéutico de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, Tabasco, México. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 75-91. <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/DAB/article/view/2636/2003>

Gutiérrez, Á. A. (2017). Asociaciones Civiles que atienden a usuarios de drogas en Villahermosa, Tabasco. *Espacio. Innovación más Desarrollo*, 6(15), 100-124. <https://doi.org/10.31644/IMASD.15.2017.a06>

Gutiérrez, Á. A. (2014). Purificando almas: Alcohólicos Anónimos en Bacalar, Carlos A. Madrazo y Ramonal, Quintana Roo. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.ciencianueva.unam.mx/xmlui/handle/123456789/138>

Hervieu-Léger, D. (2005). *La religión, hilo de memoria*. Herder.

Hervieu-Léger, D. (2004). *El peregrino y el convertido. La religión en movimiento*. Helénico.

James, W. (2005). *Las variedades de la experiencia religiosa. Estudio de la naturaleza humana*. Prana.

Javier (2011). Entrevistas realizadas en el restaurante "Ojitos". Bacalar, Quintana Roo. 16 de marzo de 2011; 20 de abril de 2011; 18 de junio de 2011.

Jorge (2008). Entrevistas realizadas en la casa del informante. Chetumal, Quintana Roo. 25 de marzo de 2008; 7 de abril de 2008; 22 de mayo de 2008.

Junquera, C. (1995). Los informantes. En: *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural* (pp. 135-141). Boixareu Universitaria.

Kaminsky, G. (2001). *Socialización*. Trillas.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza.

Módena, M. E. (2009). Diferencias, desigualdades y conflicto en un grupo de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos*, 29, 31-46. <https://doi.org/10.29340/29.431>

Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, 29, 13-30. <https://doi.org/10.29340/29.430>

Smith, H. (2002). La importancia de la religión en la era de la increencia. *Kairós*.

Trice, H. and Staudenmeier, W. (1989). A sociocultural history of Alcoholics Anonymous. *Recent developments in alcoholism*, 7, 11-35. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1678-5\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1678-5_1)



# Apoyo social y autoeficacia entre enfermos de Esclerosis Múltiple

María José García Muñoz<sup>1</sup>

Juan Martell Muñoz<sup>2</sup>

## Resumen

El objetivo de este artículo es identificar la relación entre la Autoeficacia y el Apoyo Social en personas con esclerosis múltiple. Materiales y métodos: estudio correlacional de tipo transversal, con un diseño no experimental, usando una muestra no probabilística, de tipo no homogénea, contando con una muestra de 40 personas con esclerosis múltiple. Se utilizó *The Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale de Rigby*. Además, de una cedula de entrevista con las dimensiones de adherencia al tratamiento, apoyo familiar, aspectos del padecimiento, consumo de alcohol y tabaco, y por último ejercicio físico. Resultados: Los resultados del coeficiente de correlación de Pearson mostraron que no hay relación significativa entre el apoyo social y la autoeficacia en personas con esclerosis múltiple. Finalmente, la prueba de t de student reporto que entre la población de mujeres y la de hombres no existen diferencias significativas en relación a sus respuestas.

**Palabras clave:** autoeficacia, esclerosis múltiple, apoyo social.

## Abstract

The main of this article is to identify the relationship between self-efficacy and Social Support in people with multiple sclerosis. Materials and methods: a cross-sectional correlational study, with a non experimental design, using a non probabilistic sample, of homogeneous type counting with a population of 40 people with multiple sclerosis. We used Rigby, Domenech, Thornton, Tedman, y Young (2003) and the Multidimensional Scale of perceived social support of Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988) with a Likert type response mode validated by Arechabala and Miranda (2002). In addition, an interview card was used with the dimensions of adherence to treatment, family support, aspects of the condition, consumption of alcohol and tobacco and physical exercise. Results: the Pearson correlation coefficient test show that in this population there is no relationship between social support and self-efficacy.

<sup>1</sup> Estudiante de la Maestría en Psicología Aplicada de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: majogamuz8@gmail.com

<sup>2</sup> Docente-Investigador de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Correo electrónico: jmartellm@yahoo.com

**Keywords:** self-efficacy, multiple sclerosis, social support.

## Introducción

La esclerosis múltiple (desde ahora EM) es una enfermedad autoinmune del Sistema Nervioso Central (desde ahora SNC) cuya principal característica es la aparición de lesiones focales, múltiples y distribuidas en la sustancia blanca, denominadas placas, donde sobresale la desmielinización de las neuronas con el mantenimiento relativo de los axones, pues siempre está presente un grado relativo de deterioro axonal (Fernández, Fernández y Guerrero, 2012), la cual, puede iniciar de forma repentina y sus manifestaciones dependen del lugar del SNC donde se presenten las lesiones (Hauser y Goodin, 2008).

El síntoma de inicio más frecuente es la alteración de la sensibilidad, haciéndose presente en hasta un 40-45% de los pacientes, la cual se caracteriza por “parestesias o acorchamiento de 1 o más miembros debidos a la alteración del haz espinotalámico” (Carretero Ares., Bowakim Dib y Acebes Rey, 2001). Otro de los síntomas con los cuales se detecta en sus inicios el padecimiento es la neuritis óptica la cual: “Es generalmente unilateral, y su expresividad clínica varía desde ligera visión borrosa y pérdida de la saturación del color a amaurosis” (Amosa y González, 2014, p. 67). También se manifiesta debilidad de las extremidades, como otro síntoma característico de la enfermedad, a través de pérdida de la potencia, así como fatiga o trastornos de la marcha (Hausin y Goodin, 2008).

Actualmente la Esclerosis Múltiple resulta ser una de las enfermedades más incapacitantes a nivel neurológico, teniendo una prevalencia de 2,3 millones de personas en el mundo (Mouzo, 2015). Afectando principalmente a pacientes con promedios de edad entre los 20-45 años, siendo más frecuente en mujeres con un 60% en relación a los hombres (Amosa y González, 2014). En México, “existen de 15 a 18 casos por cada 100 000 habitantes, es decir, hay más de veinte mil casos en todo el país” (Treviño, 2007).

Rivera-Navarro, Benito-León, Morales-González (2001, p.705) remarcan la importancia del ámbito social y psicológico en este padecimiento, establece como definición central la siguiente: “La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad con importantes consecuencias psicológicas y sociales para las personas que la padecen, dado que tiene un carácter impredecible en su evolución crónica”. Los mismo autores señalan que al manifestar estados emocionales que la enfermedad trae como consecuencia a los individuos que la padecen además de un alto costo social, sobre todo en la dependencia de familiares y redes de apoyo directas e indirectas.

Esto precede cambios y dificultades en la vida de las personas, repercutiendo principalmente en su calidad de vida y en su salud mental, por lo cual, el apoyo social por parte de las redes de apoyo, material, instrumental y emocional puede servir como amortiguador de los efectos negativos causados por la enfermedad y tener a su vez repercusiones positivas en la salud, sirviendo como un protector al individuo que lo recibe (Vaux, 1988).

### **Apoyo social**

El apoyo social se define como: “una construcción multidimensional que se refiere a las características y la función de las relaciones sociales pensadas para mejorar la salud mental y física; también, los recursos psicológicos y materiales disponibles para las personas a través de sus redes sociales” (Rodríguez y Cohen, 1998, p.535). El apoyo social, es una variable subjetiva la cual hace referencia al grado en que el sujeto percibe la existencia de relaciones proveedoras de apoyo suficiente y adecuado. (Rodríguez-Marín, Pastor y López, 1993).

Entonces existe la idea de que “La sensación generalizada de que uno es querido y cuidado por los otros, y que estos otros le ayudaran en caso de necesidad real, contribuye al bienestar psicológico y físico” (Jerusalem y Mittag, 1999, p. 158). Cuando este apoyo es percibido y materializado por las redes de apoyo, generalmente propone en el individuo un estado de motivación en el que se cree capaz de realizar los objetivos que se plantea, encontrando así uno de los constructos que más han aportado al campo de la Psicología Social: la Autoeficacia, teniendo como precedente la teoría de Bandura del Aprendizaje Social.

Según Kever et al. (2020) y también Zengin, Erbay, Yildirim y Altindag (2017) el apoyo social está relacionado con una mayor actividad física, menor depresión y estrés, así como con una mayor independencia de las personas enfermas, en la misma dirección Alphonsus y D’arcy (2021) encuentran que diferentes tipos de apoyo social influye en la disminución de dolor entre enfermos de esclerosis múltiple.

Por su parte Hyarat, Al-Gamal y Dela Rama (2018) y Ratajska et al. (2020) encuentran que, a pesar de que en todos los pacientes con esclerosis múltiple de sus respectivas muestras presentaban niveles leves de depresión, el apoyo social influía para que en estos no se presentaran mayores niveles mayores de depresión y, al mismo tiempo, se prevenían recaídas. Castro Costa y Calheiros (2017) encuentran que los pacientes con EM que calificaban alto en autoeficacia también participaban más en actividades deportivas, incluso en equipos deportivos organizados, lo que mostraba una mayor calidad de vida y un mayor bienestar psicológico.

## **Autoeficacia**

Bandura (1994, 1999), determina que “la auto-eficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras” (p.21). Estas creencias tienen una relación con el nivel de motivación, los estados afectivos, y la conducta, más que a información objetiva de las situaciones (Bandura, 1994; 1999).

La autoeficacia de las personas, es decir, sus creencias personales se ven influenciadas a través de la persuasión social, debido a que “las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo que cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personales ante los problemas” (Bandura, 1999, p.22). La persuasión social puede estar contenida en las redes sociales, específicamente en la percepción de apoyo social que se tiene de familiares, amigos y otras personas significativas en la vida de los individuos.

Entonces, un elevado nivel de autoeficacia percibida puede servir como protector que por un lado aumenta el estado de motivación, y por el otro disminuye las emociones negativas, al mismo tiempo que hay un aumento de las conductas saludables en el cuidado físico, siendo en este caso la autoeficacia un factor de gran importancia para adoptar conductas que promuevan la salud o evitar aquellas que lo deterioran (Ornelas, et al., 2012).

De esta manera, los individuos con una alta autoeficacia percibida tienen una mayor probabilidad de tener cuidados preventivos, e iniciar de manera oportuna los tratamientos necesarios para paliar su enfermedad, manteniendo un mayor optimismo sobre la eficacia de los mismos sobre su organismo. Teniendo evidencia de que una autoeficacia alta comprende una evaluación más positiva de su estado de salud, dejando a un lado los estados emocionales depresivos, dando lugar a recuperaciones más óptimas y rápidas de sus enfermedades, contrario a las personas con una autoeficacia baja (Gremboswki, et al. 1993; Olivari y Urrea, 2007).

La baja autoeficacia se asocia con un grado menor de salud y de calidad de vida, un menor ajuste psicológico y menos actividad física (Jongen, et al., 2014), es decir la presencia en el individuo de creencias relacionadas a una autoeficacia deficiente, se traduce en falta de prevención, disminución de la adherencia al tratamiento y menor adaptación al cambio. En una revisión sistemática que incluyó 106 síntesis de investigaciones acerca de la calidad de vida en enfermos de esclerosis múltiple Gil-González et al. (2020) que dicha calidad de vida se ve influida por la autoestima y la autoeficacia.



## **Materiales y métodos**

El presente estudio es correlacional de tipo transversal, con un diseño no experimental, usando una muestra no probabilística, de tipo no homogénea, contando con una muestra homogénea por conveniencia de 40 personas con esclerosis múltiple, con 14 hombres y 26 mujeres dentro de un rango de edad de entre 21 a 80 años.

### *Instrumentos*

Para la variable Autoeficacia se utilizó The Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale (Rigby et al., 2003), con un alfa de Cronbach de 0.81 en su versión en inglés y al ser traducida maneja un alfa de Cronbach de 0.80, con modalidad de respuesta tipo Likert. La cual cuenta con 14 ítems que suman en total 60 puntos, cuyos factores miden Independencia, Preocupación, Control Personal y Confianza Social, donde a mayor puntaje obtenido mayor nivel de autoeficacia, la cual señala que a mayor puntaje existe un nivel más alto de autoeficacia.

Para evaluar el apoyo social se utilizó la Escala Multidimensional de apoyo social percibido de Zimet, Dahlem y Farley (1988) con modalidad de respuesta tipo Likert validada por Arechabala y Miranda (2002). La cual, cuenta con 12 ítems que suman un total de 48 puntos, subdividiéndose en dos escalas de Familia-otras personas significativas, y Amigos, dando un resultado entre tres clasificaciones de bajo (12-24 puntos), mediano (25-36 puntos), y alto apoyo social (37-48 puntos). El coeficiente de consistencia interna es de .86.

Para conocer características sociodemográficas y específicas de la muestra se diseñó una cédula de entrevista que evalúa el área de adherencia al tratamiento, aspectos del padecimiento, apoyo familiar, consumo de tabaco y alcohol y ejercicio físico.

### *Procedimiento*

Se aplicó en primera instancia una prueba piloto de la Escala de Apoyo Social y Autoeficacia General a 5 miembros de la Asociación Zacatecana de Esclerosis Múltiple, se prosigió a realizar las pruebas de forma completa a los miembros mayores de 21 años a los que se tuvo acceso, presentándoles una carta de invitación, un consentimiento informado el cual firmaron tanto hombres como mujeres, dándoles las instrucciones escritas a los que puedan leer con fluidez, y de forma oral a aquellos que tengan algún tipo de debilidad visual. En algunos casos donde las personas se encontraban incapacitadas para acudir a las sesiones, se acudió a sus casas donde se les aplicó lo anterior.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva a partir de la prueba de coeficiente de correlación de producto momento de Pearson.

