



ESCENARIOS

DES CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Codependencia en Mujeres



•El Trabajador Social en el Equipo de Salud Mental

•El Cuidado Femenino en la Vejez: Un Asunto de Violencia Social y de Género

•Violencia Intrafamiliar en Adolescentes de Secundarias Técnicas. Municipio de Durango

1ª Edición. Año 1

ISSN en trámite

CONTENIDO

EDITORIAL	4
 El Trabajador Social en el Equipo de Salud Mental Dra. María Guadalupe Salas Medina Dra. María Concepción Arroyo Rueda	 5
 Violencia y Adolescencia: Una Experiencia de Investigación - Intervención M. C. Cynthia Emilia Piña Puchi M. C. María del Carmen Orrante Reyes M. C. Ana Lilia Flores Ruiz	 13
 Violencia Intrafamiliar en Adolescentes de Secundarias Técnicas. Municipio de Durango M. C. Beatriz Aguilar Salazar M. T. F. Lorena Fabiola Martínez Zertuche M. C. Cecilia Mayagoitia López	 19
 El Cuidado Femenino en la Vejez: Un Asunto de Violencia Social y de Género Dra. María Concepción Arroyo Rueda M. C. Cecilia Mayagoitia López Dra. María Guadalupe Salas Medina	 26
 Codependencia en Mujeres L. T. S. Ana Rosa Rodríguez Durán M. O. E. Ana María Álvarez del Castillo González M. T. F. Lorena Fabiola Martínez Zertuche M. T. F. Ana Elda Garay Burciaga	 40
 El Procedimiento de Solución de Conflictos de Seguridad Social, ante las Juntas de Conciliación y Arbitraje en México Dr. Manuel Jiménez López	 50
 NORMAS DE PUBLICACIÓN	 56

DIRECTORIO

Lic. Luis Tomás Castro Hidalgo
Rector

Ing. Vicente Reyes Espino
Secretario General

Dr. Gerardo Ignacio Gómez Romero
Director General de Administración

M. O. E. Ana María Álvarez del Castillo González
Directora de la Facultad de Trabajo Social

Lic. Jesús Tovar Domínguez
Encargado de la Dirección de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Lic. Gerardo Salvador Corral
Director del Instituto de Investigaciones Sociales

Dra. Velia Patricia Barragán Cisneros
Directora del Instituto de Investigaciones Jurídicas

M. A. Ma. Katherine Grace Howard
Directora del CUAAL

Dr. José de la Cruz Pacheco Rojas
Director del Instituto de Investigaciones Históricas

Coordinador Editorial

M. A. P. Yeshica B. Rodríguez M.

Consejo Editorial

M. A. P. Yeshica Beatriz Rodríguez Maya

Facultad de Trabajo Social

Dr. Damián Islas Mondragón

Instituto de Investigaciones Sociales

M. M. E. Carlos Sergio Quiñones Tinoco

Instituto de Investigaciones Jurídicas

M. C. María del Carmen Reyes Fierro

CUAAL

Dr. Manuel Jiménez López

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Dr. Luis M. Martínez Hernández

Universidad Pedagógica de Durango

Corrección de Estilo

Dr. Luis M. Martínez Hernández

Mtra. Paula Elvira Ceceñas Torrero

Mtra. Verónica Hernández Ontiveros

Diseño Gráfico

L. D. G. P. Susana Ramírez Osorio

La revista electrónica ESCENARIOS surge de la necesidad de tener un medio de Difusión y de Investigación que de respuesta al esfuerzo e interés de las Unidades Académicas de la Universidad Juárez del Estado de Durango que integran las DES (Dependencias de Educación Superior) de Sociales y Humanidades.

En este primer número ante el clima social que se percibe actualmente y que de una u otra forma se relacionan con la violencia, se presentan una serie de artículos que se consideran son de importancia para los estudiantes y docentes de nuestra Universidad.

La violencia es un fenómeno multidimensional, el cual es abordado desde diferentes enfoques y disciplinas que obligatoriamente invitan a una reflexión, pero sobre todo, a su intervención profesional. La violencia estructural que vive el mundo es producto de las circunstancias sociales de este nuevo orden global. Es decir, la violencia es un tema multicausal que estimula a los investigadores sociales sumarse desde su especificidad a atenuarla o erradicarla.

Por eso, tocamos la violencia desde el ámbito de nuestras intervenciones profesionales para contribuir de alguna manera a su análisis y resultados, a través del abordaje teórico e investigativo. Consideramos que no podemos vivir en una época de violencia y acostumbrarnos a ello; las nuevas generaciones de ciudadanos globales merecen desarrollarse en un entorno más sano.

Por último, presentamos también en este número un artículo titulado “El Procedimiento de Solución de Conflictos de Seguridad Social, ante las Juntas de Conciliación y Arbitraje, en México”.

Cada uno de los artículos que se presentan en esta Revista Electrónica ESCENARIOS pretende apoyar de una manera general a esa gama de conocimientos, y a su vez, que estos artículos despierten la inquietud de buscar con mayor profundidad sobre el tema.

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

María Guadalupe Salas Medina. msalasmedina@yahoo.com.mx

María Concepción Arroyo Rueda.

Docentes de tiempo completo de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Juárez del Estado de Durango. Trabajadoras Sociales Psiquiátricas, Terapeutas Familiares con Doctorado en Educación Internacional la primera, y, en Filosofía, con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social la segunda.

Resumen

El presente artículo pretende promover la reflexión en torno al papel del trabajador social y su participación en el equipo de salud mental. Su posicionamiento como especialista de lo social entre los diversos profesionales, focaliza las diferentes funciones y acciones derivadas de su especificidad profesional en los diferentes programas y niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. Apunta así mismo a resignificar el concepto de salud mental como parte de la salud en general, pero entendida la primera en su concepción amplia e integral en la que lo biológico, lo psicológico-emocional, lo social y lo espiritual tienen cabida. Trata de desmitificar la enfermedad mental y finalmente intenta incidir en el reconocimiento del otro "el loco" como un ser humano.

Palabras clave: Trabajador social, equipo de salud mental, niveles de intervención, funciones y acciones.

Abstract

This article aims to promote reflection on the social worker's role and participation in the mental health team. Its positioning as a specialist in the social among different professionals, focus the different roles and actions arising from their specific training in the different programs and levels of care: primary, secondary and tertiary education. Likewise points meanings to the concept of mental health as part of overall health, but understood the first of its broad and comprehensive concept that biological, psychological, emotional, social and spiritual are allowed. Seeks to demystify mental illness and finally to draw attention to the recognition of the other "insane" as a human being.

Keywords: Social worker, mental health team, intervention levels, functions and actions.

*"No es lo mismo ver la problemática de Juan..." que:
"Qué ver a Juan y su problemática..."*

INTRODUCCIÓN

Desde la teoría del conocimiento, lo normal y lo patológico son conceptos derivados de la perspectiva funcionalista, en la cual lo que se adapta, lo que es funcional a lo socialmente establecido es lo normal y lo patológico es sinónimo de anormalidad, de desajuste.

Por otro lado, desde la corriente positivista los hospitales psiquiátricos, son espacios físicos, "muros" cuyas representaciones sociales, generan en el imaginario social la certidumbre de que los que se encuentran allá recluidos son los enfermos... los que transitamos por las calles, los que estamos de este lado, estamos bien, poseemos salud mental.

En ese sentido, consideramos que el concepto de Hospital de Salud Mental resignifica el de hospital psiquiátrico en todos sus sentidos, en el cual la atención de las

patologías mentales son atendidas desde el siglo XIX. La reclusión en las instituciones psiquiátricas, toma la forma de aislamiento terapéutico procurando el adecuado tratamiento para su curación.

Desde la perspectiva de E. Goffman (1972), entiende a las mismas como instituciones totales haciendo referencia a "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo, comparten en su encierro un rutina diaria, administrada totalmente" pero además las instituciones totales implican control, coerción, violencia, pérdida de la individualidad y la autonomía, por lo que en éstas todos visten igual, (usan uniforme), portan o se les asigna un número, consumen los mismos alimentos, se levantan y suspenden actividades a la misma hora, las normas y reglas son rígidas; las instituciones psiquiátricas son un ejemplo de

ello, pero también lo son las cárceles y, de pronto las escuelas operan como instituciones totales, como muros de segregación, estigmatización y alienación de las personas.

La salud mental no se puede disociar de la salud en general, al respecto el gobierno de Canadá en 1988, definió la salud mental como “la capacidad del individuo, del grupo y del entorno de interactuar, el uno con el otro, en forma que promuevan el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades (cognitivas, afectivas y de relación), el logro de las metas individuales y colectivas consistentes con la justicia, el arribo y la preservación de condiciones fundamentales de igualdad” (Tenorio y Hernández, 2005:21).

Pensando justamente en ¿qué es la salud mental? se hicieron presentes dos personas significativas durante nuestra vida en el aula: el Dr. Javier Romero (de la Universidad Intercontinental) el cual abordando contenidos sobre psicopatología en la familia, expresaba la idea de que <lo que hace que las personas pierdan la salud mental es el sufrimiento>. Por su parte Rakasa Lucero, experta en constelaciones familiares hablaba de que <en el afán de controlar nuestra propia vida y la de los otros perdemos el rumbo... perdemos nuestra salud mental, porque a veces lo que nos toca vivir, “nos toca”, viene de atrás de otras generaciones y por lo mismo es incontrolable> (Lucero, 2003).

Hacemos de nosotras estas ideas, puesto que consideramos que nutren nuestra manera de entender y explicar el concepto de salud y enfermedad mental, pero además porque son muchos los retos que debe enfrentar el trabajador social en el equipo de salud mental:

1.-Hacer el trabajo con seres humanos más humano, lo cual significa que no es lo mismo por ejemplo <ver la problemática de Juan... que ver a Juan y su problemática>. Y no es lo mismo ver a Juan y su problemática en lo individual, que considerarlo en interacción con su ambiente inmediato que es la familia y otros contextos más amplios como el trabajo, la escuela, los amigos o la sociedad en su conjunto.

2.-Transitar de hacer un buen trabajo en equipo, a hacer un <gran> trabajo en equipo. Esto quiere decir un trabajo interdisciplinario, Interdisciplinariedad significa: “interacción entre dos o más disciplinas”, que da como resultado “una intercomunicación y enriquecimiento recíproco” (Jantsch, 1980:120 citado en Nieto, 2006). Entendiendo por enriquecimiento no la suma sino la transformación de los enfoques con los que se aborda la salud mental. Dicha interdisciplinariedad es indispensable para enfrentar el cada vez más incierto mundo que nos ha tocado vivir, la presencia de un comportamiento individualista de los seres humanos, aunados a complejos problemas sociales que la mayoría de las veces se miran y abordan de manera fragmentada y atomizada. O desde visiones simplificadas a lo económico, social o cultural, o específicamente atribuidas a las relaciones y condiciones de existencia familiar, es decir todos los fenómenos humanos y sociales tal como lo expresan en su trabajo sobre violencia Garay y Gezmet (2000), son resultante de un interjuego de componentes en el que básicamente interactúan:

- a. Procesos estructurales (materiales y simbólicos).
 - b. Procesos institucionales, como el escenario y las tramas donde la situación problema se expresa.
 - c. Procesos psíquicos inconclusos, deteriorados o faltantes en las historias vitales de los actores sociales involucrados.
- a) Los procesos estructurales se originan en las fuerzas y relaciones sociales y productivas y, consecuentemente, condicionan la organización de otros procesos y de las instituciones. En este sentido, implica conocer, a su vez, la “fuerza” de fenómenos como la globalización económica y cultural, los modos de producción y distribución de bienes y riquezas, los avances tecnológicos y científicos, el rol del Estado y del mercado, la estructura del empleo y del desempleo, el agotamiento de recursos naturales, las pautas culturales y sociales de la postmodernidad, etc. Es necesario

¹Notas de la clase correspondiente a la asignatura sobre Funcionamiento Anormal de la Mente. Curso Propedéutico de la Maestría en Terapia Familiar, generación 1998-2000.

su interrelación con las otras instancias (institución y sujetos) y reconstruir la trama configurada a partir de componentes de las tres instancias.

- b) Los procesos institucionales. Las instituciones en general son "formaciones sociales, culturales y psíquicas construidas en un juego de, al menos, tres instancias: la instancia de la sociedad como contexto de producción, la instancia de los sujetos como actores esenciales de la escena institucional, y la instancia institucional (propriadamente dicha) e inter-institucional, como precedentes necesarios de toda formación institucional" (Garay y Gezmet, 2000).

No se trata de meros establecimientos ni de instituciones rígidas sino de instituciones que producen cambios, transformaciones y que instituyen a la vez que son productos instituidos. En síntesis los fenómenos sociales que inciden en la salud mental deben observarse desde lo estructural a lo individual y desde lo singular y subjetivo a lo social estructural. De lo contrario, podríamos realizar análisis simples y erráticos que harían caer todo el peso sólo en la sociedad, en las instituciones o en la familia. Si partimos del análisis erróneo de las causas y procesos que los producen, también serán inadecuadas las estrategias institucionales, las políticas públicas y sociales que se implementan y en las que el trabajador social participa como un operador importante.

- c) Los procesos psíquicos refieren a procesos subjetivos (muchos de ellos inconscientes) que constituyen la personalidad de los seres humanos.

Por lo tanto, se torna necesario, por una parte, conocer aspectos de la constitución psicológica de los sujetos, y, por otra parte, es necesario establecer relaciones con las otras dimensiones ya que tanto los procesos estructurales como los procesos institucionales intervienen en la constitución de los procesos psíquicos y, particularmente, en la formación de las identidades sociales.

- 3.- Cuidar que la salud mental empiece por nuestra persona, puesto que la salud es un componente de la calidad de vida. Retomando la frase de (Átala, 1997:97) que especifica que "nadie puede dar lo que no tiene", en ese sentido quizá simplemente valga la pena preguntarse: ¿de todas las actividades que realizo en el transcurso del día, cuáles me tienen a mí como destinatario o destinataria?

La "locura" versus la salud mental ¿Y el trabajo social... dónde está que no le veo?

Carballeda, (2004) afirma que de acuerdo con el texto de M. Foucault "La historia de la locura en la época clásica", la locura, en sus inicios está conformada desde una perspectiva ética/social, desde ese aspecto, la situación de los locos, podría modificarse, solo desde una terapéutica moral, pero el origen del mal, reconocía una etiología de tipo biológico. Este juego, también marca una transformación discursiva importante en cuanto al origen de las instituciones y las prácticas dentro de la modernidad. A partir de la medicalización, el encierro deja de ser entendido como castigo y se le va a empezar a vincular con lo "terapéutico", esta idea de encierro va a ser característica de la modernidad, y va ir mucho más allá de la institución psiquiátrica, se va a introducir en la minoridad o en la cárcel (Carballeda, 2004:1), como se señaló en el apartado anterior, y es precisamente en esta nueva concepción de la intervención terapéutica donde cobra sentido la participación del trabajador social, no solo en la atención de las enfermedades psiquiátricas, sino en la promoción de la salud mental y prestando atención a los aspectos psicológicos y sociales en los que en otras épocas no se hacía énfasis.

En las concepciones actuales de la salud mental, sostenemos que hoy en día, lo que da valor y calidad a la vida es el ser, estar, hacer y pensar del ser humano con los otros, con el mundo y la vida, consigo mismo, es decir su experiencia interna, por lo que desde esta perspectiva entonces es posible reconocer las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y por que no decirlo espirituales de la salud y la enfermedad.

Está comprobado que la ansiedad, la angustia y la depresión son enfermedades de este siglo, que a pesar de que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC's) hacen que los problemas de una nación no le sean ajenos a las otras, también es innegable que éstas han irrumpido la intimidad de los hogares, y que muy a pesar de que estamos en red, (por el uso de la Internet, teléfono celular, etc.) el aislamiento y la soledad son una forma real de comunicación entre las personas hoy en día.

En ese sentido decía el Dr. Ramón de la Fuente que muchos de los pacientes que acuden

a los servicios generales de salud, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo como el nuestro, tienen problemas mentales. Por supuesto que las repercusiones de dichos problemas se extienden a la familia y en general a la comunidad, y que hablando en términos de sufrimiento individual y familiar además de las pérdidas para la colectividad, su magnitud es enorme.

La salud mental forma parte de la salud integral, prevenir los desordenes mentales, fomentar la salud mental a través de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, organizar los servicios institucionales para la prevención, el diagnóstico oportuno y la rehabilitación promoviendo la participación proactiva de la comunidad es la meta de la salud mental, en la cual el trabajador social en coparticipación con el equipo de profesionales hacen de ésta una tarea común.

Los problemas de salud mental, sobre todo en lo que se refiere a la prevención, han sido postergados e ignorados, en parte porque se le concede mayor importancia a problemas de salud considerados como urgentes, como por ejemplo el sida, cáncer, entre otros; a políticas de salud pública, en donde toman importancia los programas de vacunación y detección de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes y la hipertensión entre otras, así como a políticas económicas nacionales.

Por lo tanto, en México, hablar de prevención en el campo de la salud mental, es pensar en hacer de lo imposible lo posible. Considerando además la complejidad de los desordenes mentales, debido a su multicausalidad y multifactorialidad como lo son los factores genéticos, los relacionados con el vínculo madre-hijo desde el claustro materno y el apego en la edad temprana; otras influencias patológicas entre las cuales se encuentran la desnutrición, los traumatismos, las infecciones, las intoxicaciones, además de los efectos patógenos por falta de estímulos sensoriales y

afectivos; oportunos y apropiados, así como de las condiciones familiares, ecológicas y sociales adversas que se presentan en todas las etapas de la vida. Por todo esto no puede negarse que las experiencias vitales del niño son decisivas en su crecimiento así como en su desarrollo y tampoco puede dudarse del papel que juegan las condiciones del contexto social en la vida de muchas personas.

Conocer la prevalencia, incidencia y manifestaciones de los problemas de salud mental en nuestro medio, es una tarea esencial y prioritaria del trabajador social y del equipo de salud mental para poder imaginar, planear y operar, tanto programas como proyectos de intervención en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Entre estos desordenes de salud mental se encuentran, en una dimensión individual y familiar: las neurosis, daños orgánicos, las adicciones y sus consecuencias sociales, los conflictos intergeneracionales, las psicosis, el estrés, el descuido y abandono de los adultos mayores; en la dimensión social: la migración y sus consecuencias (para lo que se van, pero también para quienes se quedan), las nuevas formas de conformación y convivencia de las familias, la violencia desmedida, la violencia intrafamiliar, la inseguridad pública, la impunidad, la corrupción, el narcotráfico y el narcomenudeo; secuestros, extorsiones, el tráfico de menores, las adopciones simuladas, en sí violencia infantil y entre escolares en sus diversas modalidades, no se pueden dejar de lado los desastres naturales y sus repercusiones en todos los sentidos. Abordar estos problemas requiere incorporar al equipo de salud mental, a la familia y a la comunidad en su conjunto, como se mencionó en párrafos anteriores.

Además, para el conocimiento profundo de estas problemáticas la investigación se constituye en una función primordial de los trabajadores sociales, desde el diseño mismo hasta la presentación del informe y no solo como aplicadores de encuestas.

² Conferencia dictada en el marco de los festejos del XX aniversario del Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. Instituto Nacional de Psiquiatría, 1997.

¿Qué y cómo lo hacen los trabajadores sociales? ¿Es posible una práctica profesional diferente a lo asistencial?

De acuerdo con Tenorio y Hernández (2005), el trabajo social es definido como “una profesión que se ocupa del individuo inmerso en el tejido social que vive de manera simultánea diversos problemas y carencias que afectan y alteran su desarrollo personal, grupal y comunitario. Por lo mismo el trabajador social es un profesional capacitado para la atención y búsqueda de soluciones a determinados problemas de los individuos de acuerdo con determinados objetivos específicos y viables. Así, puede decirse que el objetivo del trabajo social es el bienestar humano y en esto se incluye, desde luego, la promoción de la salud mental como una forma para la realización del mismo” (Tenorio y Hernández, 2005:19).

En relación con la atención en Salud Mental coincidimos con Adrové y Flocco (2008), quienes sostienen que la misma debe ser abordada teniendo en cuenta “la singularidad de cada persona, sus necesidades, su contexto, lo que esa persona entiende de la situación que vivencia, las posibilidades de construcción de nuevas intervenciones para lo cual es necesario entender la importancia de fortalecer los vínculos fuera del ámbito institucional, recuperando los lazos socio-familiares de la persona y que el ámbito hospitalario no sea su único lugar de referencia” (Adrové y Flocco, 2008 s/p).

En el ámbito de la salud mental el trabajador social realiza tareas de tipo educativo, preventivo y de rehabilitación (Castillo y González, 1993:129), participa en los tres niveles de atención primaria de la salud: la prevención primaria que tiene como objetivo anticiparse, haciendo lo necesario, para evitar que los problemas se presenten. Prevención secundaria, cuya función primordial es intervenir para curar las enfermedades y la prevención terciaria en la que contribuye en la rehabilitación y atención de las secuelas que deja la pérdida de la salud.

Prevención Primaria

Realizar acciones y estrategias anticipadas que desarrollen mecanismos de protección para mantener la salud mental es una contribución importante del trabajador social en este nivel. Al

respecto Torres (s/a), cita como funciones y acciones importantes a realizar por el trabajador social, las siguientes:

a) ¿Cómo lo hace?

Estableciendo coordinación permanente con:

1.-El equipo de salud mental, en la realización del diagnóstico como punto de partida para planear, ejecutar y evaluar programas preventivos, a nivel individual, grupal y comunitario.

2.-Profesionales y centros hospitalarios que promueven la salud pública en general y la salud mental en lo particular.

3.-Profesores de escuelas, personal de centros de desarrollo e institutos de cultura.

b) A través de acciones como:

Campañas, pintas en bardas, concursos de grafitis, programas en radio, televisión y páginas web; eventos culturales como muestras de pintura, obras de teatro, musicales sobre temas que promuevan la salud mental.

En el caso de enfermedades de transmisión hereditaria el consejo genético juega un papel importante en la prevención, correspondiendo al trabajador social, sensibilizar, conscientizar y motivar a los involucrados para que escuchen y atiendan la voz del médico.

Creación de redes de apoyo social

Capacitación a maestros, educadores, prestadores de servicio social y voluntarios, para que adquieran la habilidad de identificar oportunamente dificultades en el aprendizaje, problemas de conducta, violencia hacia los niños y entre pares en todas sus manifestaciones, etc.

b) Dirigidos a:

Parejas, para que sean capaces de construir una relación estable y duradera; madres gestantes para que emprendan acciones básicas de autocuidado y alimentación, prevención de procesos infecciosos durante el embarazo y cuidados de los niños (Torres, s/a).

Familias, en la orientación para la crianza de los niños, a fin de que les eduquen dentro de una dependencia saludable, abran su

Niños en escuelas y adolescentes en sus centros educativos, cuyo objetivo sea que éstos asuman la responsabilidad de su salud desde esta fase de su ciclo vital, y, continúen haciéndolo a lo largo de su vida.

Jóvenes y adultos para mejorar su comprensión, así mismo que resignifiquen los problemas relacionados con la salud mental, desmitificando la enfermedad.

En síntesis en el nivel de prevención primaria la educación es una función trascendental del trabajo social en el equipo de salud mental porque busca incorporar en el pensar, sentir y actuar de las personas: principios y actitudes saludables, generando la cultura de la salud mental (Torres, s/a).

La meta es que la gente tome como propia la empresa de cuidar y fomentar su salud y participar proactivamente en esta tarea.

Prevención Secundaria

Una parte importante de la intervención del equipo de salud y el trabajador social como miembro de éste, están dirigidas a alterar o reorientar favorablemente el curso de los desordenes mentales incipientes.

Una proporción de dichos desordenes en los niños, expresan alteraciones propias de su desarrollo y son reacciones de ajuste ante situaciones que pueden ser superadas. Algunos de los problemas de salud mental en los jóvenes y en los adultos a veces son transitorios o episódicos por lo que en algunos casos es posible evitar su recurrencia.

La acción profesional del trabajador social busca incidir en la modificación de la conducta y comportamientos irracionales, producto de la inseguridad, angustia y miedos, fortaleciendo las ideas, pensamientos y sentimientos sobre sí mismos a través de la recuperación de sus recursos, fortalezas y talentos como seres humanos.

El seguimiento de casos bajo tratamiento médico es otra función importante del trabajador social en esta fase.

Al igual, la orientación familiar (continuando con dicha autora) constituye un aspecto nodal

de la intervención del profesional, porque facilita a sus integrantes la comprensión de aspectos específicos del problema de salud mental, les ayuda a identificar posibles soluciones, promueve la modificación de actitudes y la interacción familiar en pro de la recuperación la salud perdida.

La conformación de grupos de autoayuda y orientación es otra estrategia de intervención desde la especificidad del trabajo social, dichos grupos son un espacio de contención, aprendizaje, autogestión y la ayuda mutua en problemas comunes de salud mental.

Prevención Terciaria

La rehabilitación es un proceso activo mediante el cual se intenta restaurar las funciones afectadas o compensar las deficiencias ocasionadas por los trastornos mentales. Las metas del tratamiento deben ser realistas y seguirse con perseverancia para alcanzare los resultados propuestos.

Está comprobado que muchas veces los cuadros que presentan los enfermos es producto del aislamiento, el descuido, el rechazo y la exclusión. Muchas de estas personas son literalmente abandonados en los centros hospitalarios en donde la mayoría de las ocasiones apenas si se cubren sus necesidades más apremiantes y muchos de ellos podrían ser atendidos por sus familias, si a éstas se les diera la capacitación, orientación y apoyo que necesitan para cumplir con sus obligaciones que resultan muy penosas y difíciles.

El trabajo social al interior de las instituciones realiza funciones de investigación, capacitación, actualización, coordinación y difusión, vinculándose con el equipo interdisciplinario lo que permite mantener un alto nivel de calidad profesional.

Emplea estrategias de atención individualizada, grupal, familiar y comunitaria.

Acciones prioritarias en los diferentes servicios (Torres, s/a):

- I.-Consulta externa
- II.-Hospitalización
- III.-Cuidados intensivos
- IV.-Urgencias

Formación de grupos de familiares con pacientes psiquiátricos, su tarea principal es el adiestramiento en manejo del paciente y en la solución de los problemas, que como consecuencia del padecimiento la familia entra en una dinámica de ambivalencia y confrontación. El papel del trabajador social es de educador: enseña a vivir, y asesor: enseña a convivir.

Los objetivos específicos que persiguen estos grupos pueden ser:

- a) Promover la universalidad (no son los únicos en su desgracia).
- b) Aprender a manejar la culpa y distribuir la responsabilidad.
- c) Disminuir el nivel de angustia.
- d) Identificar y manejar sentimientos de hostilidad hacia el paciente.
- e) Ayudar al grupo a reconocer su responsabilidad y participación en el tratamiento de las personas.
- f) Proporcionar una clara y amplia información sobre la enfermedad de su paciente; así como el plan terapéutico a seguir.

Reflexiones Finales

1. La salud y la enfermedad son producto de un continuum y obedecen a situaciones económicas, geográficas, ecológicas, culturales, sociales y políticas; la salud mental está asociada a la salud en general, en ella influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
2. La salud mental debe ser la principal ocupación y preocupación de cada ser humano en lo particular. Bien es sabido que el modo de vida de las personas, determina las formas y causas de enfermar.
3. Existen además de los hospitales de salud mental, otras alternativas instituyentes para la atención de las enfermedades mentales como el tratamiento ambulatorio en centros de día, centros comunitarios, atención domiciliaria,

casa de medio camino, en las que el encierro como parte del tratamiento deja de ser una práctica instituida.