## Resultados

La correlación paramétrica de Pearson es una correlación baja de  $r=0.315$  con una significancia de  $p=0.05$ , mientras que las correlaciones de Kendall y Spearman son de  $r=0.247$  y de  $r=0.348$  con una significancia de  $p=0.05$  respectivamente, ambas son consideradas como bajas. Más adelante se hace una presentación de las correlaciones por dimensión de los instrumentos utilizados.

A partir de los resultados de la escala de Apoyo Social Percibido de Zimet, se pudo observar que un elevado porcentaje de la muestra obtuvo un alto apoyo social percibido que iba desde una puntuación total de 37-48 puntos, mientras el 25% expresaban un mediano apoyo social percibido con puntuaciones dentro del rango de 25-36 puntos, donde finalmente el 5% manifestó un bajo apoyo social percibido con un puntaje dentro del rango de 12-24.

En la variable Autoeficacia medida por la escala *The MS Self-efficacy scale of Rigby* se pudo observar que el mayor porcentaje de puntajes aparecían por debajo de la media con un 57.5% del total, mientras por encima de la media se presentaba el 42.5% de la población, donde según los datos de la escala a mayor puntuación mayor nivel de autoeficacia.

A partir de los resultados obtenidos por la prueba de Correlación Producto Momento de Pearson se observa que no hubo presencia de correlación significativa entre las escalas de apoyo social.

Tabla 1. Totales Apoyo Social

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo apoyo social percibido (12-24)	2	5
Mediano apoyo social percibido (25-36)	10	25
Alto apoyo social percibido (37-48)	28	70

Como se muestra en la tabla anterior la mayor parte de los sujetos muestran altos niveles de apoyo social, sin embargo: no tiene relación con la autoeficacia, como se muestra en la tabla siguiente. En la tabla siguiente podemos observar que los niveles de autoeficacia se presentan por debajo de la media.

Tabla 2. Totales Autoeficacia

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Debajo de la media	23	57.5
Encima de la media	17	42.5

La media de respuestas para cada variable fueron *Autoeficacia*= 39.55 y para *Apoyo Social*= 40, siendo más importante el apoyo por parte de los no familiares, es decir, amigos y conocidos. Es evidente, que las respuestas del apoyo social concuerdan con los hallazgos en otros contextos, no así en el nuestro.

En la siguiente tabla se muestran las correlaciones entre Apoyo Social y Autoeficacia, los niveles de correlación son de moderados a bajos, sin embargo  $p=.001$ .

Tabla 3. Prueba de Correlación Producto Momento de Pearson

Factores autoeficacia	Independencia	Factores apoyo social	
		Familia	Amigos
	Correlación de Pearson	.195	.242
	Sig (bilateral)	.228	.132
	Preocupación		
	Correlación de Pearson	.232	.176
	Sig (bilateral)	.150	.278
	Control		
	Correlación de Pearson	.196	.298
	Sig (bilateral)	.225	.062
	Social		
	Correlación de Pearson	.104	.195
	Sig (bilateral)	.522	.229

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como ya se mencionó, existe una mayor correlación entre Apoyo Social de amigos que entre Apoyo Social de familia,  $r=0.33$  y  $0.27$ , respectivamente, datos moderados, pero que teóricamente se vuelven significativos.

Por otra parte, la prueba Durbin-Watson= 2.22 nos muestra que la autocorrelación de los datos se mueve en los límites aceptables para este tipo de fenómenos. El estándar de medida del error es de  $1-\beta= .67$ , lo que muestra una medida moderada del error y permitiendo que los datos en su mayor parte no se deban al azar. Es evidente que los datos se deben a los niveles correlacionales antes expuestos

y al tamaño muestral.

Uno de los hallazgos más importantes, como se muestra en la tabla anterior, es

Tabla 4

Medida	F	R2	AR2	B	Error Estándar	$\beta$	P
Apoyo social	4.17	0.09	0.05	0.36	7.75	0.315	0.048
Apoyo Familia	0.12	0.1	0.05	0.15	0.43	0.08	0.12
Apoyo Amigos	0.12	0.1	0.05	0.67	0.63	0.25	0.12

que el apoyo social por parte de los amigos es más influyente que el apoyo social proveído por la familia.

### Discusión y conclusiones

Con base en los resultados, se puede observar que los pacientes con esclerosis múltiple en esta población mostraron puntajes altos de apoyo social, pero bajos en autoeficacia. Por lo anterior, es importante mencionar que Bandura (1999) afirmaba que la autoeficacia percibida se refería a las creencias en las capacidades propias para ejecutar ciertas acciones; estas creencias tienen su base en diferentes fuentes de eficacia. Una de ellas son las experiencias de dominio, es decir, entre más éxitos se robustecen las creencias de eficacia alta, y los fracasos las debilitan, situación que en esta muestra se puede observar de manera clara, en consecuencia a la misma naturaleza de la enfermedad, con síntomas alarmantes, degenerativos y con recaídas constantes e intempestivas, lo que llevaría a los individuos a debilitar sus creencias de eficacia debido a los constantes fracasos, recaídas, y síntomas físicos y emocionales que se presentan de manera inherente a la Esclerosis Múltiple, hecho que se ve reflejado en las respuestas de la cédula de entrevista, donde el 35% señala que no siente ninguna mejoría con el medicamento, y el 35% no consume ningún medicamento a pesar de en algún momento haberlo tomado o tener la recomendación del médico de seguir con el tratamiento, teniendo datos donde el 57.5% han tenido recaídas, concluyendo que dentro de las fuentes de eficacia, las experiencias de dominio se ven rebasadas por las recaídas, no haber mejoría por el consumo del medicamento, además del abandono por completo del tratamiento médico por un gran porcentaje de la muestra.

Además, se hacen presentes efectos secundarios de los medicamentos, primordialmente el uso de interferón con un 52.5% de la muestra, mostrando el empeoramiento de los síntomas depresivos inherentes al padecimiento.

Un segundo modo influyente de crear creencias de eficacia son las experiencias

vicarias, es decir, la observación de personas con características similares a las del individuo suponen la expectativa de lograr resultados similares, que en este caso se reflejaría en lo siguiente; “Por el mismo principio, observando el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, reduce los juicios de los observadores sobre su propia eficacia y mina su nivel de motivación” (Bandura, 1999, p.21). Este argumento se puede ver reflejado fácilmente en la vida de los pacientes, donde al convivir en la asociación de esclerosis múltiple con personas con el mismo padecimiento se ven enfrentados a una realidad lamentable, donde la mayoría muere en poco tiempo o su condición se agrava cada día más, derivando en parálisis, o aumento del dolor, hasta en algunos casos la muerte, limitando esta fuente de eficacia en relación a la observación vicaria.

Por último, un tercer modo de establecer creencias de eficacia es la persuasión social, que puede constituirse a través del apoyo social, encontrando que es más difícil infundir creencias de alta eficacia que debilitarlas, en otras palabras, esta fuente de eficacia generalmente puede debilitar la autoeficacia, y muy difícilmente aumentarla, debido a que “Los empujes utópicos se desconfirman rápidamente mediante resultados decepcionantes ante los propios esfuerzos” (Bandura, 1999, p.22). Lo anterior, explicaría porque la variable “Apoyo Social Percibido” se encontró como alta dentro de la mayor parte de los participantes de la muestra, pero en contraste, la autoeficacia apareció como por debajo de la mediana en la gran mayoría, debido a que a pesar de que sus familiares, amigos y otras personas significativas les ofrezcan el apoyo que requieren, ellos “desconfirman” estos planteamientos debido a las características de la enfermedad, donde ni la adherencia al tratamiento los excluye de recaídas o incluso la muerte, donde el 37.5% tienen de 5-10 años con el diagnóstico.

Un dato importante es que los pacientes con esclerosis múltiple observan sus dolencias físicas y síntomas psicológicos como un sinónimo de debilidad, donde el estado de ánimo aparece también como un modulador positivo de las creencias de autoeficacia, pero debido a las características de la enfermedad, el estado de ánimo no aparece como un amortiguador de lo que vive el individuo en este padecimiento.

Según Jerusalem y Mittag (199) el empleo y la integración social sirven como un recurso protector a las demandas estresantes del medio como lo es una enfermedad, y la incapacidad para trabajar crea una vulnerabilidad ante los efectos desfavorables que se presenten, donde el 47.5% de la muestra se encuentran desempleados, derivando un impacto en el bienestar personal que va más allá de los costos económicos, creando inseguridad en relación al futuro.

Esto puede presentar dificultades en lo financiero, pero también una ruptura de las redes sociales, de los planes que el individuo tenía antes de su padecimiento, lo que llevaría al individuo a un cambio completo de su rutina diaria y una reducción significativa de oportunidades de contacto con personas, es decir, la persona es llevado por un cadena de sucesos que termina en un marcado aislamiento (Jerusalem y Mittag, 1999).

Una forma de amortiguar el desempleo es a través de las redes de apoyo social, como lo puede ser una pareja, donde en la muestra aparecen datos donde el 40% se encuentran solteros, y el 10% divorciados, apareciendo el 52.5% en un rol de hijo luego de su padecimiento por lo que se afirma "la inexistencia de pareja debería ser un predictor prominente de estrés, estados emocionales y salud" (Jerusalem y Mittag, 1999, p.159).

Con base en el apoyo social, se observa que en esta población el 70% de los participantes expresaron un apoyo social percibido de tipo alto, contrastando este resultado con un estudio realizado por Rivera-Navarro, et al. (2008) cuyo objetivo era analizar la percepción de un grupo de personas con EM y cuidadores sobre la enfermedad, cuyos resultados manifestaron que los cuidadores pensaban que los enfermos de esclerosis múltiple no asumían la enfermedad y percibían que la sobreprotección en lugar de ayudar perjudicaba a que no aceptaran del todo las responsabilidades de esta condición, por lo tanto lo evitaban. Por lo anterior se puede señalar que en esta población esta característica podría estarse haciendo presente al tener precedente de que la mayoría de esta población expresa un alto apoyo social percibido de sus personas significativas, aunque esto podría significar una sobreprotección, que en lugar de ayudar al establecimiento de creencias positivas podría resultar en una negación del padecimiento y del mantenimiento de conductas en beneficio de la salud.

Este planteamiento del efecto negativo del apoyo social fue investigado por Rook (1984) en un estudio cuyo objetivo era examinar el impacto relativo positivo o negativo de las interacciones sociales en mujeres viudas entre los 60-89 años. Los análisis revelaron el efecto negativo de las interacciones sociales son más fuertes que el estado de bienestar provocado por las interacciones sociales positivas, lo que demostró la importancia de la evaluación del contenido específico de las relaciones sociales.

Este estudio puede sostener la idea de que toda relación social significa en términos generales un beneficio para la persona que lo recibe tanto para su estado emocional, como para protección de su estado de salud, dejando en evidencia que aunque el apoyo social percibido sea considerado alto, este puede tener no solo aspectos positivos sino también negativos para el estado de los individuos,

característica que puede ser importante localizar en futuras investigaciones con la población de Esclerosis Múltiple.

También, esta perspectiva es presentada por Schuster, Kessler y Aseltine (1990), cuyo objetivo era investigar la asociación entre relaciones sociales y el funcionamiento emocional como un factor de promoción de la salud, donde el análisis realizado determina que los efectos de las interacciones sociales negativas son en su mayoría más importantes que las interacciones sociales de apoyo para establecer un estado de depresión.

Un estudio , cuyo objetivo era realizar un análisis de género del apoyo social y la salud, donde se determinó que las relaciones sociales también tienen un contenido negativo, debido a que este mismo apoyo puede ir acompañado de obligaciones , y este apoyo en lugar de servir como un factor protector del estrés puede por el contrario generar ansiedad y tensión, señalando que las interacciones sociales negativas predicen de mejor manera los problemas de salud y el bienestar de las personas que las positivas (Matud, López, Marrero e Ibañez, 2002).

Contrario a la literatura especializada consultada en el presente estudio; algunos de ellos señeros, y al planteamiento hipotético generalizado en los diferentes estudios e investigaciones contempladas aquí, las correlaciones no son ni siquiera moderadas y que nuestro modelo de regresión adiciona a los hallazgos correlacionales ya mencionados, cabe señalar que los resultados no se deben al azar.. Esto puede deberse, como menciona Rodríguez (1999) que la influencia de apoyo social no siempre es positiva, encontrando casos de influencia negativa, debido a comportamientos hiperprotectores por parte de los miembros de su red de apoyo. Otra de las limitaciones es el tamaño de la muestra, se sugiere se deba continuar con la investigaciones de este tipo en nuestro contexto.