4. La intervención profesional del trabajador social, juega un papel importante e indispensable “codo a codo” en el equipo interdisciplinario de salud mental, va desde el diagnóstico situacional hasta la evaluación de los programas a fin de valorar la utilidad, pertinencia, impacto y adecuación de los mismos.
5. El trabajo en equipo interdisciplinario hace necesario el reconocimiento de sí mismo y el reconocimiento del otro.
6. El trabajador social en el área de la salud mental desarrolla objetivos y funciones:
 - a. A nivel de prevención de: educación, difusión e investigación.
 - b. Detección precoz y tratamiento oportuno: de educación, orientación.
 - c. Tratamiento y rehabilitación: educación, asesoría, coordinación, rehabilitación, capacitación, adiestramiento, investigación y difusión.
7. Las principales estrategias metodológicas son: atención individualizada, orientación familiar, trabajo grupal (grupos de autoayuda y orientación) y comunitario (redes de apoyo social).
8. Principales técnicas: entrevista, visita domiciliaria, grupales (motivación, sensibilización e integración).
9. Instrumentos básicos: estudio socioeconómico, estudio psicosocial, crónicas grupales, ficha clínica, notas de campo, cuestionarios, cédulas, informes de investigación y comunitarios.

*“La vida mental
da valor a la vida”*

- Adrové, I. y Flocco, M. V. (2008).** Salud Mental y Trabajo Social: ¿Cómo pensar una práctica instituyente? Cátedra de Medicina Social. Universidad de la Plata. Argentina. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/adrove_floco_medicina.pdf (Consultado el 10 de agosto de 2010).
- Castillo, Ch. y Abad, G. (1993).** Las funciones del trabajador social en los Equipos de Atención Primaria de Insalud. Cuadernos de trabajo social N° 4-5 (1991-1992). Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid. España. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/trs/02140314/articulos/CUTS9192110129A.PDF>. (Consultado el 12 de agosto de 2010).
- Carballeda, A. (2004).** Lo social y la salud mental: Algunas cuestiones preliminares. Mimeo. Universidad de la Plata. Argentina. Disponible en: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/socialsalud.pdf> (Consultado el 10 de agosto de 2010).
- Carrión, M. (2000).** Trabajo social en promoción de salud. En Para el trabajo social. Aportaciones teóricas y prácticas. Ma. José Martínez (Coordinador). Granada España. Editorial Maristán. pp. 383-420.
- Garay, L. y Gezmet, S. (2000).** Violencia en las escuelas, fracaso escolar. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. Disponible en: Comunicaciones: nboggino@arnet.com.ar. (Consultado el 10 de noviembre de 2006).
- Goffman, E. (1972).** Instituciones totales o totalitarias. En Internados. Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu.
- Lucero, R. (2003).** Constelaciones familiares. Apuntes mimeografiados. Diplomado en Constelaciones Familiares. Academia Regional de Terapia Familiar, A.C. Durango. México.
- Rage, E. J. (1997).** Ciclo vital de la pareja y la familia. México. Ed. Plaza y Valdez.
- Silva, C. (2007).** Investigar e intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer. Aportes para el debate sobre la dialéctica salud-enfermedad. Revista Herramienta N° 36. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-36/investigar-e-intervenir-en-salud-mental-tendiendo-la-desmedicalizacion-del-> (Consultado el 12 de agosto de 2010).
- Tenorio, R. y Hernández, N. (2005).** Panorama de investigación de trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). Revista de Salud Mental Vol. 28 N° 4. Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente". México. pp.18-32 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx> (Consultado el 14 de agosto de 2010).
- Torres, G. (s/a).** Conceptos de salud integral y salud mental. En La participación del Trabajador Social en la Atención Primaria a la Salud Mental. Ma. Nanut Hernández Vargas (Compiladora) (1992). División de Enseñanza, Departamento de Educación Continua. Instituto Nacional de Psiquiatría, México.
- Dirección General de Atención Socio-sanitaria y Salud. Subdirección de Salud Mental y Recursos Socio sanitarios (2007).** Organización y funcionamiento del trabajo social en la red de atención a la salud mental. Servicio Extremeño de Salud. España. Autor. Disponible en: <http://www.feafesextremadura.org/documentacion/> (Consultado el 14 de agosto de 2010).

VIOLENCIA Y ADOLESCENCIA: UNA EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN – INTERVENCIÓN

Cynthia Emilia Piña Puchi. Egresada de la Licenciatura en Trabajo Social y de la Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Trabajo Social de la UJED. Encargada de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, Actualmente realiza estudios de Doctorado en Psicoterapia.

María del Carmen Orrante Reyes. Egresada de la Licenciatura en Trabajo Social y de la Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Trabajo Social de la UJED. Encargada del programa nivelatorio de la Licenciatura en Trabajo Social modalidad virtual. Actualmente realiza estudios de Doctorado en Psicoterapia.

Ana Lilia Flores Ruiz. Egresada de la Licenciatura en Trabajo Social y de la Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Trabajo Social de la UJED. Realizó estudios de Maestría en Ciencias con Orientación a Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente realiza estudios de Doctorado en Psicoterapia.

Resumen

El propósito del presente ensayo es describir el contenido de la “Guía para prevenir, detectar y tratar la violencia en adolescentes: una orientación práctica para Trabajo Social y disciplinas afines”, documento que resultó del proyecto de investigación “Violencia Intrafamiliar en los adolescentes de secundarias técnicas del municipio de Durango”, financiado por el Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango, en la convocatoria M0006/2007/1 Fondos Mixtos.

Esta guía pretende ser un instrumento de trabajo para abordar la temática de la violencia intrafamiliar desde el centro educativo, pues consideramos que la escuela es un lugar que obliga a la convivencia de diferentes personalidades y los conflictos siempre estarán latentes, un ejemplo de ellos es la violencia entre pares, como reflejo de la agresión familiar que viven los adolescentes.

Entendemos que se trata de un problema social grave, que puede ser entendido y atendido desde distintas perspectivas teóricas, considerando como fundamento de la guía el enfoque ecológico. Además nuestro interés es brindar información sobre la violencia en adolescentes, al proponer esta guía, como una herramienta básica para prevenir, detectar, tratar y canalizar casos de violencia intrafamiliar, en los cuales los adolescentes son las principales víctimas.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar, conflictos, principales víctimas.

Abstract

The purpose of this essay is to describe the contents of the "Guide to prevent, detect and deal with violence in adolescents: a practical guide for social work and related disciplines," a document that resulted from the research project "Domestic Violence among adolescents in secondary Municipality of Durango techniques ", funded by the Council of Science and Technology of the State of Durango, in the call M0006/2007/1 Mixed Funds.

This guide is intended as a working tool for addressing the issue of domestic violence from the school, because we believe that school is a place that requires the coexistence of different personalities and conflicts will always be latent, an example is the peer violence, reflecting the relative aggression experienced by adolescents.

We understand that this is a serious social problem that can be understood and addressed from different theoretical perspectives, taking as basis to guide the ecological approach. Furthermore, our interest is to provide information on violence in adolescents, in proposing this guide as a basic tool to prevent, detect, treat and channel domestic violence cases in which teenagers are the main victims.

Keywords: domestic violence, conflict, main victims.

INTRODUCCIÓN

Hay una gran preocupación social por el aumento de comportamientos violentos en los adolescentes, que ha ido presentándose considerablemente en los últimos años y en edades más tempranas produciendo problemas difíciles de afrontar (Aguilar y cols., 2008).

La escuela es un lugar que obliga a la convivencia de diferentes personalidades y los conflictos siempre estarán latentes, un ejemplo de ellos es la violencia entre padres, como reflejo de la agresión familiar que viven los adolescentes.

Por ello la Universidad Juárez del Estado de

Durango, a través de la Facultad de Trabajo Social, realiza el proyecto de investigación e intervención “Violencia Intrafamiliar en los adolescentes de secundarias técnicas del municipio de Durango”, financiado por el Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango, en la convocatoria M0006/2007/1 Fondos Mixtos, cuyo objetivo general es detectar los factores culturales, sociales, familiares y emocionales que actúan sobre el comportamiento e impulsos de violencia en familias de adolescentes de educación media y aplicar estrategias de intervención que apoye a los adolescentes a reconocer y emplear sus recursos frente a la violencia.

Para lograr estos objetivos, se plantea identificar el perfil sociodemográfico y psicosocial – familiar de los adolescentes, prevenir con programas socioeducativos e intervenir formando grupos psicoterapéuticos. Como resultado de este proyecto se elabora la “Guía para prevenir, detectar y tratar la violencia en adolescentes: una orientación práctica para Trabajo Social y disciplinas afines”, la cual pretende ser un instrumento de trabajo para abordar la temática de la violencia intrafamiliar desde el centro educativo.

El presente ensayo, tiene como objetivo describir el contenido de esta guía, con el interés de brindar información sobre la problemática de la violencia en adolescentes, de proponerla como una herramienta básica para abordar casos de violencia intrafamiliar y de contribuir a la prevención, detección temprana y tratamiento de la violencia intrafamiliar.

Desarrollo

Las investigaciones desarrolladas en los últimos veinte años han permitido fundamentar científicamente la pertinencia de la asociación de conceptos relacionados a este tema, acercándonos a un conocimiento cada vez más preciso de fenómenos tales como el maltrato y abuso sexual a menores, la forma que adopta la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico, el maltrato de personas ancianas, y sobre todo, las consecuencias que tienen las diversas formas de maltrato y abuso sobre la salud física y psicológica del adolescente (Corsi, 2003).

Parte importante de esta guía, entonces, es dar a conocer a sus lectores y usuarios un panorama general, a través de la cual es entendida y conceptualizada la violencia intrafamiliar, pues entendemos que se trata de un problema social que puede ser abordado desde distintas perspectivas teóricas, considerándose como fundamento el modelo ecológico de Bronfenbremer (1987).

Este modelo ecológico presenta una perspectiva teórica para estudiar a la persona en desarrollo, el ambiente y la interacción entre ambos. La persona es concebida como un ser activo, una entidad creciente dinámica, que va adentrándose progresivamente y reestructurando el medio en que vive. De ahí que el ser humano solo puede ser entendido si además de las características individuales, se tienen en cuenta las del ambiente en que se desarrolla (Monzón, 2003).

Los ambientes o contextos que afectan a las personas no se analizan en forma lineal, sino en términos de sistemas, mismos que son dinámicos, pueden modificar y expandirse. Los individuos y el entorno se influyen adaptan y ajustan mutuamente, conocido esto como el esquema del determinismo recíproco. La reciprocidad en los sistemas significa que un cambio en cualquier punto del esquema ecológico puede afectar al resto y generar nuevos cambios que influirán de nuevo en el punto inicial (op. Cit).

El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras concéntricas, cada una de las cuales está incluida dentro de la figura 1. En el nivel más interno está ubicado el entorno que contiene a la persona de modo inmediato, es el micro sistema el siguiente nivel lleva a las relaciones que existen entre los diversos entornos en que participa la persona, es el meso sistema. El tercer nivel está formado por los entornos en los que la persona no está presente pero influye en lo que le pasa, es el exosistema. Por último los niveles anteriores están englobados en uno más alto que es el macro sistema (op. cit), en donde los entornos de cada clase o subcultura son muy parecidos y en distintas son diferentes.

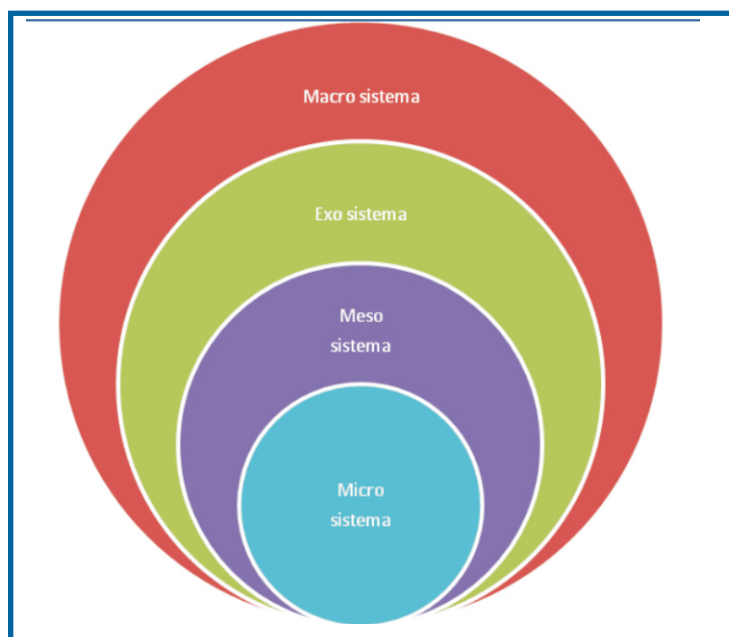


Figura 1. Monzón, 2003. Realizada por las autoras del artículo

Este enfoque proporciona un esquema contextual que permite la integración del conocimiento que se tiene sobre la violencia y una mejor comprensión de los procesos y de los factores que han de considerarse para definirse a una situación como maltrato.

En el caso del Centro de Atención de Víctimas de Violencia Intrafamiliar de la Procuraduría de Justicia del D. F. menciona que existen cuatro características esenciales para definir el maltrato:

- a) Que sea recurrente y constante, no solo una situación aislada
- b) Que sea intencional es decir, con claridad en la situación
- c) Que implique un acto de poder o sometimiento: controlar a quien la recibe
- d) Tendencia a que cada vez sea mayor la gravedad de la agresión y las lesiones.

Corsi (1995) menciona que para comprender la dinámica de la violencia doméstica es necesario conocer dos factores, el primero, su carácter cíclico es decir repetitivo y el segundo su intensidad creciente, es decir es un fenómeno que va en aumento. El ciclo de la violencia está constituido por cuatro fases:

- 1.- Acumulación de tensión en la cual se produce un clima de creciente ansiedad y hostilidad.
- 2.- Episodio agudo donde toda la tensión acumulada se descarga estallando la explosión de violencia.

- 3.- Etapa de distanciamiento o de toma de decisiones, es en la que ambos, víctima y victimario reflexionan acerca de la explosión de violencia.
- 4.- Etapa de reconciliación o "luna de miel" es la etapa del arrepentimiento donde se promete modificar la conducta, pero al mismo tiempo el ciclo de violencia se reinicia.

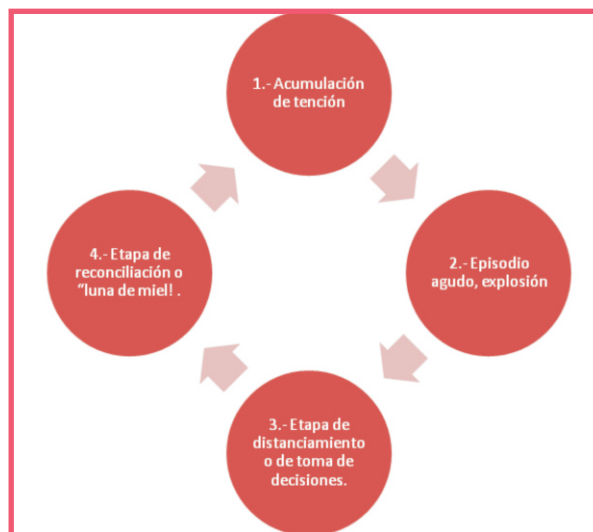


Figura 2. Ciclo de la Violencia. Corsi, J. 2003

Las explosiones de violencia que se mencionan en el ciclo anterior pueden ser de distintos tipos:

Puede darse la Violencia Física, es la más evidente, se manifiesta de manera patente porque el daño producido se marca en el cuerpo de la víctima, este tipo de violencia siempre deja una huella, aunque no siempre sea visible; a veces produce lesiones internas que sólo son identificables tras un periodo prolongado y que incluso llegan a provocar la muerte.

Otro tipo de violencia es la negligencia o abandono, entendido como una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para la supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

La violencia psicológica, que produce un daño en la esfera emocional, el derecho que se

vulnera es el de la integridad psíquica, la víctima puede referir humillación, confusión, incertidumbre, burla, duda sobre sus propias capacidades, que pueden reflejar alteraciones de alimentación, úlceras, enfermedades de la piel, jaquecas, todo ello como respuesta fisiológica cuyo origen están en la esfera emocional.

El sufrimiento emocional crónico como resultado de la violencia psicológica, es una reacción anormal, basta con una amenaza verbal, un gesto o mirada para mantener la atmósfera de constante temor y la angustia que intenta prever cuando será la próxima agresión, se vale de cualquier cosa que sirva para mantener la tensión, gritar, golpear la pared, conducir de manera temeraria el coche, mostrar las armas que posee, mantener silencios prolongados, romper objetos, hacer daño a los hijos o a los animales domésticos, vivenciando un estado de temor permanente todos los días.

También existe la Violencia sexual, que es toda relación con connotaciones sexuales que se realiza contra cualquier persona sin su consentimiento vulnerando su libertad y dañando su desarrollo psicosexual lo que genera sometimiento, frustración e inseguridad.

Finalmente, existe también la Violencia económica, que se refiere a la disposición efectiva y al manejo de los recursos materiales que sean propios o ajenos de forma que los derechos de otras personas sean transgredidos, así ejerce violencia económica quien utiliza sus propios medios para controlar y someter a los demás, así como el que sea apropiado de los bienes de otra persona con esa finalidad. También se denomina financiera donde se puede dar la apropiación o extracción del patrimonio del otro, control de ingresos, despojo o apoderarse de bienes inmuebles.

Estos tipos de violencia pueden presentarse en cualquier etapa de la vida familiar, sin embargo, un detonante importante pueden ser los cambios y las crisis que provoca la adolescencia, de acuerdo con la OMS (2007) se define como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, y se determina en dos fases: la adolescencia que va de los 10 a los 14 años de

edad y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 años de edad. La adolescencia está ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y en la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de adolescencia no es uniforme varía de acuerdo al grupo social que se considere.

Cabe mencionar que la violencia intrafamiliar, que se genera a raíz de la adolescencia, puede prevenirse, detectarse, tratarse o canalizarse desde el área escolar.

En el área preventiva, las medidas que se aplican pueden reducir los factores de riesgos de violencia, con ésta se busca promover en los adolescentes una formación integral humanista dirigida a la estimulación y desarrollo de valores, actitudes y competencias que les permitan una óptima interrelación personal, escolar, familiar y social.

La guía sugiere la formación de grupos a partir de los cuales se trabaje bajo la modalidad de taller. El cual permite la reflexión, el contacto cara a cara, demostraciones afectivas, compartir vivencias y experiencias, convirtiéndose en un espacio de contención y de apoyo libre de amenazas que le facilita conocer y desarrollar sus habilidades emocionales.

Las características propias de la adolescencia agravan la brecha generacional propiciando un distanciamiento entre padres e hijos que se incrementa cuando se presenta la violencia. Por lo anterior se sugiere que simultáneamente con los talleres de crecimiento emocional para adolescentes se trabaje bajo la misma modalidad, con los padres y sus hijos, ya que el interés y derecho de padres y madres a participar en la tarea educativa, serán reconocidos y aprovechados por la escuela.

Aun en la misma etapa de la prevención, se pueden empezar a detectar casos de violencia; los profesionales que atienden esta problemática deben considerar que ante una revelación de abuso, el adolescente está haciendo un esfuerzo al intentar modificar una situación y al romper el secreto familiar, de ahí que entre las respuestas mínimas que el trabajador social puede utilizar son:

- Escuchar y contener a la víctima
- Reconocerle el esfuerzo que está haciendo al consultar o exponer el tema
- Mostrarle que se le cree
- Aclararle que no es su culpa lo que le sucede
- Clarificarle que la violencia es inadmisible, que no hay nada que la justifique
- Aclararle sus derechos. Sobre todo su derecho de vivir libre de violencia, con integridad corporal y seguridad personal.
- Darle la esperanza de que tiene salida
- Expresarle que se está dispuesto a continuar escuchándolo cuantas veces lo necesita y que van a pensar juntos en una salida.
- Evitar expresarle sentimientos negativos contra el agresor ya que existe un vínculo importante con la víctima.

Este tipo de intervenciones, contribuye a reducir la confusión de la víctima y fortalecer su autoestima, legitima las posibles motivaciones para buscar un cambio y facilita la toma de decisiones.

El profesional no debe olvidar trabajar

preferentemente en equipo multidisciplinario, de no ser posible tratar de compartir la planificación del procedimiento a seguir con directores o instituciones especializadas. Se deben establecer vínculos con las instituciones que se van a involucrar en los casos detectados, para su canalización y atención. No confrontar o tratar de “unir a la familia” juntando en una entrevista al agresor con la víctima, pues ello podría provocar mayor violencia. Incluso se presentan casos donde el temor de la víctima impide denunciar al agresor para evitar un nuevo enfrentamiento.

Para detectar casos de posible maltrato, la guía ofrece, rasgos particulares en las personas que son víctimas de violencia, hay que aclarar que se requiere de un estudio detallado para determinar el tipo y grado de violencia que se vive, para lo cual la guía también ofrece un instrumento de detección de violencia, en este artículo sólo se mencionan los indicadores generales que permitirán contar con señales de alerta ante la conducta de la víctima y de sus cuidadores:

Tipo de Violencia	Indicadores físicos	Indicadores conductuales de la víctima	Indicadores conductuales de padres o cuidadores
Física	Lastimaduras. Moretones. Quemaduras. Fracturas inexplicables. Marcas enrojecidas. Heridas frecuentes.	Es cauteloso, es extremo en su conducta: sea demasiado retraído o demasiado agresivo. Manifiesta miedo de ir a casa o con sus padres. Viste mangas largas para ocultar agresiones. Puede buscar afectos.	Poco o nada interesado en su hijo(a); ofrece explicaciones poco claras o falsas acerca de las heridas de su hijo(a); abusa de alcohol o drogas; disciplina a su hijo (a) severamente; tiene su propia historia de violencia; tiene poco o nulo control de sus impulsos.
Abandono o negligencia	Tiene hambre frecuente; poca higiene; vestimenta inadecuada o sucia; falta de supervisión; abandono.	Pide, mendiga o roba; falta frecuentemente a la escuela; llega o muy temprano o muy tarde; se duerme en clase; manifiesta abiertamente que no tiene quien se encargue de él.	Vida doméstica desordenada y perturbada; apático; aislado; evidente capacidad intelectual limitada.
Psicológica o emocional	Trastornos del lenguaje; retraso en el desarrollo físico, o bien en su desarrollo en general.	Se chupa el dedo; se mece como bebé; es antisocial; destructivo; inhibiciones para el juego; obsesiones, histeria; se comporta o demasiado adulto o demasiado infantil; tiene intentos de suicidio.	No trata a todos los hijos por igual; culpa, menosprecia o responsabiliza a sus hijos; se abstiene de dar y manifestar amor a sus hijos; manifiesta una conducta incoherente con sus hijos.

Sexual	Dificultad para caminar o sentarse; dolor, picazón, ardor en el área genital; rehúsa cualquier contacto físico; mirada ausente; triste.	No participa en actividades físicas; retraimiento; conocimiento sexual bizarro, sofisticado o inusual a su edad; conductas delictivas.	Muy protector o celoso de su hijo (a); estimula al hijo a conductas sexuales, abusa del alcohol o drogas, asilado; carente de contacto físico, visual, social o emocional; baja autoestima.
Económico	Retraído; bajo de peso; no cuenta con el material básico para la escuela.	No participa en actividades que requieran cooperación económica; comete conductas delictivas como robos.	Controla, manipula o chantajea a través de los recursos económicos; no cubre con las necesidades básicas para la educación.
Cuadro 1. Indicadores de violencia.		Elaborado para la Guía.	

Al intervenir con una adolescente víctima de violencia, se deben establecer metas que le permitirán orientar sus acciones. Entre las metas a considerar está el ayudar al adolescente a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente de violencia que vivió. Existen autores que consideran que la víctima no volverá a ser igual, sin embargo, luego de una crisis puede aprender nuevos mecanismos para recuperar su seguridad emocional, mental, social y física.

Entre las acciones que pueden realizarse están: realizar contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema para establecer necesidades inmediatas y posteriores; analizar las posibles soluciones, indagando que es lo que la víctima ha intentado en otras ocasiones; asistir en la ejecución de la acción concreta, esto con actitud facilitadora; orientar hacia la denuncia, al proponer denunciar al agresor se debe explicar e informar a la víctima sobre los procedimientos a seguir; asegurar una retroalimentación de la atención recibida, esto puede darse a través de instituciones públicas o

privadas que ofrecen entre sus servicios la atención a víctimas de violencia desde las áreas jurídica, psicológica, familiar y social.

La problemática sobre la violencia familiar exige de por sí un conocimiento profundo de factores causales, así como de los rasgos y actitudes que presentan las personas violentadas en su integridad física y emocional.

Desarrollar un trabajo eficaz en los servicios de atención sobre la violencia intrafamiliar requiere de una perspectiva profesional teórica y práctica coherente, que obre en consecuencia con el modelo de gestión que se pretenda seguir.

Además, el trabajo en equipo multidisciplinario, deberán estar determinadas a lo específico de su acción profesional, de tal manera que se eficienten tiempos, recursos y técnicas para abordar la violencia. Es por esto la importancia de la revisión de esta Guía en la disciplina del Trabajo Social y áreas afines.

- Aguilar S. B., (2007)** Violencia Intrafamiliar en los adolescentes de secundarias técnicas del municipio de Durango, financiado por el Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango, en la convocatoria M0006/2007/1 Fondos Mixtos. Facultad de Trabajo Social, en edición. Editorial UJED.
- Bronfenbrenner, U. (1987).** La ecología del desarrollo humano. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- CAVIM, (1990).** Manual de Atención a Víctimas de Violencia. PGJDF. Sin editar.
- Corsi, J. (1995).** Violencia familiar. México, DF Editorial Paidós.
- (compilador) (2003) Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Monzón, I. (2003)** La violencia doméstica desde una perspectiva ecológica. En Corsi, J, (2003). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- O M S. (2007)** En línea. Consultado en agosto 2007. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml>

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIAS TÉCNICAS. MUNICIPIO DE DURANGO

Beatriz Aguilar Salazar. Docente de tiempo completo en la Facultad de Trabajo Social, UJED. Licenciada en Trabajo Social, Maestra en Psicoterapia Gestalt. Coordinadora de Tutorías en la Facultad de Trabajo Social.

Lorena Fabiola Martínez Zertuche. Terapeuta Familiar con enfoque sistémico. Secretaria Académica y Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Trabajo Social.

Cecilia Mayagoitia López. Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social. Maestría en Educación con Especialidad en el ITESM. Coordinadora de Mejora Continua y MESEV.

Resumen

Como resultado de la investigación "Violencia Intrafamiliar de los adolescentes estudiantes de las escuelas secundarias técnicas del municipio de Durango", apoyado por el Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango, cuyo objetivo fue obtener el perfil de violencia familiar y sociodemográfico, se aplicaron estrategias de intervención que apoyaran a los adolescentes a reconocer y emplear sus recursos de afrontamiento frente a la violencia. Se utilizaron los enfoques ecológico y sistémico. La población participante fue 11 Secundarias Técnicas del Municipio de Durango, el universo fue 3726 alumnos y una muestra de 1032. Las escalas utilizadas fueron: Escala de violencia validada con un α Cronbach's .921 (Garay, 2008). Funcionamiento Familiar Beavers (1995) reestructurada y adaptada, validada con un α Cronbach's .657 (Garay, 2008), y Perfil sociodemográfico. Los resultados fueron: el grado de violencia que padecen los entrevistados fue 72%; la violencia física se presenta en un 34%, la psicológica en un 85%, la sexual en un 8% y la económica en un 64.5%. El 85% de las familias son disfuncionales, el 68% de las familias son nucleares. Se intervino con 51 pláticas socioeducativas, 32 talleres psicoterapéuticos y se elaboró una Guía para prevenir, detectar y tratar la violencia en adolescentes.