## Referencias

- Alphonsus, K. B. y D'Arcy, C. (2021). Is There an Association Between Social Support and Pain Among Individuals Living With Multiple Sclerosis? *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 26, 1-6 DOI: 10.1177/2515690X21991995
- Amosa, M., y González, L. (2014). *Manual CTO de Medicina y Cirugía*. México: Grupo CTO.
- Arechabala, C. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región 70 metropolitana. *Revista Ciencia y Enfermería*, 4(11), 7-14 Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07179553200200010000&script=sci\\_art-text](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07179553200200010000&script=sci_art-text)
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998)
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp.19-54). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Carretero, J., Bowakim, W., Acebes, J. (2001). Actualización: esclerosis múltiple. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 11 (9), 68-79.
- David Castro Costa, D., Sá1, M. J. y Calheiros, J. M. (2017). Social support network and quality of life in multiple sclerosis patients. *Arquivos de Neuropsiquiatr*, 75(5):267-271
- Fernández, O., Fernández, V. y Guerrero, M. (2012). *Todo lo que usted siempre quiso saber de la esclerosis múltiple pero temía preguntar* (2a edición). España: Ed. Línea de Comunicación.
- Gil-Gonzalez, I., Martin-Rodriguez, A., Conrad, R. y Perez-San-Gregorio, M. A. (2020). Quality of life in adults with multiple sclerosis: a systematic review. *BMJ Open*. 1-21. DOI:10.1136/bmjopen-2020-041249
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. 34, 89-104.
- Hauser, S., y Goodin, D. (2008). Esclerosis Múltiple y otras enfermedades desmielinizantes. En A. Fausi, E. Braunwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo y L. Jame-



son (Eds.), *Harrison Principios de Medicina Interna*. (pp. 2611-2620). México: Mc Graw Hill Interamericana.

Hyarat, S., Al-Gamal, E. y Dela Rama, E. (2018). Depression and perceived social support among Saudi patients with multiple sclerosis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54, 428–435.

Jerusalem, M., y Mittag, W. (1999). Auto-eficacia en transiciones vitales importantes. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp.155-176). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Jongen, P., Ruimschotel, R., Heerings, M., Hussaarts, A., Duyverman, L., Van der Zande, A., Valkenburg-Vissers, J., Wolper, H., Van Droffelaar, M., Lemmens, W., Donders, R., Visser, L. (2014). Improved self-efficacy in persons with relapsing remitting multiple sclerosis after an intensive social cognitive wellness program with participation of support partners: a 6-months observational study. *Health and Quality of life outcomes*, 12 (40), 1-23.

Kever, A., Buyukturkoglu, K., Claire S. Riley, C. S., Philip L. De Jager, P. L. y Victoria M. Leavitt, V. M. (2021). Social support is linked to mental health, quality of life, and motor function in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10330-7>

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo Social y Salud: Un análisis de Género. *Salud Mental*, 25 (2), 32-37.

Mouzo, J. (12 de octubre del 2005). La prevalencia de a esclerosis múltiple se duplica en 15 años. España: *El País*. Recuperado [http://elpais.com/elpais/2015/10/08ciencia/1444323978\\_134279.html](http://elpais.com/elpais/2015/10/08ciencia/1444323978_134279.html)

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*. 13 (1), 9-15.

Ornelas, M., Blanco, H., Aguirre, J., Guedea, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. *Perfiles Educativos*, 34 (138), 62-74.

Ratajska, A., Glanz, B. I., Chitnis, T. Weiner, H. L. y Brian C. Healy, B. C. (2020). Social support in multiple sclerosis: associations with quality of life, depression, and anxiety. *Published by Elsevier*. 1-24.

Rigby, S., Domenech, C., Thornton, E., Tedman, S., y Young, C. (2003). Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis:

the Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale. *Multiple Sclerosis*, 9 (1), 73-81.

Rivera-Navarro, Benito-León, J., Morales-González, J., y grupo GEDMA (2001). Hacia la búsqueda de dimensiones más específicas en la medición de la calidad de vida en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*, 32(8), 705-713.

Rivera-Navarro, J., Morales-González, J., Benito-León, J. y Mitchell, A. (2008). Dimensión social y familiar: experiencias de cuidadores y personas con esclerosis múltiple. El estudio GEDMA. *Revista Neurológica*, 47(6), 281-285.

Rodríguez-Marín, J. y Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3(1), 535-544.

Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(7), 349-372.

Rook, K. (1984). The negative side of social interaction: Impact on Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (5), 1097-1108.

Schuster, T., Kessler, R. y Aseltine, R. (1990). Supportive Interactions, Negative Interactions, and Depressed Mood. *American Journal of Community Psychology*, 18 (3), 423-438.

Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*, (5 Ed). México; Trillas-Autor.

Treviño Frenk, I. (2016). Esclerosis Múltiple. México: Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. New York, NY: Praeger Publishers.

Zengin, O., Erbay, E., Yıldırım, Y. y Altındağ, Ö. (2017). Quality of Life, Coping, and Social Support in Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *Turk Journal of Neurology*, 23, 211-218. DOI:10.4274/tnd.37074

Zimmet G., Dahlem, Zimet S., Farlet G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

## Anexo I. Variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	14	35.0
	Femenino	26	65.0
Edad	21-40 años	20	50.0
	41-60 años	13	32.5
	61-80 años	7	17.5
Escolaridad	Primaria	7	17.5
	Secundaria	8	20.0
	Preparatoria	7	17.5
	Carrera técnica	2	5.0
	Licenciatura	13	32.5
	Maestría	3	7.5
Estado civil	Casado	15	37.5
	Divorciado	4	10.0
	Soltero	18	45.0
	Unión Libre	1	2.5
	Viudo	2	5.0
Empleo	Obrero-operario	5	12.5
	Empleado	10	25.0
	Profesionista	6	15.0
	Desempleo	19	47.5

## Anexo 2

Cédula de entrevista  
*Adherencia al tratamiento cédula de entrevista*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
¿Toma medicamento diariamente?	Sí	31	77.5
	No	8	20.0
	A veces	1	2.5
¿Realiza las tomas recomendadas por su médico?	Sí	34	85.0
	No	5	12.5
	A veces	1	2.5
¿Ha sentido alguna mejoría con el medicamento?	Sí	24	60.0
	No	14	35.0
	A veces	2	5.0
¿Ha presentado alguna reacción adversa posterior a la toma de su medicamento?	Sí	21	52.5
	No	16	40.0
	A veces	3	7.5

## Anexo 3

## Apoyo Familiar

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué rol ocupa en su familia?	Madre	9	22.5
	Padre	9	22.5
	Hija	21	52.5
	Hermana (o)	1	2.5
¿Su familia está al pendiente de que realice las recomendaciones del médico?	Sí	36	90.0
	No	3	7.5
	Tal vez	1	2.5
¿Siente cambios en la forma en que lo tratan en su familia luego de la Esclerosis?	Sí	20	50.0
	No	17	42.5
	Tal vez	3	7.5

## Anexo 4

## Ejercicio Físico

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Caminar	11	27.5
Estiramiento	5	12.5
Ejercicio físico	7	17.5
No	17	42.5

# Victimización, polivictimización e ideación suicida en jóvenes de Matamoros durante la pandemia por Covid-19, un estudio exploratorio<sup>1</sup>

Alejandro Martínez Hernández<sup>2</sup>

Karla Villarreal Sotelo<sup>3</sup>

Fabiola Peña Cárdenas<sup>4</sup>

Carolina Landero Pérez<sup>5</sup>

## Resumen

El suicidio es un fenómeno complejo que resulta en una problemática de Salud Pública. Una gran cantidad de autores se han sumado a la generación de conocimiento en torno a la salud mental, especialmente sobre la ideación suicida durante el periodo de la pandemia. Y es que los cambios drásticos en el estilo de vida y el confinamiento pudieran ser un factor detonante para la exacerbación de la violencia en distintos contextos, y salud mental que pueden afectar a los adolescentes y jóvenes. En esta investigación se analizan la victimización, polivictimización y la ideación suicida en adolescentes y jóvenes matamorenses durante el periodo de COVID-19. Para tal fin se diseñó una encuesta en Google forms que se difundió y aplicó durante el periodo de febrero a marzo de 2021. La muestra se compone de 93 adolescentes y jóvenes de Matamoros, Tamaulipas seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia tipo bola de nieve, siendo un 53.8% mujeres, y un 41.9% hombres. Se encontró que de la población encuestada cuatro quintas partes (80.6%), se ha mantenido en confinamiento, y 80.6% ha tenido algún conocido que ha sufrido contagio por COVID-19, 46.2% tiene algún conocido que ha fallecido víctima de COVID-19, un 23,7% de los participantes se han contagiado de COVID-19. Encontrando una asociación significativa con respecto al sexo, siendo mayor la probabilidad de mantenerse en confinamiento en los hombres con un 33,3% en contraste con el 16% de las mujeres. Un 45.2% de los participantes reportan pensamientos sobre la muerte durante el periodo de COVID-19, y en la misma proporción reportan haberlas tenido en otros momentos de su vida. Mientras que un 36.6% han deseado estar muertos y un 40.2% lo ha deseado en otros momentos de su vida. En la comparación por sexo de las ideas suicidas en hombres y mujeres se encontraron asociaciones significativas

<sup>1</sup>Nota del autor: Publicación resultado del Proyecto 38-UATINVES20 Denominado: "Suicidio en Tiempos de COVID-19: Una interpretación Victimológica." Autor de correspondencia: kvillar@uat.edu.mx

Calle 16 y Lago de Chapala S/N, Col. Aztlán. Cd. Reynosa Tamaulipas. C.P. 88740.

<sup>2</sup> Estudiante de Licenciatura en Psicología, en la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Becario del Proyecto 38-UATINVES20.

<sup>3</sup> Dra. en Ciencias Penales. Profesor-Investigador en la Unidad Académica Multidisciplinaria Reynosa Aztlán, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. SNI Nivel I Responsable Técnico del Proyecto 38-UATINVES20.

<sup>4</sup> Doctora en Aprendizaje y Cognición, Profesor-Investigador en la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. SNI Nivel C Integrante del Proyecto 38-UATINVES20.

<sup>5</sup> Maestría en Criminología y Ciencias Forenses, en la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Integrante del Proyecto 38-UATINVES20.

con respecto al sexo, siendo mayor la probabilidad de presentarlas en las mujeres en contraste con los hombres. Un 56% de las mujeres contra un 33,3% por parte del sexo masculino reportaron ideas sobre la muerte durante el confinamiento. Un 48% del sexo femenino sobre un 28,2% por parte del sexo masculino, indicaron ideas suicidas antes del confinamiento por COVID-19. Los porcentajes también se duplicaron en el caso de deseos de muerte tanto durante como previos al confinamiento para el caso de las mujeres. Los resultados muestran la importancia de la salud mental durante la pandemia especialmente tomar datos del presente estudio para la implementación de acciones preventivas en población de riesgo como las mujeres y aquellos con ideación suicida previa.

**Palabras clave:** victimización, polivictimización, suicidio, COVID-19, confinamiento, ideación suicida.

### **Abstract**

Suicide is a complex phenomenon that results in a Public Health problem. A large number of authors have joined the generation of knowledge around mental health, especially about suicidal ideation during the period of the pandemic. Drastic changes in lifestyle and confinement could be a triggering factor for the exacerbation of violence in different contexts, and mental health that can affect adolescents and young people. This research analyzes the victimization, polyvictimization and suicidal ideation in adolescents and young people from Matamoros during the period of COVID-19. For this purpose, a survey was designed in Google forms that was disseminated and applied during the period from February to March 2021. The sample consists of 93 adolescents and young people from Matamoros, Tamaulipas selected by a non-probabilistic sampling for snowball convenience, being 53.8% women, and 41.9% men. It was found that of the surveyed population four fifths (80.6%), has remained in confinement, and 80.6% has had an acquaintance who has suffered contagion by COVID-19, 46.2% has an acquaintance who has died a victim of COVID-19, 23.7% of the participants have been infected with COVID-19. Finding a significant association with respect to sex, being higher the probability of staying in confinement in men with 33.3% in contrast to 16% of women. 45.2% of participant's report thoughts about death during the COVID-19 period, and in the same proportion report having had them at other times in their lives. While 36.6% have wished they were dead and 40.2% have wanted it at other times in their lives. In the comparison by sex of suicidal ideation in men and women, significant associations were found with respect to sex, being more likely to present them in women in contrast to men. 56% of women against 33.3% of men reported ideas about death during confinement. 48% of the female sex over 28.2% by the male sex, indicated suicidal ideation before the confinement by COVID-19. The percentages also doubled in the case of death wishes both during and before con-

finement for women. The results show the importance of mental health during the pandemic, especially taking data from the present study for the implementation of preventive actions in at-risk populations such as women and those with previous suicidal ideation.

**Keywords:** victimization, polyvictimization, suicide, COVID-19, confinement, suicidal ideation.

### **Antecedentes**

Adaptarse a la nueva realidad generada por la pandemia de COVID como son: “teletrabajo, el desempleo temporal, la enseñanza en casa y la falta de contacto generado por el distanciamiento social con familiares, amigos y colegas” además del miedo latente de contraer la SARS-CoV-2 ha provocado además de las pérdidas, sufrimiento y algunos trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Bajo esa dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al suicidio como un grave problema de salud pública, y lo define como el “acto deliberado de quitarse la vida”

(UNICEF, 2017); dentro de las causas que lo provocan se indican diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales (INEGI, 2018). Esto implica que además de la relación entre el suicidio y los trastornos mentales, en particular aquellos relacionados con la depresión, “muchos se producen impulsivamente en momentos de crisis”. Las conductas suicidas son resultantes del detonante de diversas experiencias traumáticas acumuladas relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Las conductas suicidas se clasifican en cuatro (Castellvi Obiols & Piqueras Rodríguez, 2018):

- Suicidio consumado. Un comportamiento autoinfligido que resulta en fatalidad.
- Intento de suicidio. Un comportamiento potencialmente autoinfligido con evidencia de la intención del individuo de suicidarse, al menos hasta cierto punto, puede ser explícita o inferirse de la conducta o circunstancia. Un intento de suicidio puede o no resultar en una lesión real.
- Actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente. El individuo toma medidas para lesionarse a sí mismo, pero es detenido por sí mismo o

por otros para que no inicien el acto de autolesión antes de que el potencial de daño haya comenzado.