Palabras clave: Violencia, familia, adolescente, sociodemográfico.

Abstract

As a result of the research of "Domestic Violence adolescent students of technical secondary schools". In the Municipality of Durango supported by the Council on Science and Technology of the State of Durango, whose goal, is to obtain the profile of domestic violence and sociodemographical we implemented interventional strategies to support, recognize and use their coordinating resources toward violence. We used ecological and systemic approaches. The participant population was 11 technical secondary schools from the Municipal of Durango, the overall sampling was of 3726 students and a sample of 1032. The scales used were: Violence scale validated by α Cronbach's .921 (Garay, 2008). Family Functioning Beavers (1995), restructured and adapted, validated by α Cronbach's .657 (Garay, 2008) and Sociodemographic profile. The results were: the degree of violence experienced by the respondents was 72%; physical violence occurs in 34%, psychological 85%, sexual 8%, and economic 64.5%. 85% of the families are dysfunctional and 68% of the families are nuclear. There was intervention with 51 socio educational interviews, 32 psychotherapeutic workshops and the guide was develop, to prevent, detect and deal with violence in adolescents.

Keywords: Violence, family, adolescent, sociodemographic.

INTRODUCCIÓN

La existencia de la violencia intrafamiliar es tan antigua como la humanidad misma, sin embargo comenzó a tematizarse como problema social grave a principios de los 60s. Según Lozano (2000) cada sociedad genera formas para prevenir y remediar la violencia intrafamiliar, pues es un problema social que afecta no solo a la persona que la padece, sino también al entorno social y familiar, de ahí que en los últimos años se han incrementado los estudios relacionados con esta problemática. El fenómeno de la violencia es histórico, complejo, multicausal y multifacético, se presenta en todas

las sociedades y estratos económicos pero se hace visible en los grupos más desprotegidos, en la mayoría de los casos las víctimas son principalmente mujeres y menores de edad.

El presente documento se obtiene como resultado de las tres etapas del proyecto denominado "Violencia Intrafamiliar de los adolescentes estudiantes de las escuelas secundarias técnicas del municipio de Durango", apoyado por el Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango a través de la convocatoria de Fondos Mixtos, el propósito es conocer la tipología de violencia, el perfil

familiar y sociodemográfico, que se presenta en éstos estudiantes, de tal manera que de lugar a la última etapa correspondiente a la intervención.

La importancia de trabajar con adolescentes radica en que durante esta etapa van acompañados de cambios profundos de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y a veces hostil. Así pues, la violencia tiene costos intangibles, no contabilizables, incluyendo los costos de las vidas destrozadas y de la pérdida del amor propio y con ello el sufrimiento, el miedo, la depresión, los intentos de suicidio, el dolor crónico y de la pérdida de oportunidades para lograr las propias metas.

Una meta de esta investigación fue ofrecer un panorama global de la situación de los adolescentes con respecto a sus familias y el grado y tipo de violencia que viven, de manera tal que este estudio pueda ser útil a todos aquellos interesados en el trabajo con adolescentes.

Desde su nacimiento, el ser humano tiende a buscar y lograr la sobrevivencia, el desarrollo y la realización personal, para lograrlo, interactúa con su ambiente, modificándolo de manera tal que le permita satisfacer sus necesidades básicas, tanto físicas como psicológicas. Estas necesidades varían de acuerdo al proceso evolutivo por el que pasa el hombre, siendo la pubertad-adolescencia en la que se integran más claramente las dimensiones biológica y psicológica, es donde toma conciencia de sí mismo, de estar en un mundo como ser individual y a la vez, inmerso en una realidad social que ejerce influencia significativa en su vida (González, 2006).

Es primordial por tanto que esa realidad social le ofrezca al adolescente la oportunidad de mejorar su calidad de vida a través del acceso a servicios y beneficios relacionados con áreas como la educación, la salud, la vivienda, la seguridad social, la alimentación, la cultura, entre otros (Laurell, 1996). En función de estos aspectos teóricos referenciales, es como surge la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el perfil de violencia familiar y sociodemográfico, que viven los adolescentes estudiantes de segundo grado de escuelas secundarias técnicas del municipio de Durango?

Se establecen como preguntas de investigación:

- ¿Conocer el grado de violencia intrafamiliar del adolescente?
- ¿Cuál es el tipo de familia que predomina en los estudiantes?
- ¿Cuáles son las condiciones de vivienda del estudiante?
- ¿Qué tipo de servicios de salud y recreación tienen los adolescentes?
- ¿Cuáles son sus tradiciones y costumbres más importantes?

El objetivo de investigación fue:

Obtener el perfil de violencia, familiar y sociodemográfico, que viven las adolescentes en secundarias técnicas del municipio de Durango.

• Los objetivos específicos del estudio son:

- Identificar el perfil de violencia familiar y sociodemográfico, en el adolescente
- Prevención a través de programas socioeducativos
- Intervenir con grupos psicoterapéuticos

En este proyecto se visualiza la realidad social a través de organizaciones sociales y comunitarias que proveen de recursos naturales, técnicos, financieros, humanos e institucionales (Kisnerman, 1984) que permiten resolver las necesidades tanto particulares como sociales de su población.

Los enfoques teóricos utilizados son:

- a) Enfoque ecológico: que tiene su origen en las ideas de la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy (1971), se trata de una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquéllos a su vez parte de unos microsistemas, de este modo un ser humano es parte de una sociedad y está compuesto por subsistemas (Payne, 1995).

El enfoque ecológico es una propuesta de Germain y Gitterman (1980), con su “modelo de vida”, el cual supone que la gente está constantemente en una situación de intercambio adaptativo con muchos diferentes aspectos de su entorno. Sostiene que existe una adaptación recíproca cuando se es susceptible de desarrollo mediante el cambio y se está apoyado en esto por el entorno (Payne, 1995). Bronfenbrenner (1979, citado por Papalia, 1997) identifica cuatro niveles de influencia ambiental, que se extienden del más cercano al más global:

1.- Microsistema, referente al ambiente diario inmediato del hogar y la escuela, incluye las relaciones con los padres, los hermanos, los que proporcionan cuidados, los compañeros de clase; siendo estas relaciones bidireccionales y afectadas entre sí.

2.- Mesosistema es la interconexión de varios microsistemas en que una persona se encuentra inmersa, el encadenamiento entre el hogar y escuela.

3.- Exosistema nos habla de grandes ambientes de instituciones como la escuela y refiriéndose a un ambiente más amplio.

4.- Macrosistema, el cual abarca los patrones culturales de una comunidad, educación y economía.

Partiendo de un enfoque teórico que de contención al manejo y tratamiento de los aspectos sociodemográficos recuperados en el contexto macro social del adolescente, el enfoque ecológico es aquel que considera que la gente está constantemente en una situación de intercambio adaptativo con muchos diferentes aspectos de su entorno. Los problemas sociales (pobreza, discriminación, degradación, etc.) contaminan el entorno social reduciendo las posibilidades de adaptación recíproca. Los sistemas vitales (individuos y grupos) deben tratar de mantener un buen acoplamiento con su medio ambiente (Payne, 1995).

a) Enfoque sistémico, que enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. (Sánchez y Gutiérrez, 2000). La

Teoría General de los Sistemas creada por Bertalanffy, (1976), expresa que todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas.

De manera general se presentan a continuación los principales términos utilizados durante la investigación, así, se entiende por perfil, aquel conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a una persona o cosa. Una de las principales técnicas para conocer y explicar la multidimensionalidad de la realidad es el estudio sociodemográfico, el cual consiste en una serie de preguntas dirigidas a explicar cuantitativamente las características económicas, educativas, sociales y culturales de una población específica (Galeana de la O, 1999:125).

Para el presente estudio la familia es una clase especial de sistema, con estructura, pautas y propiedades que organizan la estabilidad y el cambio, es una pequeña sociedad humana cuyos miembros están en contacto cara a cara y tienen vínculos emocionales y una historia compartida (Minuchin, 1998).

Por violencia (del latín violentia) se entiende aquel comportamiento deliberado que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres, y se le asocia, aunque no necesariamente con la agresión. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Cuando hablamos de violencia familiar nos referimos a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar (Corsi, 1999:30-31 citado por Azaloe 2008). Los tipos de violencia intrafamiliar que pueden darse son: físico, sexual, emocional y económico.

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez. De igual forma se denomina educación secundaria al nivel educativo que atiende a los alumnos entre 12 y 15 años de edad, es el último nivel de la educación básica obligatoria (Zorrilla, 2007).

Metodología

La presente investigación es de corte cuantitativo, descriptivo y transversal. Se trabajó con las siguientes variables:

- Violencia considerando la tipología y la intensidad.
- Familia, para evaluar la funcionalidad y disfuncionalidad con los siguientes indicadores: salud -competencia, conflicto, liderazgo, cohesión.
- Sociodemográfica, en la que se consideró edad, sexo, estado civil, escolaridad, número de miembros en la familia, vivienda, salud, servicios médicos, recreación, uso de tiempo libre, servicios públicos, factores de riesgo en su colonia y sus principales costumbres y tradiciones.

El universo se conformó por 3,530 (esta cifra corresponde a la matrícula registrada en octubre de 2007) alumnos de segundo grado de las 11 secundarias técnicas del municipio de Durango. Se trabajó con una muestra de 1032 jóvenes, 521 alumnos del turno matutino y 511 del turno vespertino.

Los criterios de inclusión y de exclusión que se establecieron fueron:

De Inclusión:

Participaron de este estudio aquellos adolescentes que eran estudiantes de las secundarias técnicas del municipio de Durango y que cursaban el segundo grado.

De Exclusión:

Aquellos adolescentes estudiantes que cursaban el primer o tercer año.

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron tres:

1. Para medir la violencia intrafamiliar, se elaboró un instrumento retomando algunos reactivos del cuestionario que aplica el DIF Estatal para medir la violencia bajo los niveles: nula, leve, moderada y severa, los reactivos responden a las siguientes categorías: violencia física, psicológica, sexual y económica.

2. Para conocer el perfil de familia se aplicó la Escala de Beavers W. (1995) versión 11

sobre inventario familiar de auto informe que mide liderazgo y expresividad emocional, cohesión, salud y competencia en 36 reactivos. Y la escala de Emma Espejel (1999) que proporciona la clasificación de las familias;

3. Para determinar el perfil del adolescente estudiante de segundo grado, se realizó un estudio sociodemográfico, para lo cual se tomó como base el Modelo de Participación Social de Silvia Galeana de la O, elaborando un instrumento de 41 preguntas de opción múltiple, tomando en consideración los apartados: Tipo de familia, Escolaridad, Alimentación, Salud, Vivienda, y Cultura.

Financiamiento

Dando respuesta a la convocatoria emitida por el Consejo de Ciencia y Tecnología, apoyada por Fondos Mixtos, que tan atinadamente plantea la necesidad de efectuar investigación, intervención y capacitación en las diversas problemáticas que se presentan en las diferentes entidades federativas, la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango, presentó el proyecto "Violencia intrafamiliar en adolescentes de secundarias técnicas. Municipio de Durango". Siendo aprobado en Mayo de 2007.

Instituciones participantes

Las instituciones que participaron de este proyecto fueron el Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango (CoCyTED), la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), y la Secretaría de Educación del Estado de Durango (SEED).

Fue elaborado y operativizado por un equipo de docentes, tesis de licenciatura y maestría, practicantes y prestadores de servicio social de la Facultad de Trabajo Social, y un asesor estadístico.

Aspectos Éticos

Para realizar este estudio se solicitó permiso a las autoridades correspondientes, así mismo se consideró la confidencialidad y consentimiento de cada uno de los integrantes que formaban parte de la muestra, tanto para la obtención de la información como para la posible publicación de los resultados del estudio.

Proceso metodológico usado

- Revisión y re-construcción de tres instrumentos con la participación de los colaboradores del proyecto.

- Reclutamiento y capacitación de encuestadores, estudiantes de la FTS, por parte de los líderes responsables de cada institución.

- Inserción institucional, a través de reuniones con los señores directores de cada una de las escuelas secundarias, quienes proporcionaron información.

- Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos, a 130 estudiantes.

- En cuanto a la metodología, se utilizó la investigación – acción con los paradigmas cualitativo y cuantitativo, se inició la aplicación de cuestionarios, a grupos de máximo 20 alumnos, seleccionados por números aleatorios, tomando en cuenta a la fijación proporcional de la muestra en cada secundaria.

- En el trabajo de campo, se llevó a cabo la aplicación y tabulación de tres instrumentos, que midieron las variables: violencia, familia y sociodemográfico. A una población de 1032 estudiantes de segundo grado distribuida entre las 11 escuelas.

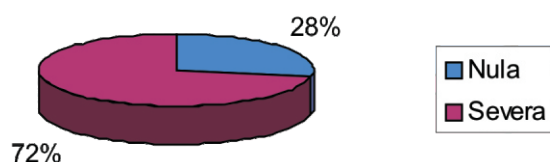
- Se efectuó el análisis de resultados elaborándose las gráficas por cada indicador.

- Se llevó a cabo la capacitación para terapeutas grupales en tres módulos, efectuados en febrero, marzo y abril, con un total de 120 horas.

Resultados

Los resultados se presentaron por cada una de las once secundarias que participaron de este estudio, siendo los datos sobresalientes:

Grado de Violencia



Variable Violencia Intrafamiliar

El grado de violencia que padecen los adolescentes entrevistados en las once escuelas se ubica en el 72% con violencia severa, mientras que el 28% de los adolescentes mencionan que no son objeto de violencia intrafamiliar.

Tipos de violencia

- Con relación a la violencia física se presenta en una proporción del 34%, y un 66% manifiesta no padecer este tipo de violencia.

- Con relación a la violencia psicológica se presenta en el 85%, y un 15% manifiesta no padecer este tipo de violencia, cabe resaltar que genera una descalificación y por lo tanto lleva a quien la padece a una depresión, en el peor de los casos a ideaciones suicidas.

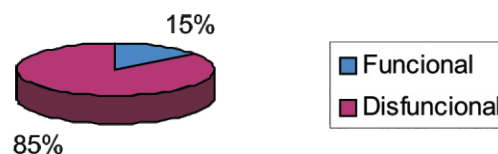
- Con relación a la violencia sexual se presenta con una proporción del 8%, siendo el 92% quienes no la padecen. A pesar de ser un porcentaje mínimo es sumamente delicado y se requiere de su inmediata atención.

- La violencia económica está presente en el 64.5%, mientras que el 35.5% no la padecen. Es importante mencionar que esta violencia representa el control del padre hacia al hijo, así como el abandono que le impide al adolescente adquirir cualquier tipo de servicio.

Variable del funcionamiento familiar

La escala de funcionamiento familiar utilizada para medir esta variable en las once escuelas, identifica que solamente el 15% de

Funcionalidad Familiar



los adolescentes entrevistados pertenecen a una familia funcional, mientras que el 85% pertenecen a una familia disfuncional.

Las categorías utilizadas para determinar lo anterior son:

- Salud / competencia, los resultados arrojados indican que la media en cuanto a disfuncionalidad en este indicador es del 64%, mientras que sólo el 36% menciona esta área como funcional.

- Conflicto, la disfuncionalidad representa un 88%, mientras que la funcionalidad solamente es del 12%.

- Cohesión, los adolescentes entrevistados mencionan que en sus familias la cohesión es disfuncional en un 55%, mientras que el 45% restante presenta cohesión funcional en sus familias.

- El liderazgo se presenta disfuncional en un 70%, mientras que el liderazgo funcional es sólo del 30%.

- La expresividad con disfuncionalidad es de un 61%, siendo el 39% lo representativo en la expresividad funcional.

El **tipo de familia** que predomina es la nuclear en una proporción del 68%, en un menor grado se presentan las familias monoparentales, extensas y reconstruidas.

El **estado civil de los padres** de los adolescentes entrevistados en las once secundarias es casado, en un 60%, lo que significa que son matrimonios unidos por alguna ley civil o religiosa.

Variable sociodemográfica

En lo que respecta a la **edad** de los entrevistados, en nueve de las once secundarias predominan aquellos que cuentan con 13 años, representados en una proporción del 67%, y el resto con edades de 12, 14 y 15 años. El **sexo** predominante es el femenino, ya que en 7 secundarias esta población es del 65%, en dos de las secundarias se cuenta con una población 50% femenino – 50% masculino y en dos secundarias la mayoría es del sexo masculino.

La **escolaridad del padre** se presenta en un 41%, con educación básica – siendo en tres secundarias en las que en su mayoría son padres profesionistas. La **escolaridad de las madres** de los adolescentes entrevistados, fue del 41% con educación básica, pues se presenta en nueve de las once secundarias.

En cuanto a la **alimentación**, los adolescentes de las once secundarias mencionan que realizan tres comidas diarias, representados en un 76%. El 42% menciona que regularmente comen con toda su familia, siendo en una secundaria en la que predominan aquellos que mencionaron comer acompañados de sólo uno de sus padres.

La mayoría de los alumnos encuestados reciben los **servicios de salud** que brinda el IMSS, siguiendo en importancia aquellos que acuden al Seguro Popular, cabe resaltar que existen adolescentes que mencionaron no contar con ningún tipo de servicio de salud.

En las once secundarias predominaron los adolescentes que cuentan con **vivienda** propia, representados con el 82%. De sus características mencionan que están construidas con cemento (92%), ladrillo (84%) y pisos de mosaico (63%). Son viviendas que cuentan con cuarto de baño, representados con el 87% y cocina separada de otras habitaciones, el 85%. Así mismo cuentan con todos los servicios básicos como agua, luz y drenaje, representados con el 68%, sin embargo cabe resaltar que aún existen viviendas que no cuentan con estos servicios básicos. El número de habitaciones utilizadas para dormir son en su mayoría tres, siguiendo aquellas que cuentan con dos habitaciones y finalmente aquellas que tienen sólo una habitación para dormir.

Con respecto al contexto urbano y rural de los adolescentes entrevistados, el 68% mencionan que sí existen grupos de **pandilleros**, un 65% mencionan que observan jóvenes consumiendo bebidas alcohólicas en la vía pública; **jóvenes drogándose**, representados con el 75%; **jóvenes grafitiando** en su colonia, representados con el 66%; así como la existencia de **expendios de bebidas alcohólicas**, representados con el 70%. Cabe señalar que existen secundarias en las que en su mayoría mencionan que no existen éstas situaciones en su colonia, sin embargo es una población mínima. Con relación a los **espacios recreativos** un 70% menciona que cuentan con canchas deportivas.

En relación a la utilización del tiempo libre en un 86% lo utilizan para ver televisión, y un 88% de los entrevistados practica algún deporte, en cuanto al uso de los videojuegos un 66% participa en esta actividad.

Los adolescentes mencionan que su familia no participa en ningún tipo de **grupo vecinal**, representado con el 63%, siendo solamente en dos secundarias en las que la mayoría menciona que su familia sí participa. La **religión** que predominantemente practican los adolescentes es la católica, representada con el 70%, siendo la **frecuencia** con la que la practican en su mayoría cada ocho días.

En cuanto a la frecuencia de las **reuniones familiares** responden que están junto a su familia diariamente, sin embargo en dos de las

once secundarias entrevistadas mencionan en su mayoría que sus reuniones son semanalmente. Siendo los **festejos principales** los cumpleaños, representados con el 70%, las fechas cívicas, como el 20 de noviembre, representadas con el 44%, y navidad representada con el 90%.

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en el proceso de investigación y los objetivos propuestos se concluye lo siguiente:

Existe violencia intrafamiliar resaltando con un porcentaje significativo la violencia psicológica y siguiéndole la económica. La mayoría de las familias son nucleares y disfuncionales.

La violencia intrafamiliar provoca la desvaloración, baja autoestima y estrés emocional resultando a la vez, un bajo rendimiento escolar en los adolescentes ya que las tensiones emocionales dificulta la concentración. (Lozano G. y García C. 2000).

La mayoría de los estudiantes entrevistados consideran que existe pandillerismo, alcoholismo, drogadicción, graffiti, opinando también que el tiempo libre se utiliza en ver televisión, jugar videojuegos y el deporte.

Es primordial que la realidad social le ofrezca al adolescente la oportunidad de mejorar su calidad de vida a través del acceso a servicios y beneficios relacionados con áreas como la educación, la salud, la vivienda, la seguridad social, la alimentación, el deporte, la cultura, entre otros (Laurell, 1996) y son pocas las oportunidades para desarrollar estas actividades con las que cuentan los adolescentes.

El trabajo que se realiza del equipo interdisciplinario en las once secundarias es de vital importancia, sin embargo dado los resultados obtenidos en las variables Familia y Violencia Intrafamiliar, se hace necesario buscar apoyos con instituciones que ofrezcan talleres formativos a padres de familia. Por otro lado dentro de este proyecto se intervino con 51 platicas socioeducativas, 32 talleres psicoterapéuticos y en el Centro de Salud Mental (CEUSAM) se atendió a 28 familias de estudiantes de las secundarias, se elaboró una "Guía para prevenir, detectar y tratar la violencia en adolescentes" esto con la finalidad de que dicho equipo interdisciplinario, a través del departamento de servicios educativos, con Trabajadores Sociales, Psicólogos, Terapeutas, Orientadores Educativos, Maestros y Médicos se aplique con todos los estudiantes de las secundarias.

- Azaola (2008).** <http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/violencia05.pdf> consultada en Abril de 2008.
- Beavers, R. (1995),** "La evaluación de la competencia familiar. En: Familias exitosas. España: Paidós, p.33 – 60
- Bertalanffy (1971)** L. (1971) General Systems Theory: Foundations, Developments, Applications. Londres, Allen Lane (trad. Teoría General de Sistemas, Madrid, FCE, 1976) citado por Payne 1995
- Espejel & Cols. (1999).** "Manual para la escala de funcionamiento familiar". Universidad Autónoma de Tlaxcala, México.
- Galeana de la O., S. (1999).** Promoción Social. México: ENTS – Plaza y Valdés editores.
- Germain y Gitterman. (1980).** The life model of social work practice. Nueva York, Columbia University Press. Citado por Payne, 1995.
- González G., A.M. (2006).** El niño y la educación. México: Editorial Trillas.
- Kisnerman, N. (1984).** Teoría y Práctica del Trabajo Social. Tomo 4: Los Recursos. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Laurell, A. (1996)** Hacia una política social alternativa. México: Coedición del Instituto de Estudios de la Revolución Democrática – Fundación Ebert Stiftung. Citado por Evangelista, E. Las políticas en el desarrollo local. Revista de Trabajo Social. México: UNAM/ENTS
- Lozano G. L. y García C. E. (2000).** El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. España. Universidad Oviedo
- Lozano AR (2000)** La violencia y la salud pública en México. México, FUNSALUD-Smithkline Beecham.
- Minuchin, P. y otros. (1998).** Pobreza, institución, familia. Argentina: editorial Amorrortu. Pág. 27.
- Minuchin, S. (1988).** Familias y terapia familiar. México: editorial Gedisa. Pág. 39-86-87.
- Papalia Diane E. y Wendkos Olds Rally (1997)** "Desarrollo Humano" 6ta Edición, Editorial Mc Graw-Hill. México.
- Payne, M. (1995)** Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Barcelona, España: editorial Paidós.
- Romans Merce y Vilatod Guillem (1998)** "La educación de las personas adultas" Editorial Paidós, España.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000)** Terapia familiar: modelos y técnicas. México: editorial Manual Moderno.
- Zorrilla, M. (2007)** La educación secundaria en México: al filo de su reforma. <http://www.ice.deusto.es/RINACE/reice/vol2n1/Zorrilla.pdf>. Consultado Enero 2008.

EL CUIDADO FEMENINO EN LA VEJEZ: UN ASUNTO DE VIOLENCIA SOCIAL Y DE GÉNERO

María Guadalupe Salas Medina. Docente de Tiempo Completo en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Trabajadora Social Psiquiátrica. Terapeuta Familiar con Doctorado en Educación Internacional.

María Concepción Arroyo Rueda. Docente de Tiempo Completo en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Trabajadora Social Psiquiátrica. Terapeuta Familiar con Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas en Bienestar Social

Cecilia Mayagoitia López. Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social. Maestría en Educación con Especialidad en el ITESM. Coordinadora de Mejora Continua y MESEV.

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo explorar el cuidado femenino en la vejez. Las cuidadoras de ancianos enfrentan situaciones complejas que repercuten a nivel personal, familiar y social, sobre todo cuando las redes de apoyo familiar y social están ausentes o deterioradas. La metodología empleada fue de tipo cualitativa, realizando entrevistas profundas y observación participante con mujeres cuidadoras de adultos mayores en la ciudad de Durango, México. Los resultados reflejan la presencia de elementos culturales y de género que colocan a las mujeres en una posición de desventaja ante los demás miembros de la familia y otros grupos sociales. Además se identifica una debilidad del Estado para hacer visibles las demandas de las cuidadoras e incluirlas en las políticas de apoyo a la vejez. Todos estos aspectos reflejan diferentes matices de violencia social y de género que es necesario tomar en cuenta para incluir el tema del cuidado como una cuestión de derechos de equidad para las mujeres.

Palabras clave: Cuidado femenino, vejez, violencia social.

Abstract

This work was intended to explore the female care in old age. The caretakers of elderly face complex situations that have an impact on a personal level, social and family, especially when the networks of family and social support are damaged or absent. The methodology used was qualitative type, conducting deep interviews and participant observation with women caretakers of older adults in the city of Durango, Mexico. The results reflect the presence of cultural elements and gender that put women in disadvantage to the other members of the family and other social groups. In addition, it identifies a weakness of the State to make visible the demands of the caretakers and include them in the policies to support the old age. All these aspects reflect different shades of social violence and gender that is necessary to take into account to include the subject of care as a matter of rights of equity for women.

Keywords: Feminine care, old age, social violence.

INTRODUCCIÓN

El cuidado se considera como una práctica social, cuya finalidad es que un individuo incapacitado en sus funciones básicas, pueda sobrevivir o progresar biológica y socialmente al satisfacer sus necesidades por medio del cuidado. El cuidar, tanto en el ámbito público como en el privado es una actividad devaluada, poco visible como trabajo, ya que no es remunerado ni reconocido socialmente (Robles, 2005).

Existen diversas formas de construir la concepción del cuidado, lo que no cambia es la percepción de las personas quienes les corresponde la tarea de cuidar. Se ha discutido mucho sobre quiénes deben participar en el

cuidado de aquellos que han perdido su autonomía, como es el caso de los ancianos dependientes; en algunos países desarrollados incluso se ha legislado al respecto; no obstante, el tema del cuidado aún sigue en permanente debate.

Tradicionalmente, el cuidado de los miembros vulnerables de la familia (niños, enfermos y ancianos) ha sido responsabilidad exclusiva de las mujeres (Robles 2003). En el caso de este trabajo nos interesa el cuidado desempeñado por éstas con los adultos mayores que presentan dependencia física. El cuidado, como tarea propia del ámbito doméstico, se ha llevado a cabo hasta hace pocos años sin causar mayor controversia en quienes asumen la responsabilidad de cuidar.

³En el año 2006, se aprobó la Ley de Dependencia en España, que promueve la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

No obstante, en tiempos recientes, distintas transformaciones de índole cultural, económica y social han impactado fuertemente el rol tradicional de las mujeres.