- Ideación suicida. Pensamientos pasivos de querer estar muerto o pensamientos activos de suicidarse, no acompañados de un comportamiento preparatorio.

Los signos de advertencia del suicidio suelen ser: una advertencia verbal o conductual; muchas de las víctimas con alguna conducta suicida suelen hablar sobre: querer morirse, sentir una gran culpa o vergüenza, o sentirse una carga más para los demás. Sin embargo, no se debe pasar desapercibido también que pueden presentarse otros signos como son: sentirse vacío, sin esperanza, atrapado o sin razón para vivir; sentirse extremadamente triste, ansioso, agitado o lleno de ira; con un dolor insoportable, ya sea emocional o físico (Organización Panamericana de la salud, 2020).

Dentro de las conductas suicidas existen ciertos cambios en el comportamiento como: hacer un plan o investigar formas de morir; alejarse de los amigos, decir adiós, regalar artículos importantes o hacer un testamento; hacer cosas muy arriesgadas como conducir con una rapidez extrema; mostrar cambios de humor extremos; comer o dormir demasiado o muy poco; consumir drogas o alcohol con más frecuencia, pueden ser signos de advertencia del suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La OMS informa que las consecuencias sociales del COVID-19 pueden aumentar los problemas mentales y tasas de suicidio, advirtiendo que en occidente la próxima epidemia será la depresión, un trastorno que representa un alto riesgo en los casos de suicidio (González López et al., 2020).

Ante la morbilidad y mortalidad de COVID-19, o por el confinamiento y aislamiento implementados como medidas preventivas sanitarias (González López et al., 2020), se puede pensar que existe un aumento del estrés y trastornos mentales tal como sucede en otros contextos de problemas sociales y ambientales. Por ejemplo, en Latinoamérica, se ha encontrado que en adultos colombianos víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento, la prevalencia de posibles casos de trastorno mental sobrepasa el 20%. No obstante, en la población general, los posibles casos de trastornos mentales, tales como ansiedad y depresión se observan con menor frecuencia y alcanzan el 10% cuantificado a través del *Self-Reporting Questionnaire* (Campo Ariasa et al., 2017).

En Estados Unidos las tasas de suicidio han aumentado en las últimas décadas, así ocurrió en el año 2018, en que se observa la tasa de suicidio más alta en los



EE. UU. desde 1941. Dichas cifras que podrían incrementar ante el contexto que se genera como parte de las consecuencias secundarias del distanciamiento social por COVID-19 (Reger et al., 2020). En el mismo sentido el presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana expresó que a nivel mundial cerca de 80,000 personas se quitan la vida cada año y muchas más intentan hacerlo (EFE Forbes Staff, 2020).

Caso contrario a lo que ocurre en Chile, donde los casos de suicidios han disminuido durante la pandemia, sin embargo, hay una incidencia considerable de pensamientos suicidas en jóvenes, en personas que se sienten excluidas, y en aquellos que no reciben ayuda social. De no tomarse medidas de prevención y apoyo a dicha población, esa disminución inicial podría venir acompañada de un aumento sostenido en los meses siguientes (Jiménez Molina et al., 2021).

Si además a lo previamente descrito, se considera la variable de la violencia, la cual se hace referencia al “uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (Comello & Gual, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2020; Ticona Bustamante, 2019); la cotidianidad se puede percibir afectada.

Existen diferentes vías por las cuales la violencia puede afectar a una persona desde una forma directa hasta una indirecta, al considerar que puede marcar la vida de una persona sin haber tenido que vivirla en persona. Por ejemplo, los habitantes de una ciudad con una tasa alta de secuestros cambian su estilo de vida para poder adaptarse a la inseguridad en su ciudad, eso pasa con todos los tipos de violencia que afectan en distintos niveles la calidad de vida de una persona.

Los adolescentes, en situación frecuente de victimización presentan menor autoconcepto familiar, más problemas de comunicación con la madre, mayor ánimo depresivo y sentimientos de soledad y menor satisfacción con la vida que los adolescentes cuya victimización es ocasional (Sahuanay Siu, 2018). El vivir experiencias de este tipo afecta de manera significativa la salud mental del individuo y se reafirma con los resultados obtenidos de las investigaciones revisadas (Carrascosa et al., 2016).

Dentro de la experiencia traumática es posible que teman contar a los demás sobre lo sucedido, en especial si quien los maltrata es una figura que ejerce poder, por consiguiente, las víctimas quizás se sientan culpables, avergonzados o confundidos y esto signifique que puedan adquirir diversas dificultades en su entorno como baja autoestima o problemas en su desarrollo personal. Cabe mencionar que una experiencia traumática es considerada un evento que amenaza el bien-

estar del individuo en tanto que genera consecuencias en la estructura mental y emocional (Martínez Manotas et al., 2015).

Otra experiencia por la que tiene que pasar la víctima es el proceso judicial, en caso de que lo haya iniciado. Un término nuevo en el área de la investigación victimológica es el de 'victimización secundaria' el cual es definido como "consecuencias psicológicas, sociales, jurídicas y económicas negativas que dejan las relaciones de la víctima con el sistema jurídico penal" Esta definición nos hace abrir los ojos hacia el proceso que debe llevar una persona que ha sido víctima, ya que este también afecta a sus familiares, amistades, su círculo social en general y por ende, a las personas responsables del caso y hasta al mismo agresor (Palacio, 2001; Gutiérrez, et al., 2009).

En el campo de estudios de la violencia, Finkelhor et al. (2011), publicaron una investigación en *The National Survey of Children's Exposure to Violence* (NatSCEV), llamado "Polivictimización: la cual se refiere a la exposición de los niños a múltiples tipos de violencia, delincuencia y abusos" que nos ilustra sobre "el fenómeno del maltrato infantil, ampliando la mirada, hacia variadas victimizaciones y tipos de violencias hacia su persona"; observando que en esa muestra de menores, han sido víctimas directas el 38.7%, y, el 64.5% recibió varios tipos de victimizaciones, destacando que el 8% de los jóvenes a nivel nacional de Chile presentó "más de 7 tipos de victimización a los que se agregaron las agresiones sexuales y el maltrato de los padres". En esa investigación, se buscaba entender los diferentes tipos de victimizaciones, no sólo se consideraría la violencia o un tipo de maltrato, pues existe una gran variedad, la finalidad era ampliar el estudio de la polivictimización y posteriormente los efectos de la exposición en población infantil, considerados como población vulnerable (Carvajal Zambrano et al., 2014).

Hacer referencia a un proceso de trauma acumulativo de experiencias de victimización que sufren aquellos individuos expuestos a múltiples tipos de violencia a lo largo de su vida, generalmente en la infancia y la adolescencia, es hablar de polivictimización (Finkelhor et al., 2007; Guerra et al., 2017); el cual también se puede entender como la "vivencia de múltiples y distintas experiencias de violencia interpersonal dentro del desarrollo evolutivo" (Vicente Rodrigo, 2017). La polivictimización puede dejar secuelas que perduran en la juventud y en la etapa adulta de la persona y a su vez, afectar al círculo social que la rodea, prediciendo el estrés psicológico, que genera desajuste académico, social y derivando en depresión, ansiedad, comportamiento antisocial y los problemas de salud (Guerra et al., 2017).

De acuerdo con estudios internacionales los efectos de la polivictimización incluyen problemas mentales, los jóvenes con antecedentes de polivictimización exhiben

niveles más altos de conductas suicidas (Suárez Soto et al., 2020), considerando que al vivir experiencias traumáticas puede desarrollar trastornos psicológicos.

Dado a la creciente información de investigaciones a nivel internacional, sobre los efectos dañinos de la polivictimización, es cada vez más importante identificar los mecanismos psicosociales que pueden ayudar a explicar sus efectos especialmente poderosos, así, por ejemplo, Turner et al. (2017) señalan que la polivictimización refleja un nivel sustancial de adversidad, que comprende una variedad de eventos estresantes que ocurren en múltiples dominios de la vida.

Los investigadores han especulado que la victimización generalizada en diferentes contextos que se produce cuando los niños están expuestos a muchas formas diferentes de victimización crea una condición de vida en la que los niños no tienen un “refugio seguro”, no hay un contexto o lugar donde puedan estar libres de la amenaza de daño. El Servicio Nacional de Menores en Chile, señalan que en el año 2014 un total de 111 440 niños, niñas y adolescentes ingresaron al sistema de protección chileno, de los cuales el 21% correspondieron a víctimas de abusos sexuales, el 14,7% a víctimas de negligencia, el 8,7% a víctimas de bullying y el 3,5% a víctimas de maltrato físico (Pinto Cortez y Venegas Sanhueza, (2015). En la misma línea, datos de la Fiscalía Nacional en aquel país evidencian que durante el año 2013 se registraron 103 276 denuncias por delitos cometidos contra menores de 18 años y, de ellas, 18 615 fueron víctimas de delitos sexuales.

Es probable que las polivíctimas experimenten la victimización por parte de compañeros en la escuela, por miembros de la familia en el hogar y por una variedad de individuos dentro de sus vecindarios y comunidades. Se ha sugerido que estas condiciones no solo reflejan una adversidad sustancial, sino que también pueden dañar los recursos que, de otro modo, podrían alentar el manejo y la resiliencia efectivos y aumentar la angustia psicológica. Un cuerpo de investigación muy importante sobre los procesos de estrés ha demostrado que los recursos sociales, como el apoyo social de la familia y los compañeros, así como los recursos personales, como la autoestima y el dominio, tienen efectos positivos directos sobre el bienestar psicológico y, en general, en algunos casos, moderar o amortiguar los efectos negativos de la adversidad. En la medida en que la polivictimización erosiona estos recursos, esto puede representar un mecanismo crucial por el cual la polivictimización ejerce su influencia sustancial en la salud mental de los jóvenes (Mossakowski, 2015).

En un estudio realizado por Pinto Cortez y Venegas Sanhueza (2015) en una ciudad de Chile, remarcó la gravedad de esta situación debido a que el 89% de la muestra ha vivido algún tipo de victimización en su vida, siendo afectado mayormente el género masculino. En promedio, durante sus vidas sufren seis diferentes

tipos de victimización los adolescentes de Chile, siendo menos común sufrir más de siete. También se encontró una correlación entre la polivictimización y síntomas del Trastorno de estrés postraumático (TEPT), siendo más graves los síntomas si se ha padecido muchos tipos de victimización.

Por su parte Pereda et al., (2014), llevaron a cabo un estudio con 1 107 participantes de los cuales más del 80% sufrió por lo menos un tipo de victimización en su vida y al menos el 68% durante este año. Respecto a la polivictimización, se les clasificó en tres grupos, en el primero (entre 1 o 3 tipos de victimización), aproximadamente el 50% vivió alguna experiencia de este tipo durante el año pasado; por su parte, el segundo grupo que se clasifica entre 4 a 6 formas, se constituyó por el 15% de la muestra, mientras que el tercer grupo (de 7 o más tipos) fue conformado por tan sólo el 4% de la misma.

El estudio de la victimización y polivictimización en México es incipiente. Frías (2016) ha realizado un estudio de la polivictimización en las mujeres adultas mayores, a partir de una submuestra de mujeres de la ENDIREH. Destacan los resultados de aquellas mujeres con más 60 años, separadas y divorciadas, las cuales pueden sufrir violencia por su expareja una vez terminada la unión. Señalando que dos de cada 10 mujeres han padecido violencia de pareja en el último año, tanto física como sexual y/o por parte de las personas con quien residen (negligencia, violencia física y emocional).

En México siete de cada 10 hogares maltratan a sus menores, además, existe una polivictimización conjunta en el contexto general como víctimas en la escuela, víctimas en la calle, y víctimas en distintos entornos (Secretaría de Gobernación, 2017).

Con lo que respecta al estado de Tamaulipas se efectuó un estudio observacional, transversal y analítico, en la cual participaron 500 estudiantes de una universidad pública, donde el 51.4% son mujeres y el 48.6% son hombres, con el objetivo de analizar la relación entre victimización directa e indirecta, resiliencia y sintomatología psicológica. Las principales formas de victimización directa correspondieron a delitos comunes, tales como las llamadas obscenas, el robo en vivienda o el robo de objetos del carro. También se mencionaron otras formas de victimización específicas del contexto local, debido al conflicto donde participan tanto organizaciones delictivas como fuerzas armadas. Los individuos participantes señalaron como formas principales la persecución por desconocidos y la extorsión económica, seguidas de la muerte violenta de personas cercanas, la detención en falsos retenes, la agresión por parte del ejército, así como el ser “balaceado” o secuestrado. La victimización directa tuvo correlaciones positivas más altas con las sub-escalas de miedo-hostilidad, ansiedad y obsesivo-compulsivo. Con respecto de las prin-

cipales formas de victimización indirecta (hacia parejas, familiares o conocidos) también correspondieron a delitos comunes, como el robo a vivienda, el robo de objetos del carro, la tentativa de robo o las llamadas obscenas. La victimización indirecta presentó correlaciones positivas más altas con las subescalas de obsesivo-compulsivo, ansiedad fóbica y sensibilidad interpersonal (Almanza Avendaño et al., 2018).