Múltiples investigaciones han demostrado que el cuidado de los ancianos con una enfermedad crónica y/o discapacidad física y mental impacta distintas esferas de la vida de las mujeres, tal como la salud física, mental y en sus relaciones sociales (Aramburu, Izquierdo y Romo, 2001; Delicado, 2006; Deví y Ruiz, 2002; Rivera, 2001). Tales efectos pasan desapercibidos para las políticas públicas, tanto de apoyo a la vejez, como las de equidad de género.

Todo ello, nos lleva a pensar que la situación que experimentan las cuidadoras se entreteje en una realidad compleja que se traduce en situaciones que generan ciertos tipos de violencia, como es la violencia estructural y la cultural. La primera es aquella que impide cubrir las necesidades básicas a causa de las desigualdades sociales y la violencia cultural, se refiere a los aspectos simbólicos como las creencias, las costumbres, la religión, los valores, que refuerzan los patrones de subordinación de las mujeres (Blair, 2009).

A partir de los planteamientos mencionados, surgen diversos cuestionamientos en torno a aspectos esenciales de la vida de las mujeres que cuidan a los ancianos. ¿Dónde quedan los derechos de equidad de género? ¿Qué pasa con los derechos de ciudadanía? ¿Dónde se ubican los derechos a recibir la protección de las instituciones del Estado? Las interrogantes conducen a una reflexión profunda acerca de la condición de las mujeres, de la construcción de su identidad y del papel de las políticas sociales, reflexión que compartimos a partir de algunos marcos explicativos relacionados con la temática del cuidado.

El documento está organizado de la siguiente manera: en un primer momento se describen los principales enfoques sobre el cuidado y sus implicaciones de género; enseguida, se plantea la importancia de ubicar al cuidado en el plano de los derechos de ciudadanía, y al final de esta primera parte, mostramos la relación entre la invisibilidad del cuidado como derecho y su

entramado con la violencia estructural y cultural.

Para ello, se hizo un corte metodológico, considerando los resultados de investigación que forman parte de un trabajo cualitativo más amplio sobre dependencia y cuidados en la vejez avanzada realizado en la ciudad de Durango, México. Se analizaron las narrativas de las participantes producto de entrevistas a profundidad y observación participante. A manera de cierre, en las reflexiones finales se cuestiona el futuro del cuidado, el papel que desempeñan las políticas sociales en relación con dicho fenómeno, en el que se identifica cómo el cuidado desempeñado por las mujeres, de ser un acontecimiento privado, se entrecruza con lo público y lo social, provocando fuertes tensiones individuales, familiares y sociales, que producen distintas formas de discriminación, de desigualdad y de exclusión.

Principales enfoques sobre el cuidado y sus implicaciones de género

La investigación acerca del fenómeno de cuidado, se ha realizado principalmente, desde dos perspectivas: la de planeación de servicios y la feminista. La debilidad de ambas orientaciones es que una deja fuera lo que la otra destaca; es decir, en la primera, sus principales argumentos se basan en un lenguaje de racionalidad económica, técnica y legal, sin tomar en cuenta el “mundo real del cuidado”; mientras que la perspectiva feminista no ha tenido efecto en la estructura de las organizaciones formales de cuidado Waerness (2001), en virtud de desempeñarse de manera informal y dentro de la familia.

Como es sabido, la familia se constituye por una red de personas y relaciones que se manejan en base a normas y valores. Desde el punto de vista del deber filial, toman importancia los aspectos éticos y morales que obligan a la familia a cumplir con la responsabilidad del cuidado.

El cuidado desde la perspectiva de los derechos de ciudadanía

Es hasta que los movimientos feministas empiezan a cuestionar la opresión y la desigualdad que viven las mujeres, cuando los grupos políticos y tomadores de decisiones

proponen cambios en la legislación sobre los derechos de las mujeres. Esta visión surge sobre todo, al identificar la miseria y la opresión de muchas mujeres, como una cierta forma de violencia estructural.

El significado de la violencia estructural y cultural en la responsabilidad femenina del cuidado

Lo que caracteriza a la violencia estructural contra la mujer es el origen y fundamento de los diversos tipos de violencia, y surge de las normas y valores que predominan en la sociedad. No queda duda de que los casos de desigualdad en la distribución del poder, es fórmula general que subyace tras la violencia estructural (Barros, 2004). Por violencia cultural se entienden los aspectos simbólicos de la vida cotidiana, tales como las creencias, las costumbres, la religión, los valores y las tradiciones entre otros (Díaz, 2009; Blair, 2009). Es bastante invisible y sutil, puesto que se traduce en acciones dañinas resultantes de la forma de pensar de la sociedad, de los valores convencionales y de las prácticas cotidianas (Barros, 2004:238).

Hombres y mujeres han aprendido a través de un discurso social inmerso en los supuestos de la cultura, que éstas últimas poseen requisitos necesarios para convertirse en la cuidadora “ideal”, en función de tres aspectos: el primero está ligado con las “virtudes femeninas”; el segundo, a su ubicación como responsable en atender el hogar y la familia; y el tercero, a la calidad del cuidado, porque ellas son más “dulces, nobles, cariñosas o amorosas al trato” (Robles, 2002:13); en este sentido, diversos autores denominan a este fenómeno como la feminización del cuidado.

A continuación, se presentan algunos de los resultados que dan cuenta de la condición de quienes proveen el apoyo y cuidados en la vejez, condición que está atravesada por aspectos de género, de falta de derechos y de algunas formas de violencia.

Los hallazgos de la investigación

Antes de plasmar los discursos de las participantes que nos permiten hacer un análisis de las implicaciones de género y su consecuente relación con el asunto de los derechos y de

ciudadanía, se muestra una primera imagen de las mujeres de este estudio. En los datos, se aprecian algunos elementos que reflejan situaciones de desventaja social que crean diferencias y nudos de tensión tanto para las cuidadoras como en la forma de otorgar el cuidado mismo.

Quiénes son, cómo viven y cómo se las arreglan para cuidar

Los aspectos personales, familiares y sociales de las cuidadoras, influyen de diversas maneras para que las acciones de cuidado se desarrollen en condiciones diferentes, a veces con menor dificultad y otras con mayores obstáculos y limitaciones. La combinación de elementos como la edad, el estado civil, el ingreso, la ocupación que desempeñan, y el parentesco con el adulto mayor, interactúan de manera interesante construyendo realidades heterogéneas para ambos: cuidadoras y ancianos.

La diferencia en la edad de las cuidadoras, la cual oscila entre 30 (la de menor edad) y 75 (la de mayor edad), constituyó información importante al relacionarla con la condición de salud, de fuerza física y de la experiencia de cuidado que unas y otras tienen. Las cuidadoras más jóvenes (frecuentemente son hijas), en su mayoría tienen mejores condiciones de salud física, pero su experiencia como cuidadoras la han adquirido solamente a través de la crianza de los hijos.

En cambio, en las cuidadoras de más edad (generalmente las esposas), es habitual que tengan una condición de salud física y emocional más vulnerable, pero cuentan con mayor experiencia como cuidadoras, debido a que han desarrollado en otras etapas del ciclo de vida, esta tarea con sus propios padres, con sus hijos, y en la actualidad, continúan siendo cuidadoras de sus esposos. En ellas, la repetición en el rol de cuidadoras se prolonga hasta la ancianidad, lo que puede dar como resultado que el cuidado se convierta en el centro de sus vidas (Arber y Ginn, 1991; Robles (2003).

En cuanto a la escolaridad, se observan diferencias que tienen relación directa con las edades, pues mientras las hijas, por pertenecer

⁴Las formas más comunes de violencia estructural son la discriminación por género, raza, edad, etnia, religión y orientación sexual y la aceptación de desigualdades como la pobreza, el sexismo y el racismo (Barros, 2004).

a una generación más reciente tuvieron acceso a un nivel mayor de instrucción escolar, las esposas, no tuvieron la misma oportunidad. En el momento histórico de la juventud de estas mujeres, se consideraba que era el varón quien debía estudiar o incursionar en actividades laborales, dado su rol de proveedor del hogar; para la mujer, era suficiente alcanzar “un saber necesario” para la organización del hogar y el cuidado de los hijos. La escolaridad está directamente ligada con la ocupación y con el ingreso; en el caso de las esposas cuidadoras de mayor edad, su acceso a un salario propio se reduce, ya que se conjugan la escasa instrucción escolar y la carencia de empleo remunerado, lo que da como resultado su dependencia económica, ya sea con el cónyuge o con los hijos.

Las cuidadoras más jóvenes (seis) que han incursionado en la vida laboral, cuentan con un mejor respaldo económico, por lo que tienen la oportunidad de contribuir con sus propios ingresos a satisfacer las necesidades de los ancianos enfermos. En los casos de tres participantes, el salario de sus cónyuges y una aportación suficiente de los hijos, es lo que les permite satisfacer las diferentes necesidades que implica la enfermedad y el cuidado del anciano. En este estudio son pocos los casos en que las cuidadoras trabajan fuera del hogar; en el caso de una entrevistada, con empleo informal, tiene la necesidad de vez en cuando, de buscar la ayuda de alguna vecina, a quien le paga por el cuidado de su madre enferma. En otras ocasiones, sus hijos pequeños se convierten en cuidadores de su abuela, mientras cumple con su jornada laboral.

Otro caso (Rosalía), trabaja tres días a la semana en un horario de cinco de la tarde a doce de la noche. Mientras está ausente, su madre se queda sola; en ocasiones, la anciana se queda al “encargo” de alguna de sus nietas. Rosalía refiere que no se va tranquila a trabajar, pues no confía plenamente en el cuidado que realizan sus hijas, sin embargo, no le queda otra opción. Mientras que otra participante, viuda, y con una única hija casada depende económicamente del apoyo de sus hermanos para su manutención y el cuidado de su madre.

En este caso, la preocupación de los hermanos fue “proteger” a la cuidadora, para que a su vez ella le diera cuidados a la madre enferma. De esta forma, se intercambian cuidados por ingresos económicos, lo cual es una forma común de resolver la problemática del cuidado.

En el caso de Jovita (esposa cuidadora), tiene una “tiendita” en su propia casa, contigua a la habitación de su esposo enfermo, y de esa forma combina el cuidado del adulto mayor, labores domésticas y la atención de la miscelánea, actividad que le permite equilibrar los gastos que representa sostener el hogar y apoyar los estudios de los hijos, ya que la pensión de su esposo no sería suficiente.

El tener una doble o triple jornada al cuidar del enfermo, aportar económicamente al hogar y realizar las tareas domésticas, trae repercusiones que afectan la calidad del cuidado y la salud de las cuidadoras. Aquellas que desempeñan una actividad laboral, aunque no formal, ocupan tiempo que no le dan al enfermo, creando con ello tensión y culpabilidad, pues de manera explícita o implícita, los ancianos reclaman su presencia constante y permanente. Las mujeres sin actividad laboral que sólo son cuidadoras y “encargadas” del hogar, realizan una serie de tareas que de cualquier manera son agotadoras y estresantes en mayor o menor medida.

El grado de cansancio y estrés que se produce en las cuidadoras varía considerablemente en tanto reciben o no apoyo de otro cuidador, o bien si hay recursos disponibles para cubrir su costo. Por ejemplo, hay quienes tienen la posibilidad económica de pagar a un enfermero que las ayude con las tareas más pesadas, como es el caso de las cuidadoras de mayor edad que tienen disposición económica. Se observaron tres casos en los que se cuenta con apoyo de cuidadores formales (se les otorga un pago), lo cual es posible debido a la colaboración económica de hijos y familiares. Las cuidadoras que su condición económica refleja pobreza no tienen acceso a dicha posibilidad y muchas veces tampoco reciben apoyo institucional, lo que refleja una forma de violencia estructural.

⁵Los nombres reales han sido cambiados con el propósito de guardar la confidencialidad de los participantes

Veamos el siguiente ejemplo:

(...) comencé a repartir solicitudes (de trabajo) donde sea, para poder tener seguro médico (...) porque esta enfermedad ya es muy constante de hospitalización, entonces, ya no puedo yo estar pagando, por poquito que sea... ya no puedo estar pagando seguido, seguido, seguido...la quise meter al Seguro Popular... pero no se pudo... no se pudo...que ahorita no hay inscripción... (Tina, hija cuidadora).

El contexto socioeconómico que viven las mujeres cuidadoras, muestra en buena medida, los obstáculos que enfrentan y la desigualdad de oportunidades que han experimentado por su condición de género. Lo anterior se aprecia en la falta de acceso a la educación, a la salud y sobre todo a la cooperación social en términos amplios, desde la colaboración familiar hasta la que se relaciona con las redes de apoyo social. También existe desigualdad en la reproducción de estructuras sociales injustas e inequitativas que integran configuraciones materiales e ideológicas que mantienen un orden social existente (Fernández, 1995:104; en Rodríguez y Carmona, 2006).

El cuidado realizado: distintos matices y escenarios

No hay un perfil único entre las cuidadoras, ni modelos “puros” de otorgar el cuidado, sino una combinación de expresiones que lo complejizan. Los aspectos que caracterizan a las cuidadoras, se entrecruzan con las acciones de cuidado que realizan, acciones que no se ciñen exclusivamente al cuidado físico del enfermo, sino que abarcan otra gama de actividades, muchas veces poco identificada por los demás miembros de la familia, y por los programas de apoyo social. A continuación se describen las principales acciones de cuidado que desempeñan las mujeres de este estudio, las cuales son coincidentes con lo que se ha reportado extensamente en la literatura revisada.