Ante el incremento exacerbado de la violencia en México, Orozco et al (2020) realizó un estudio con 500 jóvenes universitarios de un estado del noreste del país, con los objetivos de identificar los tipos de victimización (directa o indirecta); determinar los síntomas de estrés postraumático e identificar la relación entre los tipos de victimización y los síntomas del TEPT mediante la utilización de la Escala de Victimización y la Escala Breve del Desorden del Estrés Postraumático. Obtuvieron como resultados que los participantes reportaron un promedio de siete sucesos de victimización tanto directa como indirecta, siendo más frecuente la indirecta. Aunque se observa una relación directa e indirecta entre la victimización y la presencia de síntomas del TEPT, solo la victimización indirecta resultó ser una variable predictora de síntomas del TEPT.

### **Justificación**

En México los Centros de Integración Juvenil informan que los suicidios de jóvenes han aumentado durante la emergencia sanitaria por el impacto vivido en el confinamiento que los llevo a crisis emocionales (González López et al., 2020).

El Centro de Excelencia (CdE), proyecto conjunto de UNODC e INEGI, (2020) publicaron un análisis relacionado con las estadísticas de suicidio en México, obteniendo que:

En 1990 se registraron 1,941 suicidios con una tasa de 2.3 suicidios por cada 100 mil habitantes; para 2015, año base de la agenda 2030, el número se había triplicado, alcanzando 6,425 muertes por suicidio y la tasa llegó a 5.3 suicidios por cada cien mil habitantes. En 2019, se registraron 6,808 suicidios lo que representa una tasa de 5.7 por cada 100 mil habitantes. Con esta tendencia al alza, la meta hacia el 2030 se ve altamente comprometida en su logro. El informe describe también que existen en el año 2019, tres entidades mexicanas superaron el umbral de los 500 casos anuales: Estado de México (711), Jalisco (625) y Guanajuato (503).

En el caso particular de Tamaulipas, el cual es un estado de la República Mexicana, con 43 municipios, que limita con el estado de Texas (Estados Unidos) hacia

el norte, con los estados mexicanos de Veracruz y San Luis Potosí al sur, con el estado de Nuevo León al oeste, y con el golfo de México al este a lo largo y ancho de su territorio se encuentran kilómetros de playa sobre el golfo de México, amplias llanuras, altas sierras, manantiales, grutas y también, desierto (Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2021).

De acuerdo con datos del INEGI (2021), la población tamaulipeca en el año 2020 era de 3 527 735 habitantes, con ello ocupó el décimo cuarto lugar a nivel nacional, con el 50.8% (1 791 595) mujeres y el 49.2% (1 736 140) hombres. Dentro de estos datos también se incluyen a los migrantes (68 339 personas), siendo los municipios con mayor población nacida en otro país: Matamoros (18 214 migrantes, representa el 26.65%), Nuevo Laredo (17 708 migrantes, representa el 29.91%) y Reynosa (15 064 migrantes, representa el 22.04%). Aunque su capital es Ciudad Victoria, las ciudades más pobladas son sus ciudades fronterizas “hermanas” Reynosa con 704 767, Matamoros 541 979, y Nuevo Laredo 425,058 habitantes. Posteriormente se encuentra la capital (Ciudad Victoria) con 349 658; y la zona conurbada de Tampico, Altamira y Ciudad Madero con 297 562, 269 790, y 205 933, respectivamente. Para completar los 10 municipios tamaulipecos con mayor población se tiene al Río Bravo con 132 484, El Mante con 106,144, y Valle Hermoso con 60,055 habitantes. Estos diez municipios representan el 92.96% de la población estatal (INEGI, 2021).

La ENVIPE 2020 publicó que, en el año 2019, el 19% de los hogares tamaulipecos, tuvo al menos una víctima de delito. Indica también que la tasa de víctima por cada 100 mil habitantes disminuyó en un 16.51% a 16,12%; en comparación con el año anterior (INEGI, 2020). Se estima que del 100% de la población tamaulipeca mayor de edad, el 67.1% considera la inseguridad como el problema más importante. Otros de los problemas que preocupan a los tamaulipecos en orden descendente son la salud, el desempleo, el aumento de precios, la corrupción, la pobreza, la educación, escases de agua, narcotráfico, falta de castigo a delincuentes y los desastres naturales.

El 73.8% de los encuestados se sintió más inseguro en los cajeros automáticos de la vía pública luego de mayor a menor se encuentran: la calle, la carretera, el banco, el transporte público, el mercado, el parque o centro recreativo, el automóvil, la escuela, su trabajo y al final su casa. Identifica además que la conducta delictiva o antisocial más frecuente es el consumo de alcohol en la vía pública (48.2%), seguido del consumo de drogas, los disparos frecuentes, robos o asaltos frecuentes, venta de drogas, pandillerismo o bandas violentas, invasión de predios, tomas irregulares de luz, riñas vecinales, ha habido algún homicidio (INEGI, 2020). Los diez municipios con delitos de mayor incidencia, de mayor a menor son: Reynosa, Victoria, Matamoros, Tampico, Nuevo Laredo, Altamira, Ciudad Madero, Mante,

Río Bravo y Aldama. (Fiscalía General de Justicia, 2021).

El semáforo delictivo publica los resultados del “Proyecto ciudadano por la paz de México” (Semáforo.mx, 2021).

Homicidio	Secuestro	Extorsión	Narcotráfico	Robo a vehículo	Robo a casa	Robo a Negocio	Lesiones	Violación	Violencia Familiar	Feminicidio
47 (media 58)	2 (media 4)	6 (media 11)	9 (media 17)	212 (media 268)	121 (media 169)	114 (media 121)	190 (media 200)	56 (media 43)	47 (media 58)	0 (media 1)

Figura 1. Los colores de los semáforos son con respecto de la media, verde para quienes no pasaron la media (menos delitos), amarillo ámbar para quienes están oscilando cerca de la media, y rojo para quienes excedieron la media (Fiscalía General de Justicia, 2021).

Tamaulipas cerró el año 2020 con 223 suicidios de hombres y mujeres (54 más que en el año 2019 equivalente al 31.95%, que registró 169 suicidios), en noviembre se concentró el mayor número de casos (25 suicidios). En enero se presentaron 19 decesos por suicidio, en febrero 13, en marzo 17, en abril 23, en mayo 18, en junio 23, en julio 23, en agosto 21, en septiembre 18, en octubre 16, en noviembre 25 y en diciembre 7 suicidios. Los medios más usados fueron “arma blanca, arma de fuego o ahorcamiento” (Hernández, 2021).

La pandemia ha generado una crisis sin precedentes, ante la cual las personas se sienten sin control, causando incertidumbre asociada con esta enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden agravar la salud mental de la población (Hernández Rodríguez, 2020).

Sin embargo, es necesario aislarse físicamente y mantener el distanciamiento social en medida de lo posible, porque se pueden presentar repunte, que en este año 2021 se ha presentado después de las “reuniones del 10 de mayo, mítines y aglomeraciones por cierres de campaña” (Muñoz, 2021). Los diez municipios con mayor número de contagios por SARS-CoV-2 son las que se aprecian en la siguiente tabla:

Tabla 1 Principales municipios en Tamaulipas con contagio por SARS-CoV-2

Municipio	Positivos 64455	Activos 2310	Defunciones 5565
Matamoros	10613	609	829
Victoria	10230	289	506
Tampico	10084	308	776
Reynosa	8703	203	1182
Ciudad Madero	6115	197	412
Nuevo Laredo	5474	141	765
Altamira	4820	207	302
El Mante	2268	70	233
Río Bravo	1227	25	173
Valle Hermoso	833	75	57

Nota. Estos son los estados más representativos, en los cuales se engloba el 96.63% de casos positivos a COVID-19. Consultado el 25 de Julio de 2021, recuperado de <https://coronavirus.tamaulipas.gob.mx/situacion-geografica-del-coronavirus/> (Secretaría de Salud, 2021).

## Planteamiento del Problema

El encierro, el estrés y la crisis económica que ha generado la pandemia por coronavirus podría incrementar los suicidios en nuestro país y la población más vulnerable es la más joven, considerando que el suicidio incrementó desde 2017 situándose en la segunda causa de muerte a escala nacional en personas de entre 15 y 29 años (EFE Forbes Staff, 2020). Las situaciones de estrés podrían converger en el incremento de problemas de salud mental como “síntomas de ansiedad, estrés, trastornos depresivos, consumo de alcohol y drogas e ideas y conductas suicidas. Aunado a lo anterior, la exposición a situaciones con la presencia de conductas violentas, infiere la importancia del presente estudio, toda vez que no hay datos sobre ¿Cuál es la prevalencia de la victimización y polivictimización e ideas suicidas en jóvenes matamorenses durante pandemia por COVID-19?, pregunta que se tratará de responder con el presente estudio.

## Metodología

### *Diseño de Estudio*

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo con el objetivo de conocer la victimización, polivictimización y conducta suicida de los jóvenes matamorenses durante el periodo de contingencia por COVID-19.

### *Población, Muestra y Muestreo*

La población de estudio fueron adolescentes y jóvenes matamorenses. La muestra consistió en 43 hombres y 50 mujeres dando un total de 93 participantes, utilizando un muestreo no aleatorio, intencional y por conveniencia seleccionados mediante procedimiento bola de nieve.

### *Criterios de Inclusión*

Los criterios de inclusión que se aplicaron fueron que fuesen adolescentes y jóvenes (hombres y mujeres) menores de 25 años.

### *Criterios de Exclusión*

Se excluyen todas aquellas aplicaciones en las que se desconoce la edad y el sexo del sujeto, así como aquellas aplicaciones incompletas.

### *Instrumentos*

The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), es un cuestionario exhaustivo creado por Finkelhor et al., (2005), diseñado para recopilar información sobre una amplia gama de victimizaciones en su versión en inglés contó con un total de 34 ítems; y con un alfa de Cronbach de 0.89 para su versión original. El mismo es am-



pliamente utilizado en el contexto internacional y se ha traducido y adaptado para su uso en diferentes idiomas y culturas. En el presente estudio, se utilizó la versión traducida al español y adaptada para el contexto chileno. El cuadernillo está programado para aplicarse de forma auto aplicada en un tiempo aproximado de 15 minutos. Esta versión de The Juvenile Victimization Questionnaire, consulta si el respondiente ha experimentado alguna de las formas de victimización descritas. Se puntuó 0 cuando la persona declaraba no haber sufrido esa forma específica de victimización y 1 cuando sí la había vivido” (Guerra, et al., 2018).

La puntuación total se obtiene de la sumatoria a los ítems, por tanto, varía entre 0 y 34 (a mayor puntaje, mayor es la victimización en la infancia o adolescencia); si bien no existe un puntaje de corte para determinar cuándo se está en presencia de polivictimización, habitualmente se utiliza el siguiente criterio: entre 1 y 3 episodios de victimización: victimización; entre 4 y 6: baja polivictimización; y 7 o más: alta polivictimización (Pereda et al., 2014). Estos puntos de corte fueron utilizados para el presente estudio.

Adicionalmente se incluyeron ítems para la identificación de datos sociodemográficos de los participantes, que se consideraron relevantes y que ayudaron a identificar la conducta suicida y antes y durante el confinamiento por COVID-19.

#### Procedimiento de Recolección de Datos

Debido al cierre de planteles educativos por la contingencia sanitaria por COVID-19, al momento de la recolección de datos del estudio, el instrumento se tuvo que adaptar a un formato virtual, como una encuesta elaborada en la plataforma online Google Forms y distribuida mediante redes sociales. A cada participante se le informó a través de un chat electrónico la importancia de su participación y la confidencialidad con la que se manejaría la información proporcionada, pidiendo obtuvieran consentimiento verbal de un mayor, padre o tutor para contestar la encuesta en caso de ser menor de edad. Una vez teniendo el asentimiento grupal de la población participante se procedió a mandar de manera electrónica el cuestionario para su llenado, haciendo hincapié en que podrían dejar de contestar si se sentían incómodos al responderlo en cualquier momento. El instrumento se programó para realizarse de forma auto aplicada sin límite de tiempo. La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de enero a marzo de 2021. Una vez que el participante concluyera el llenado del instrumento, se procedió al análisis de datos, exportando la información proporcionada al programa SPSS v.22 para su posterior evaluación.

### *Análisis de Datos*

Los resultados obtenidos se procesaron por el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS v.22, se utilizaron estadísticos descriptivos y correlacionales de Pearson para describir las características de la muestra, así como describir y correlacionar las variables del estudio.

### **Resultados**

Para una fácil comprensión de los resultados obtenidos, se presentan los principales hallazgos del estudio mediante gráficos de resultados. Los mismos se describen a continuación.

#### *Edad*

La edad de los encuestados oscila de 10 a 23 años, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2  
 Frecuencia de participantes con respecto de su edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10	2	2,2	2,2	2,2
12	1	1,1	1,1	3,2
13	4	4,3	4,3	7,5
14	11	11,8	11,8	19,4
15	11	11,8	11,8	31,2
16	16	17,2	17,2	48,4
17	33	35,5	35,5	83,9
18	4	4,3	4,3	88,2
20	1	1,1	1,1	89,2
22	5	5,4	5,4	94,6
23	5	5,4	5,4	100,0
Total	93	100,0	100,0	

El mayor grupo de participantes fueron menores de edad de 14 a 17 años, representando en conjunto el 73.3%.

#### *Género*

Al organizar por género los datos, podemos apreciar que las mujeres participaron en mayor proporción contestando el instrumento de investigación, en una relación donde la muestra femenina fue de 53.8% y la masculina del 41.9%.

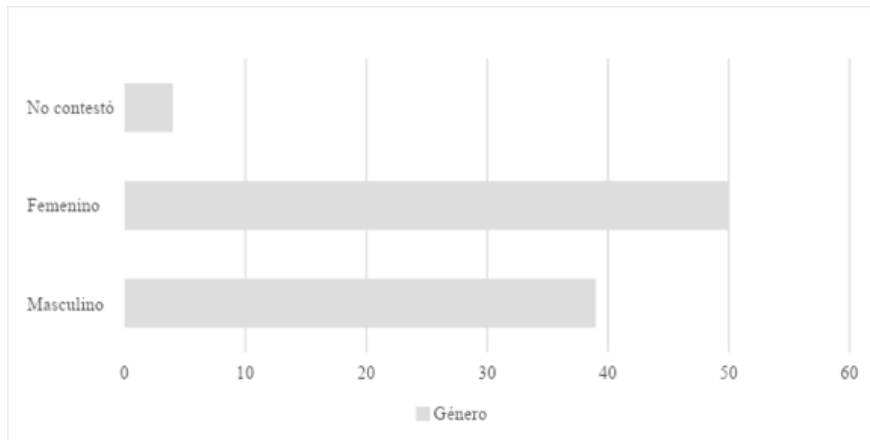


Figura 2. Género de participantes.

### Victimización

En lo referente a las victimizaciones vividas en el último año y previa a la pandemia (Tabla 3), casi dos terceras partes de los participantes reportaron un menor porcentaje de victimización con un 61.3% en comparación con años pasados, el 28% de los jóvenes reportaron una victimización igual y solo un 10.8%, la consideraron mayor.

Tabla 3  
Victimización auto reportada por los menores

¿Consideras que la violencia que has vivido en el último año es igual, mayor o menor que otras etapas de tu vida?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menor	57	61
Igual	26	28
Mayor	10	11
Total	93	100

Fuente: Resultados de la encuesta.

### *Victimización y polivictimización*

Posteriormente se analizaron los puntajes del JVQ para analizar la victimización y polivictimización en los participantes durante el último año, para lo cual se obtuvo la sumatoria a los ítems indicadores de cada una de las formas de victimización posibles en los que se puntuó 1 por cada respuesta SI en caso de que el participante hubiera experimentado la forma de victimización. Se obtuvieron puntajes entre 0 y 34 (a mayor puntaje, mayor es la victimización); si bien no existe un puntaje de corte para determinar cuándo se está en presencia de polivictimización, habitualmente se utiliza el siguiente criterio: 0 es igual a No victimizados, entre 1 y 3 episodios de victimización: victimización; entre 4 y 6: baja polivictimización; y 7 o más: alta polivictimización, (Pereda et al., 2014).

En la siguiente tabla (Tabla 4) se muestran los resultados en frecuencias y porcentajes de acuerdo con el grado de polivictimización en los adolescentes y jóvenes participantes, en donde se puede resaltar que el 39% presentaron polivictimización alta; un 32% fue ubicado en una polivictimización baja. El 20% de los sujetos señaló algún tipo de victimización, mientras que el 10% se consideran como no victimizados. Los valores descritos permiten enunciar que, entre los participantes del estudio, el 90% de estos ha presentado por lo menos un episodio de victimización.

Tabla 4  
 Prevalencias de victimización y polivictimización

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No violentados	9	10
Victimización	19	20
Baja	29	32
Alta	<b>36</b>	<b>39</b>
Total	93	100

Fuente: Resultados de la encuesta.

### *COVID-19 y conducta suicida*

En la Tabla 5 se presentan los resultados del análisis de conductas referentes al confinamiento por COVID-19, contagios e ideas suicidas. Se presentan las frecuencias globales, posteriormente se analiza la asociación con respecto al sexo, con el estadístico chi-cuadrado para una certeza del 95%. Como se puede observar un 23,7% de los participantes se han contagiado de COVID-19. Encontrando

una asociación significativa con respecto al sexo, siendo mayor la probabilidad de mantenerse en confinamiento en los hombres con un 33,3% en contraste con el 16% de las mujeres. Un 80.6% de los participantes han tenido un conocido contagiado, un 46.2% han tenido un conocido fallecido, un 80.6% se han mantenido en confinamiento y un 75,3% se han sentido tristes en este periodo, sin encontrarse asociación con respecto al sexo. En lo referente a las conductas/ideas suicidas presentadas en el último año y contemplando la situación de confinamiento debido al virus COVID-19 (Tabla 5), se reportó un menor porcentaje de ideas suicidas en comparación con años pasados. Un 45.2% de los participantes reportan pensamientos sobre la muerte durante el periodo de COVID-19, y en la misma proporción reportan haberlas tenido en otros momentos de su vida. Mientras que un 36.6% han deseado estar muertos y un 40.2% lo ha deseado en otros momentos de su vida. En la comparación por sexo de las ideas suicidas en hombres y mujeres se encontraron asociaciones significativas con respecto al sexo, siendo mayor la probabilidad de presentarlas en las mujeres en contraste con los hombres. Se encontró que un 56% de las mujeres contra un 33,3% por parte del sexo masculino, esto con referencia a ideas sobre la muerte durante el confinamiento y 48% por parte del sexo femenino sobre un 28,2% por parte del sexo masculino, esto con referente a ideas suicidas antes del confinamiento por COVID-19. Los porcentajes también se duplican en el caso de deseos de muerte tanto durante como previos al confinamiento para el caso de las mujeres.

Tabla 5  
Tasas de COVID-19, confinamiento y conducta suicida total y por sexo

	Total % Sí	Sexo		X <sup>2</sup> (p-valor)
		Mujeres (% Sí)	Hombres (% Sí)	
En el último año, ¿has sufrido algún contagio por COVID-19?	23,7	16,0	33,3	3.65 (.05)*
En el último año, ¿algún familiar cercano ha sufrido algún contagio por COVID-19?	80,6	82,0	76,9	0.35 (.55)
En el último año, ¿algún familiar o conocido ha fallecido víctima de COVID-19?	46,2	50,0	43,6	0.36 (.54)
En el último año, ¿te has mantenido en confinamiento debido al COVID-19?	80,6	78,0	82,1	0.22 (.63)
Durante el confinamiento, ¿te has sentido poco feliz o deprimido?	75,3	80,0	66,7	2.03 (.15)
Durante el confinamiento, o en el último año, ¿has tenido pensamientos sobre la muerte?	45,2	56,0	33,3	4.53 (.03)*
¿Has tenido estos pensamientos en otro momento de tu vida?	45,2	52,0	33,3	3.10 (.07)
Durante el último año, ¿has deseado estar muerto o pensado en el suicidio?	36,6	46,0	25,6	3.89 (.04)*
¿Has tenido estos pensamientos o deseos en otro momento de tu vida?	40,9	48,0	28,2	3.59 (.05)*

Fuente: Resultados de la encuesta.

## Conclusiones

Con respecto a la victimización, en la presente investigación se encontró que la percepción victimal con respecto de la violencia disminuyó durante este año de pandemia. Este resultado es insospechado, ya que los autores esperaban encontrar un aumento en la victimización reportada como producto del estrés generado por la pandemia y el confinamiento, ya que las medidas sanitarias y de confinamiento en el territorio mexicano iniciaron en 23 de marzo de 2020 con la jornada de sana distancia. No obstante, la victimización percibida fue menor en el último año para el 61% de los participantes, en contraste con solo el 10% que la consideró mayor, mientras que un 28% la consideró igual. Una explicación posible para estos resultados es que las medidas de distanciamiento social y confinamiento han propiciado que la población estuviera expuesta a un menor contacto social, limitándose su interacción con los círculos más cercanos como la familia inmediata, por lo que se eliminarían formas de victimización como las de entre pares o iguales, en los contextos escolares y la violencia comunitaria.

Matamoros ha sido de los municipios más afectados por contagios de SARS-CoV-2, oscilando en algunas ocasiones con Reynosa, Victoria y la zona conurbada de Tampico. El confinamiento como medida sanitaria ha sido cumplida por el 80% de los participantes del estudio, sin embargo, aunque la mayoría de los que cumplían con quedarse en casa eran hombres, fueron los que más han reportaron haber sufrido algún contagio (23.7%) por COVID-19.

El confinamiento llevó presentar modificaciones en las actividades habituales y en la conducta que pudieran influir en la violencia vivida, la idea y conducta suicida. Como se ha mencionado, existe diferencia entre la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio que se llega a consumir. En este trabajo encontramos datos sobre ideación suicida que al contrastarla con los suicidios consumados nos permite observar que, aunque son los hombres jóvenes y solteros los que realizan en mayor proporción el suicidio (datos y cifras oficiales de suicidio en el estado), en el presente estudio se encontró que son las mujeres las que presentan una mayor ideación suicida y pensamientos recurrentes relacionadas con la muerte. Debe prestarse especial atención en nuestros adolescentes y jóvenes, ya que de los 93 participantes en la encuesta el 75.3% de los encuestados se ha sentido poco feliz o deprimido, y el 36.6% ha deseado estar muerto o pensado en el suicidio durante el confinamiento o el último año. En el mismo plazo o durante el último año el 45.2% ha tenido pensamientos sobre la muerte y el 40.9% han tenido estos pensamientos sobre la muerte en otro momento de su vida. Al analizar por sexos, se encontraron diferencias significativas, siendo mayor la probabilidad de ideación suicida en mujeres, en varios de los indicadores.

Como padres, familiares, amigos o cuidadores, se debe entender que están en una etapa vulnerable, y que se debe escuchar lo que expresa con palabras y con su conducta, estando atentos a las amenazas o conductas relacionadas con suicidio, para no permitir que la depresión o la ansiedad aumente sin control, y de ser necesario buscar ayuda profesional de inmediato.

## Referencias

Almanza Avendaño, A. M., Gómez San Luis, A. H., & Gurrola Peña, G. M. (2018). Victimización, resiliencia y salud mental de estudiantes de universidad en Tamaulipas, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 345-360. doi:<https://doi.org/10.11600/1692715x.16121>

Campo Ariasa, A., Sanabria, A. R., Ospino, A., Guerra, V. M., & Caamaño, B. H. (Septiembre de 2017). Polivictimización por el conflicto armado y sufrimiento emocional en el Departamento del Magdalena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 147-153. doi:DOI: 10.1016/j.rcp.2016.06.005

Carrascosa, L., Cava, M. J., & Buelga, S. (Julio de 2016). Ajuste psicosocial en adolescentes víctimas frecuentes y víctimas ocasionales de violencia de pareja. *Terapia psicológica*, 93-102. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200002>

Carvajal Zambrano, E., González Loo, E., & Quiñones Gorgollón, D. (Julio de 2014). "Discursos asociados a la polivictimización desde profesionales. Tesis de Trabajo Social para optar al Título de Trabajadoras Sociales y grado académico de. Chile. Obtenido de [http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2919/a111069\\_Carvajal\\_E\\_Discursos%20asociados%20a%20la%20polivictimiza\\_2014\\_Tesis.pdf?sequence=1](http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2919/a111069_Carvajal_E_Discursos%20asociados%20a%20la%20polivictimiza_2014_Tesis.pdf?sequence=1)

Castellvi Obiols, P., & Piqueras Rodríguez, J. A. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de estudios de juventud*, 45-59. Obtenido de [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el\\_suicidio\\_en\\_la\\_adolescencia\\_un\\_problema\\_de\\_salud\\_publica\\_que\\_se\\_puede\\_y\\_debe\\_prevenir.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf)

CdE UNODC. (04 de Diciembre de 2020). Tendencias del suicidio en México: una mirada desde las estadísticas de mortalidad. Obtenido de <https://cdeunodc.wordpress.com/2020/12/04/tendencias-del-suicidio-en-mexico-una-mirada-desde-las-estadisticas-de-mortalidad/>

Comello, N., & Gual, S. (2018). Repositorio de Tesis de la Universidad Nacional de Córdoba. Obtenido de *Micromachismos: una experiencia transmedia. Proyecto de documental interactivo transmedia.*: <https://1library.co/document/yr2xmj7z-micromachismos-experiencia-transmedia-proyecto-documental-interactivo-transmedia.html>

EFE Forbes Staff. (Septiembre de 2020). Pandemia incrementaría hasta 20% el suicidio en México, estiman analistas. *Forbes México*. Obtenido de <https://www.>



forbes.com.mx/mundo-pandemia-incrementaria-20-suicidio-en-mexico-analistas/  
Fiscalía General de Justicia. (Julio de 2021). Incidencia Delictiva Junio 2021. Obtenido de Fiscalía General de Justicia del Estado de Tamaulipas: <https://www.fgjtam.gob.mx/incidencia-delictiva-2020/>

Frías, S. M. (Julio-Septiembre de 2016). Polivictimización en mujeres mexicanas adultas mayores. *Revista Mexicana de Sociología*, 78(3), 343-374. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v78n3/0188-2503-rms-78-03-00343.pdf>

Gobierno del Estado de Tamaulipas. (18 de Junio de 2021). Sobre el Estado de Tamaulipas. Presentación. Obtenido de Oficinas del Gobernador, Dirección de Fomento Cívico: <https://www.tamaulipas.gob.mx/estado/presentacion/>

González López, G., Souto Bayarri, M., & Llamazares Trigo, G. (27 de Septiembre de 2020). Suicidio en pandemia. *Redacción Médica*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.com/opinion/gaspar-llamazares-gema-gonzalez-y-migu-el-souto--1989/suicidio-en-pandemia-5969>

Guerra, C., Inostroza, R., Villegas, J., Villalobos, L., & Pinto Cortez, C. (2017). Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y la autoeficacia. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-10. doi:10.5354/0719-0581.2017.47951

Hernández Rodríguez, J. (Julio-Septiembre de 2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578)

INEGI. (2018). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. (Datos nacionales). Comunicado de prensa núm. 410/18 (pág. 8). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Na1.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Na1.pdf)

INEGI. (08 de Septiembre de 2020). Datos sobre defunciones ocurridas en 2018. Obtenido de Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa núm. 422/20: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020\\_Na1.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Na1.pdf)

INEGI. (10 de Diciembre de 2020). Encuesta Nacional de Victimización (ENVIPE) 2020. Obtenido de Principales Resultados Tamaulipas: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2020/doc/envipe2020\\_tamps.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2020/doc/envipe2020_tamps.pdf)

INEGI. (16 de Marzo de 2021). Censo de Población y Vivienda 2020. Obtenido de

<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>  
INEGI. (16 de Marzo de 2021). Presentación de Resultados: Tamaulipas. Obtenido de Censo de Población y Vivienda 2020: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020\\_pres\\_res\\_ta\\_mps.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_ta_mps.pdf)

Jiménez Molina, Á., Duarte, F., & Martínez, V. (29 de Enero de 2021). Suicidios durante la pandemia: ¿por qué bajan y qué podemos esperar para adelante? Obtenido de Ciper Académico: <https://www.ciperchile.cl/2021/01/29/suicidios-durante-la-pandemia-por-que-bajan-y-que-podemos-esperar-para-adelante/>

Martínez Manotas, M. D., Ucros Brito, M., & Vanegas Sprockel, B. X. (16 de Diciembre de 2015). Revista Tesis Psicológica. Obtenido de Impacto de experiencias traumáticas sobre el desarrollo cognitivo, emocional y familiar en niños y adolescentes víctimas de violencia. : <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139050020012.pdf>

Mossakowski, K. N. (2015). Antecedentes familiares desfavorecidos y depresión entre los adultos jóvenes en los Estados Unidos: los roles del estrés crónico y la autoestima. *Stress and health (Estrés y salud)*, 31(1), 52-62. doi:<https://doi.org/10.1002/smi.2526>

Muñoz, O. (18 de Junio de 2021). Los efectos a largo plazo de casos COVID, comenzamos desde semana santa, reuniones del 10 de Mayo y para rematar mitines y aglomeraciones por cierres de campaña. Publicación de facebook. Reynosa, Tamaulipas, México. Obtenido de [https://www.facebook.com/photo/?fbid=10222797342795918&set=a.1020042176830\\_0540](https://www.facebook.com/photo/?fbid=10222797342795918&set=a.1020042176830_0540)

Organización Mundial de la Salud. (Junio de 2021). Cuidar nuestra salud mental. Obtenido de Campañas mundiales de salud pública de la OMS: [https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=Cj0KCQjwxdSHBhCdARIsAG6zhI\\_XXFUzE-kpFM7NaocmmMZSW3lyMimNj1jd3vprZsUBLJOzPplcpx3caAn7cEAL\\_w\\_cB](https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=Cj0KCQjwxdSHBhCdARIsAG6zhI_XXFUzE-kpFM7NaocmmMZSW3lyMimNj1jd3vprZsUBLJOzPplcpx3caAn7cEAL_w_cB)

Organización Mundial de la Salud. (Junio de 2021). Suicidio. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (10 de Septiembre de 2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. Obtenido de Últimas noticias. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>

Organización Panamericana de la Salud. (18 de Junio de 2020). Prevención de la violencia. Obtenido de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>

Organización Panamericana de la Salud. (Mayo de 2021). Prevención del suicidio. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Orozco Ramírez, L. A., Ybarra Sagarduy, J. L., Romero Reyes, D., & Esparza del Villar, O. A. (2020). Victimización directa e indirecta y síntomas de estrés postraumático en estudiantes universitarios del Noreste de México. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 301-310. doi:<http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.14>

Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2014). Victimización y polvictimización de niños y jóvenes españoles: resultados de una muestra comunitaria. *Abuso y negligencia infantil*, 38(4), 640-649. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.019>

Pinto Cortez, C., & Venegas Sanhueza, K. (2015). Experiencias de Victimización y Polivictimización en Jóvenes Chilenos. *Señales*, 9(14), 5-25. Obtenido de [https://www.sename.cl/wsename/otros/senales\\_2016/senales\\_14\\_pag-05\\_art1.pdf](https://www.sename.cl/wsename/otros/senales_2016/senales_14_pag-05_art1.pdf)

Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (03 de Julio de 2020). Mortalidad por suicidio y COVID-19: ¿una tormenta perfecta? Obtenido de IntraMed: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95948>

Rendón Cárdenas, A. E. (2015). Victimización juvenil y prevención. *Revista de Trabajo Social UNAM*, 49-59. Obtenido de [www.revista.unam.mx/index.php/ents/article/download/56281/50028](http://www.revista.unam.mx/index.php/ents/article/download/56281/50028)

Sahuanay Siu, S. S. (2018). Repositorio de Tesis de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería. Obtenido de Calidad de vida y autorregulación afectiva emocional de los adolescentes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui, Arequipa, 2017: <https://1library.co/document/qv1x1p0y-autorregulacion-emocional-adolescentes-institucion-educativa-zamacola-jauregui-arequipa.html>

Secretaría de Gobernación. (2017). Ninguna niña, ningún niño o joven debe sufrir violencia en nuestro país. Discurso del CNS, durante 1ra. Sesión Ordinaria de la Comisión para Poner Fin a toda Forma de Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes. México: Gobiernode México. Obtenido de <https://www.gob.mx/segob/prensa/discurso-del-cns-durante-1ra-sesion-ordinaria-de-la-comision-para-poner-fin-a-toda-forma-de-violencia-contra-ninas-ninos-y-adolescentes?idiom=es>

## MX

Secretaría de Salud. (25 de Julio de 2021). Situación geográfica del coronavirus. Obtenido de Gobierno del Estado de Tamaulipas: <https://coronavirus.tamaulipas.gob.mx/situacion-geografica-del-coronavirus/>

Semaforo.mx. (Julio de 2021). Semáforo delictivo en México, Junio 2021. Obtenido de <http://www.semaforo.com.mx/>

Suárez Soto, E., Pereda, N., & Codina, M. (Abril de 2020). Polivictimización, resiliencia y conductas suicidas en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil en Cataluña. *Revista semestral de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*(35). Obtenido de <https://www.fundacioorienta.com/es/producto/polivictimizacion-resiliencia-y-conductas-suicidas-en-adolescentes-atendidos-por-el-sistema-de-proteccion-y-justicia-juvenil-en-cataluna/>

Ticona Bustamante, Y. M. (2019). Repositorio de Tesis de la Universidad Ricardo Palma. Obtenido de Sexismo y pensamientos distorsionados sobre la mujer y el uso de la violencia en estudiantes de secundaria: <https://1library.co/document/qo5mk2ky-sexismo-pensamientos-distorsionados-mujer-uso-violencia-estudiantes-secundaria.html>

Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, J. (2017). Efectos de la polivictimización en el apoyo social, el autoconcepto y la angustia psicológica de los adolescentes. *Revista de violencia interpersonal*, 32(5), 755–780. doi:<https://doi.org/10.1177/0886260515586376>

UNICEF. (2017). Suicidio. Obtenido de UNICEF para cada Infancia. Argentina: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

Vicente Rodrigo, J. L. (08 de Noviembre de 2017). Memoria y trauma. Obtenido de El trauma sostenido infantil y la polivictimización: <https://memoriaytrauma.com/el-trauma-sostenido-infantil-y-la-polivictimizacion/>

**NOTAS DE INVESTIGACIÓN /  
RESEARCH NOTES**



## El costo de comer bien en México

Miguel Calderón Chelius<sup>1</sup>  
Lizbeth Díaz Cruz<sup>2</sup>

En México, poner el bienestar como centro de toda discusión política, económica y social es indispensable. Históricamente, las experiencias en la construcción de canastas han sido imprescindibles para la determinación de los umbrales de satisfacción de las necesidades alimentarias, utilizadas para la medición de la pobreza (Calderón, 2013). Sin embargo, no todas ellas han considerado una satisfacción adecuada de las necesidades específicas de la población mexicana.

Es por ello por lo que, ante la urgencia de la elaboración de canastas desde un enfoque normativo y de bienestar, que pongan en el centro el respeto a los derechos humanos de la población mexicana, el Observatorio de Salarios de la Universidad Iberoamericana Puebla, presentó su Informe “El Costo de Comer Bien en México: Canasta Integral Normativa Alimentaria (CINA)” (Calderón y Díaz, 2021). En esta propuesta metodológica, los mínimos de bienestar tienen como parámetro normativo cumplir adecuadamente con el Derecho Humano a la Alimentación. En este texto se presentarán, de forma sintetizada, algunos de los principales resultados de dicho informe, en el cual, se presentó el cálculo de la CINA para la Ciudad de México y las Zonas Metropolitanas de Guadalajara, Monterrey, Puebla y Saltillo.

Para empezar, se encuentra como antecedente que la (CNA-DF) (Evalúa DF, 2011), innovó modificando la estructura tradicional con la que se elaboran las canastas alimentarias, al buscar establecer la canasta a partir de una dieta nutritiva, sana, adecuada, culturalmente aceptada, variada, con normas de higiene apropiadas, y, además, sabrosa. En su elaboración, se consideraron las normas nutricionales, la disponibilidad de alimentos y la cultura culinaria. Para los costos de los alimentos se toman en cuenta costos reales en puntos de venta minoristas de uso frecuente a partir de la información de la Procuraduría Federal del Consumidor, esto se mantiene en la CINA (PROFECO, 2021)

A su vez, esta metodología, buscó enfrentar dos aspectos problemáticos para la medición de pobreza: el primero, se refiere al uso de un sólo estrato de referencia,

<sup>1</sup>Profesor e investigador en la Universidad Iberoamericana Puebla. Coordinador del Observatorio de Salarios. Correo electrónico: miguel.calderon.chelius@iberopuebla.mx

<sup>2</sup>Estudiante de la licenciatura en Relaciones Internacionales en la Universidad Iberoamericana Puebla. Miembro del Observatorio de Salarios. Correo electrónico: lizbeth.diaz@iberopuebla.mx

en el que se toma como patrón para la estructura de la canasta los consumos observados en grupos de la población que se encuentran en condiciones de pobreza, cuya alimentación es deficiente, dado que incluye alimentos de alta densidad energética y baja calidad nutricional (como los refrescos y bebidas azucaradas), es poco variada y refleja hábitos adaptativos a las condiciones de carencia, constituyendo tradicionalmente *canastas pobres para pobres*. El segundo problema, se refiere al uso de grandes promedios en la conformación de las canastas, pues normalmente son estructuradas para el hogar promedio. Pero la composición de las familias mexicanas se ha vuelto muy compleja ya que las familias promedio reflejan cada vez menos a las familias reales. Su estructura demográfica es muy variada en edades, número de integrantes y sexo.

Ante esto, la CINA obtenida en el Observatorio de Salarios (2021) hace dos cosas: genera una canasta considerando una dieta adecuada y de bienestar acorde al Derecho Humano a la Alimentación y calcula canastas individualizadas por sexo, edad, condiciones de actividad y embarazo haciendo posible el cálculo de la canasta y su costo para cualquier hogar observado.

De esta manera, la CINA toma como punto de partida la CNA-DF (Evalúa DF, 2012) y actualiza a precios anuales del costo de:

- Los alimentos que constituyen la canasta alimentaria
- Costo de los condimentos
- Costo del agua potable
- Costo del consumo para miembros que trabajan o estudian fuera del hogar
- Costo por condición de embarazo

De igual manera, corrige aspectos en su conformación, añade una lista de alimentos equivalentes y la especificación nutrimental de alimentos genéricos.

Para obtener el costo adicional por condimentos, se hizo un análisis del consumo a partir de la ENIGH 2008 y se siguió la metodología establecida por Evalúa-DF (2012). La CINA actualiza los costos con base en dicho análisis. Dadas las cantidades tan pequeñas de compra y su carácter ocasional, no fue posible establecer un costo a nivel individual por lo que se calculó un costo por hogar. Este costo adicional se considera en todas las canastas de 4 años en adelante.

Respecto al costo adicional por agua potable, se optó por considerar la satisfac-



ción por medio de garrafones de agua que se adquieren en el comercio, reconociendo que no es una opción ideal, pues las zonas pobres tienen menor cobertura de la red de agua potable y un funcionamiento inadecuado con un líquido no potable. El costo del agua está determinado, por lo tanto, por el costo de un mililitro de agua de garrafón y es multiplicado por el consumo necesario para cada grupo de edad. Con excepción de la canasta 0, el contenido de las canastas debe ser complementado con agua potable para satisfacer las necesidades de consumo de los individuos de referencia. Estos consumos varían entre 651 a 2473 ml diarios. Además, se consideró el costo del garrafón con una vida útil de 3 años.

Para el cálculo del costo adicional por consumo fuera del hogar, sólo se considera normativo el tiempo de la comida del mediodía, cinco días a la semana. El resto de los tiempos de comida no se consideraron necesarios. Así mismo, sólo se considera para quienes tienen que trabajar fuera de casa y los estudiantes de preparatoria y de universidad. Dado que los estudiantes de preparatoria y universidad pueden trasladarse fuera de sus instituciones para comer, se tomó como referencia el mismo costo de los alimentos de quienes trabajan fuera del hogar. Para obtener el cálculo del costo diario por consumo de alimentos fuera del hogar se tomó el costo adicional de comer fuera de casa de cinco días y se dividió entre los siete días de la semana. Adicionalmente, se consideró una comida fuera del hogar a la semana (o en su caso la compra de alimentos preparados para consumir en el hogar) para todos los miembros de 4 años en adelante.

Por otro lado, la CINA introduce como novedad metodológica los costos de preparación, consumo y conservación de los alimentos. Las canastas tradicionales consideran el costo de los alimentos crudos, ignorando los costos de preparación, consumo y conservación, que van desde un plato hasta un refrigerador o estufa, o el costo energético, tanto de gas como de electricidad.

Para obtener el costo adicional, primero se definieron los costos promedio actuales de los utensilios. En el caso de artículos de uso individual, se multiplicó el costo del artículo por el número de integrantes de la familia promedio y este fue considerado el costo del artículo. Se obtuvo el costo diario de uso al dividir el costo del artículo entre los días de vida útil de mismo, obtenidos de estudios del *Observatorio de Salarios* (Reyes 2014) y de *Study of Life Expectancy* (National Association of Home Builders, 2007). Posteriormente, se sumó el costo de todos los utensilios y enseres considerados para obtener el costo diario por hogar. El costo diario por hogar se dividió entre el número de integrantes de la familia promedio para obtener el costo per cápita.

El costo per cápita de los utensilios y enseres, se agregó al del costo energético, para el cual, se determinó el consumo energético de gas (kg) y electricidad (kw/

hora) para preparar y consumir la canasta, los cuales se obtuvieron a partir de datos de la Comisión Federal de Electricidad (CFE, 2021) y Comisión Reguladora de Energía (CRE, 2021) sobre uso diario promedio y costos actuales de consumo kg/hora y kw/hora. Después, se divide el costo energético por hogar entre el número de miembros del hogar promedio con lo que se obtiene el costo per cápita de energía. De esta manera, se obtiene el costo adicional de preparación, consumo y conservación de los alimentos, que se sumará a cada canasta individual.

La CINA también introduce el costo del trabajo para la preparación y compra de alimentos, a partir del costo de tiempo estimado en estas actividades. Para obtenerlo, se consultó el precio del salario mínimo cuyo valor es de \$172.7 precios diarios para 2022 y se multiplicó por un tiempo estimado de 2 horas, obtenido de los resultados de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT, 2014), para finalmente, dividirlo entre 8 horas que conforman una jornada laboral de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo. Considerar este costo adicional en la CINA, es un paso muy importante que aporta tanto a la discusión de la determinación de los salarios mínimos, como sólo a la medición de la pobreza y de la desigualdad social dentro de la diversa población mexicana. Incluso, estos costos adicionales suman al estudio de las políticas con perspectiva de género, pues históricamente, la división sexual del trabajo ha delegado a las mujeres la responsabilidad social del trabajo doméstico sin ser remunerado.

Los resultados de la CINA actualizados al 2022 por ciudad se muestran en la siguiente tabla:

*Tabla 1. CINA 2022 Costo diario para el adulto equivalente*

	Costo de los alimentos (adulto equivalente)	Agua	Condi- mentos	Consumo fuera del hogar (Más de 4 años)	Preparación Consumo Conservación	Costo CINA	Costo del Trabajo	Costo CINA-T	Costos específicos**	
									Consumo fuera del hogar por trabajo o estudio	Embarazo
Ciudad de México	84.05	5.23	0.23	4.43	4.51	<b>98.44</b>	12.82	<b>111.27</b>	22.16	11.28
ZM Guadalajara	83.22	5.23	0.22	4.39	4.15	<b>97.21</b>	12.17	<b>109.38</b>	21.94	11.17
ZM Monterrey	84.59	5.23	0.22	4.46	4.30	<b>98.80</b>	12.21	<b>111.01</b>	22.30	11.35
ZM Puebla*	82.58	5.23	0.23	4.35	4.21	<b>96.59</b>	12.71	<b>109.30</b>	21.77	11.08
ZM Saltillo	81.46	5.23	0.22	4.29	4.50	<b>95.70</b>	12.35	<b>108.05</b>	21.47	10.93
Costo promedio	83.18	5.23	0.22	4.39	4.33	<b>97.35</b>	12.45	<b>109.80</b>	21.93	11.16

Fuente: CINA 2022.

Nota: CINA-T es Canasta Integral Normativa Alimentaria con costo Trabajo.

La CINA está prevista a actualizar su costo cada dos o tres años. Sin embargo, el panorama inflacionario actual ha impulsado la actualización a un año de su presentación, pues se busca observar el efecto inflacionario sobre niveles de vida y salarios (en particular el salario mínimo).

*Tabla 1 CINA 2022. Costo diario para el adulto equivalente CINA's comparado con un Salario Mínimo*

	Costo CINA		Costo CINA-T		Salario Mínimo		CINA's por SM		CINA's-T por SM	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
<b>Ciudad de México</b>	85.60	98.44	96.12	111.27	141.70	172.87	1.66	1.76	1.47	1.55
<b>ZM Guadalajara</b>	84.50	97.21	94.46	109.38	141.70	172.87	1.68	1.78	1.50	1.58
<b>ZM Monterrey</b>	88.39	98.80	98.41	111.01	141.70	172.87	1.60	1.75	1.44	1.56
<b>ZM Puebla*</b>	84.94	96.59	94.52	109.30	141.70	172.87	1.67	1.79	1.50	1.58
<b>ZM Saltillo</b>	85.86	95.70	95.88	108.05	141.70	172.87	1.65	1.81	1.48	1.60
<b>Costo promedio</b>	<b>85.86</b>	<b>97.35</b>	<b>95.88</b>	<b>109.80</b>	<b>141.70</b>	<b>172.87</b>	<b>1.65</b>	<b>1.78</b>	<b>1.48</b>	<b>1.57</b>

Fuente: CINA 2022

Nota: CINA-T es Canasta Integral Normativa Alimentaria con costo Trabajo.

A modo de conclusión, es importante seguir promoviendo la elaboración de canastas desde un enfoque normativo y de bienestar, que pongan en el centro el respeto a los derechos humanos de la población mexicana. La CINA propuesta por el Observatorio de Salarios, es una metodología innovadora que puede ayudar a estudiosos y tomadores de decisiones respecto a la situación alimentaria, no sólo para las cuatro ciudades más grandes del país, sino que este ejercicio puede ser replicado para beneficio de toda la población mexicana. Actualmente, algunos de los pendientes de la CINA en los que se están trabajando para futuras actualizaciones son: establecer canastas para todos los estados, construir canastas rurales y comunitarias y construir una CINA sustentable.

## Referencias

Calderón M. y Díaz L. *Informe 2021 del Observatorio de Salarios de la Universidad Iberoamericana Puebla: El costo de comer adecuadamente en México. Canasta Integral Normativa Alimentaria (CINA)*. Ibero Puebla.

Calderón, M. (2013). *Metodología para la construcción de la canasta alimentaria desde la perspectiva del derecho humano a la alimentación: los casos de México y El Salvador*. México: CEPAL

Comisión Federal de Electricidad. (2021). Tarifas. [https://app.cfe.mx/Aplicaciones/CCFE/Tarifas/Tarifas/Tarifas\\_casa.asp?Tarifa=DAC2003&anio=2013](https://app.cfe.mx/Aplicaciones/CCFE/Tarifas/Tarifas/Tarifas_casa.asp?Tarifa=DAC2003&anio=2013) Consultado en abril 2021.

Comisión Reguladora de Energía. (2021). Consulta de precios vigentes de gas LP mediante planta de distribución reportados por los permisionarios. <https://www.cre.gob.mx/ConsultaPrecios/GasLP/PlantaDistribucion.html?idiom=es> Consultado en abril 2021.

ENIGH (2018). *Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares*. México: INEGI.

ENUT (2014). *Encuesta Nacional del Uso del Tiempo*. México: INEGI.

Evalúa DF. (2012). *Canasta Normativa Alimentaria*. México: Evalúa DF.

National Association of Home Builders. (2007). *Study of Life Expectancy of Home Components*. Nueva York: Bank of America.

Procuraduría Federal del Consumidor (2021). *Quién es quién en los precios*. Sitio web <https://www.profeco.gob.mx/precios/canasta/default.aspx> Consultado en abril 2021.

Reyes M. (2014). *Informe 2014 del Observatorio de Salarios de la Universidad Iberoamericana Puebla*. México: Observatorio de Salarios. Ibero Puebla.

**NORMAS DE PRESENTACIÓN DE  
ARTÍCULOS / GUIDELINES FOR  
CONTRIBUTORS**



## **Normas de presentación de colaboraciones para la revista 'Perspectivas Sociales/ Social Perspectives'**

*Perspectivas Sociales/ Social Perspectives* es una revista publicada desde 1991 que invita a trabajadores sociales y científicos sociales a someter manuscritos para ser editados. La revista, impresa de forma semestral, constituye un proyecto interinstitucional coordinado por la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Buscamos artículos que se enfocan en temas científico-sociales acerca de las condiciones sociales que se viven en cada región; así como tópicos de importancia para la práctica del trabajo social que refieren a los individuos, familias y comunidades. Se da una especial bienvenida a trabajos que analizan prácticas innovadoras, presentan resultados de estudios empíricos y que revisan críticamente políticas y programas de desarrollo social. Se alienta asimismo a trabajos interdisciplinarios e internacionales.

Los artículos deben ajustarse a las siguientes normas de presentación de originales:

1. Los documentos deberán ser versiones definitivas e inéditas.
2. Los autores deben de ingresar a la dirección electrónica de la revista (<http://perspectivassociales.uanl.mx>), registrarse como usuarios, y subir el artículo en formato Microsoft Word. Cualquier duda acerca del procedimiento pueden escribir a [perspectivas.sociales@uanl.mx](mailto:perspectivas.sociales@uanl.mx)
3. Las colaboraciones serán evaluadas por la dirección de la revista para verificar que se ajusten a las presentes normas. De ser así, serán enviadas a dos dictaminadores miembros del Comité Editorial y del Comité Científico de la revista, cuyo arbitraje favorable es requisito indispensable para la publicación del trabajo.
4. Los artículos se publican en inglés o español con un resumen en ambos idiomas. Los manuscritos deben tener como extensión mínima 10 páginas y máximo 30, en fuente Times New Roman, interlineado de 1.5, sin macros ni viñetas de adorno, sin hacer énfasis con fuentes tipográficas, y utilizando cursivas sólo para voces extrañas.

5. El manuscrito típico tiene alrededor de 20 páginas incluidas el resumen (300-350 palabras) y la bibliografía.
6. Los artículos iniciarán con un resumen redactado en idioma inglés y español (300-350 palabras) e incluirán cinco palabras clave, también en ambos idiomas.
7. Las citas textuales se consignarán entre comillas, no mediante cursivas. Cuando se trate de citas breves, se mantendrán dentro del párrafo en que se produzca la referencia; si la cita rebasa las cuatro líneas, se colocará a bando, con márgenes más amplios, a un espacio y sin entrecomillado.
8. La bibliografía irá al final del artículo en este orden: autor (apellidos, nombre) año (entre paréntesis), punto, obra (en cursiva), punto, lugar de edición, dos puntos y editorial.

Ejemplos.

a) Libros

Bauman, Zygmunt (2002). *La ambivalencia de la modernidad y otras conversaciones*. Barcelona: Paidós.

Adelantado, José, José Antonio Noguera y Xavier Rambla (2000). "El marco de análisis: las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales". En José Adelantado (coord.). *Cambios en el Estado de Bienestar*. Barcelona: Editorial Icaria, pp. 23-60.

b) Revistas:

Boltvinik, Julio (octubre 2001). "Opciones metodológicas para medir la pobreza en México". *Revista Comercio Exterior*, vol. 51, núm. 10, pp. 869-878.

c) Sitios de Internet:

Cámara Nacional de la Industria Tequilera (2004). *Informe de la Cámara Nacional de la Industria Tequilera sobre su comportamiento durante el año de 2005*. México. Disponible en: <http://www.camaratequilera.com.mx/> (Recuperado el 19/02/07).



9. Respetando el estilo de cada escritor, sugerimos redactar los textos a través de construcciones sintácticas sencillas, párrafos preferentemente breves y articulación entre profundidad teórica, rigor científico y claridad expositiva.
10. Una vez emitidas las evaluaciones de los árbitros consultados, se comunicará al autor los resultados del dictamen en cualquiera de los términos siguientes: se publica, no se publica o se publica con las recomendaciones o modificaciones que se consideraron pertinentes.
11. Los artículos publicados en *Social Perspectives/Perspectivas Sociales* serán difundidos y distribuidos por todos los medios impresos y/o electrónicos que el Comité Editorial de la revista juzgue convenientes.