Las acciones de cuidado

El trabajo de las cuidadoras se convierte en acciones vitales para el enfermo; le permiten satisfacer sus necesidades y ofrecerle los recursos necesarios para su sobrevivencia (Robles, 2007:234) Esta autora, categoriza las acciones de cuidado a los enfermos en tres

direcciones o líneas:

a) Acciones de cuidado en la línea de la enfermedad: referentes al área de establecimiento de un diagnóstico; al área de manejo de las molestias; al área del manejo de los tratamientos y al área de atención de la enfermedad.

b) Acciones de cuidado en la línea del hogar: referentes al área de apoyo económico; al área de trabajo doméstico y al área de cuidados personales.

c) Acciones de cuidado en torno al trabajo biográfico del enfermo: referentes al área de organización del ambiente de cuidado; al área de apoyo a la reconstrucción de la identidad; al área para evitar el aislamiento social; al área para dar continuidad al curso de vida del enfermo; al área para crear una relación de cuidado.

Las acciones de cuidado que establece Robles (2007), implican una gama de tareas que generalmente pasan inadvertidas hasta por las propias cuidadoras; cuando se les preguntó por las actividades de cuidado que realizaban, se concretaron a citar aquellas que identifican como las que les causan mayor trabajo, como es el bañarlo, cambiarlo, moverlo, darle de comer, llevarlo al médico o a internar. Pasan inadvertidas las acciones como prepararle la comida (que a veces es comida especial, diferente a la que ellos comen), porque sienten que eso es “obvio”, que eso “de todas formas se tiene que hacer”; por otro lado, las acciones que ofrecen soporte emocional, tampoco las identifican como cuidado.

Esto lleva a reflexionar que muchas de las acciones de cuidado son “invisibles” incluso para las mismas cuidadoras, ¿qué se puede esperar de los demás miembros de la familia, de las instituciones que atienden a los ancianos o de las propias políticas sociales para la vejez? En este sentido, las mujeres tienen interiorizado fuertemente que las tareas realizadas son propias de su rol, sin diferenciarlas de un trabajo que merece ser visualizado y valorado.

De esta forma, los mecanismos de control sociocultural ejercen un importante papel de mantenimiento del status quo de la subordinación de la mujer. Sin embargo, dicho

control está oculto en la práctica cotidiana que se reproduce día a día, en las acciones y reacciones de las mujeres (Barros, 2004), ante las experiencias personales y familiares del cuidado. Las cuidadoras, en este contexto, realizan una serie de tareas que forman parte de su vida cotidiana y que representan un apoyo crucial para los adultos mayores discapacitados.

Las entrevistadas realizan las siguientes acciones de cuidado en la línea de la enfermedad: comprar y administrar los medicamentos, llevarlo al médico, gestionar apoyos, preparar remedios caseros, hacer curaciones, cambiarlo de posición y observar sus condiciones de salud. En la línea del hogar: comprar alimentos y enseres menores del hogar, levantarlo, cambiarlo, acomodarlo en un sillón, preparar y darle los alimentos, aseo personal del anciano, lavado de manos, cepillado de dientes, atención a sus necesidades fisiológicas, limpiar la casa, lavar, planchar, cocinar, etc. En torno al trabajo biográfico del enfermo, brindarle soporte emocional: platicarle, leerle, animarlo, orar juntos y tranquilizarlo entre otros.

También destacan los conflictos familiares por la falta de apoyo y participación en el cuidado de otros miembros de la familia; esta circunstancia hace que las cuidadoras no se puedan “despegar” del enfermo, y consecuentemente, se deterioren sus relaciones sociales y tiempos de descanso. Las cuidadoras, en el proceso de cuidar van perdiendo el sentido de sí mismas, viven a través del otro (del enfermo), por lo que hay un deterioro de su identidad.

Otro hallazgo importante es que las cuidadoras tienen necesidad de compartir sus angustias con la familia, además de la responsabilidad de las tareas de cuidado; necesitan sentir confianza en que cuentan con los demás para resolver las carencias en el tratamiento del enfermo y de subsistencia de quienes conforman el hogar. Las alteraciones de la salud mental como el estrés, la ansiedad y la depresión, son en muchos casos, la constante que presentan ante el trabajo arduo y pesado que representa el cuidado. Al mismo tiempo, la necesidad de suficiente información y capacitación sobre el cuidado, es un aspecto

que demandan sea atendido por las instituciones. Las siguientes narrativas confirman lo planteado anteriormente:

(...) más información de cómo cuidarlos, o qué hacerles cuando les pasa esto o aquello, fíjese, por ejemplo, cuando le dio por primera vez infección en la sonda, ni idea tenía... (...) no sé, que le digan a uno ¿sabes qué? Le van a dar muchos dolores y va a sentir esto pero no puedes hacer nada... o puedes hablarnos... o algo (Celia, hija cuidadora)

(...) pues yo lo que necesitaría es ayuda de... con él... me vienen a visitar (los hijos), pero hasta ahí, a platicarme... que “guiri guiri”, pero se ofrece ya que del baño, o que lo voy a bañar... y de ahí no hay ayuda... (...) todos quieren venir a verla (los hermanos), pero el trabajo es para mí (Asunción, esposa cuidadora)

(...) por ejemplo, que el día 10 de mayo, que celebran con los jubilados ¿verdad?, pues ya no puedo yo a esas cosas, no puedo, como la dejo sola? (Ma. Auxilio, hija cuidadora) (...) yo pediría de todo corazón que me dotaran de pañales (Asunción, esposa cuidadora)

(...) pues mis necesidades son, p'os el medicamento de él que es lo más urgente (...) pues dinero para todo, pedimos prestado para la resonancia magnética, pedimos prestado... ¿de dónde agarramos?

(...) ni a la tienda voy... ella (la hija) es la que va... que tráeme hija, esto, que tráeme lo otro... ni a la tienda siquiera... (...) pues yo de recibir ayuda, como le quiero decir?, no económica, yo estoy deseosa de ayuda moral... como que necesito mucho amor, mucha comprensión (Asunción, esposa cuidadora).

Es indiscutible que para los ancianos el cuidador es una figura muy significativa; generalmente se aferran a él para disminuir el temor, la ansiedad y la angustia. Para responder a ello, el cuidador debe estar “fuerte” para ofrecer soporte emocional, pero ¿quién cuida al cuidador?; ¿quién atiende su salud emocional? A lo más que se aspira en muchos casos, es a que la familia “ayude” o “colabore” en algunas tareas. En otros casos se puede lograr “el reconocimiento” de la familia y del círculo social cercano, se busca también que se les legitime como alguien “lleno de virtudes y calidad moral”, pero, ¿eso es suficiente? ¿Con el reconocimiento social, se pueden resarcir las repercusiones del cuidado?

Aquí vale la pena preguntarse: ¿qué papel juega la política social de la vejez, en apoyo a estas mujeres? En estos casos la política social

presenta una doble fractura; la primera se relaciona con la ausencia de protección social a las mujeres, y la segunda, consiste en que, como ancianas comprometidas con el cuidado de sus cónyuges, carecen de la protección de la salud física y emocional como cuidadoras, es decir, esta tarea las hace doblemente vulnerables, sobre todo aquellas que no cuentan con suficientes redes de apoyo social.

El discurso femenino de cuidado

La influencia de género en la cuestión del cuidado se circunscribe en una realidad social en la que tanto hombres como mujeres, sean cuidadoras o personas que reciben el cuidado, contemplan en el imaginario social, que el cuidar es una virtud que tiene reconocimiento social. De esta forma, el cuidado femenino en la vejez adquiere importantes matices de violencia de género, pues si bien es cierto que hay excepciones, en donde es un hombre el que otorga cuidado a los ancianos, existe una fuerte inclinación para asignar a las mujeres la responsabilidad del cuidado. Esta forma de configurar la identidad femenina surge a partir de discursos predominantes en un orden social en el que se conciben como cuidadora innatas (Aronson, 1992).

A veces me pongo triste que no me puedo ir a la iglesia, porque yo era de ir a los grupos, a todo, y cuando no voy digo –ay... ahora no fui- antes si me sentía más, ya ahora ya no porque dice el padre que yo tengo mi misión, que no me desespere que es mi misión aquí cuidar a mi mamá y que todo va pasando las cosas... (Francelia, hija cuidadora).

(...) pero también me dicen -¡ay qué bueno que tienes a tu madre!- y digo: pues de veras, gracias a Dios. (...) Me he fortalecido mucho porque a pesar de todas esas cosas que he pasado yo siento que estoy muy bien, porque yo me siento y la gente me dice que a pesar de mis años “todavía andas luchando y echándole ganas... (...) pues mi idea es cumplir yo misma lo que estoy haciendo, o sea, que no reniegue con mi mamá, que yo la atienda lo que yo pueda hacer... más no, verdad?... pero... lo que yo le pueda dar, su comidita, su atención, que esté al pendiente de ella... que debemos de tratar de darles cariño, estar siempre cerca de ella... (Pina, hija cuidadora).

Los discursos que giran en torno a la percepción masculina y femenina del cuidado, permiten diferenciar claramente la construcción social de las diferencias entre los géneros. Es decir, existe una posición binaria que predomina

en el contexto, en el que hay funciones para el hombre y funciones para la mujer; esta lógica binaria permea, fuertemente, el pensamiento occidental y está ligada estrechamente con significados de género: las oposiciones binarias están asociadas con conceptos simbólicos, mutuamente excluyentes de lo femenino y lo masculino y a su vez también posicionados de modo jerárquico (Sevenhuijsen, 1998, 1999), en donde lo femenino se subordina a lo masculino, donde lo masculino tiene mayor poder y además violenta la condición femenina.

Se puede hablar de una feminización del cuidado, donde las mujeres cumplen con los requisitos necesarios para convertirse en la cuidadora “ideal”, en función de tres aspectos: el primero tiene que ver con las “virtudes femeninas”; el segundo, a su ubicación como responsable en atender el hogar y la familia; y el tercero, a la calidad del cuidado, porque ellas reúnen más cualidades para otorgarlo (Robles, 2002:13).

Por una parte, es la mujer-madre la que reproduce estos patrones, a partir de su mayor responsabilidad en la crianza, pero también en menor medida por los patrones observados en su propio padre, quien ha tenido escasa presencia y participación en las tareas domésticas, de las cuales se le ha excluido desde la infancia; por lo que su desempeño en el hogar es valorado como de mala calidad, en consecuencia, es mejor que lo haga una mujer (Robles y otros, 2006:276).

Esto significa que los atributos masculinos se construyen en base en otros valores, ellos son: “la cabeza de la familia”, los proveedores económicos, y los que buscan distracción fuera del hogar; es decir, su espacio esencial, no es el hogar, es la calle o el lugar de trabajo. Estos rasgos, diferentes a los de la mujer, no lo hacen “adecuado” para el cuidado. De esta forma, hombres y mujeres reproducen recíprocamente dichas creencias que se vuelven verdades absolutas, realidades validadas, legitimadas familiar y socialmente, pues como dice una participante en el caso de sus hermanos: “mi madre los educó así”.

En este contexto, el cuidado se recibe y se otorga en un marco donde intervienen diversos elementos que tienen que ver con un

determinado orden social establecido en torno a la vejez, al cuidado y a lo femenino. La norma social establece que las mujeres son las cuidadoras idóneas para apoyar a los miembros de la familia que son vulnerables. No obstante, los discursos son ambivalentes y paradójicos, aunque evidentemente unos predominan sobre otros; como alude Robles (2007), las cuidadoras ofrecen resistencia de cuando en cuando, para expresar inconformidad y enojo ante la responsabilidad del cuidado, pero sus narrativas son “silenciadas” por ellas mismas, y cuando logran externarlas son “como voces en el desierto” que nadie escucha, de esta forma, el discurso generalizado y dominante sobre la obligación del cuidado vuelve a tomar fuerza en su interior.

El conocimiento científico y el conocimiento cotidiano coinciden en que las mujeres son las elegidas para llevar a cabo las acciones de cuidado. También ha sido suficientemente explicado que esta designación produce desigualdades al interior de las familias como en el contexto social. Robles (2007), en su estudio sobre el cuidado, plantea que existe un ejercicio de poder, tanto al interior de la familia como fuera de ella, que está permeado por cuestiones sociales y culturales; son los hombres quienes en buena medida toman la decisión y definen quién será la cuidadora.

El cuidado es una acción exaltada en la esfera privada y en el discurso cotidiano. Los mensajes de orden religioso también penetran los discursos de las cuidadoras; como ya se dijo antes, esta tarea se concibe como un deber exclusivo de las mujeres, que además exige una actitud paciente y abnegada, de lo contrario, se expone a una fuerte sanción social.

Este tipo de razonamientos en los que el peso de “verdades culturales”, como la obligación filial del cuidado que toda mujer debe prodigar, oculta detrás del discurso un tipo de violencia estructural-de género, que es reproducida por la propia familia, por las instituciones religiosas y por la propia estructura de la sociedad. La familia, a pesar de su transformación y evolución hacia nuevas formas de convivencia, de estructura y dinámica (los modelos actuales de familia tienden a atomizarse, a individualizarse), a su interior, el sometimiento

de muchas mujeres a los patrones culturales permanecen intactos (Barros, 2004). Ante el predominio de estas creencias compartidas por la familia, los ancianos y las propias cuidadoras resulta difícil que éstas tengan la posibilidad de compartir, de manera equitativa la responsabilidad del cuidado. Así lo demuestran los discursos de los ancianos participantes:

(...) Es muy claro, digamos la mujer es más entregada a prestar servicio y los hijos se aburren luego luego al otro día, y la mujer es más constante, por eso me gusta más el cuidado de mi esposa (...) Digamos eso jamás se borra, ella sigue siendo dedicada a su hogar aunque trabaje fuera, y el hombre no, se conforma con aportar algo de dinero y lo demás no, pues ya se va con los amigos, ya se va a diversiones y la mujer no, siempre está en la casa, siempre está procurando el bien de la familia, por eso... (José Luis, esposo de cuidadora)

Inv: ¿Quién de los hijos lo cuida más o lo cuida mejor? (...) Pues igual, nada más que de todos modos a la “pobre vieja” (esposa cuidadora) pues le echan la carga encima y yo junto con ellos... (Jorge, esposo de cuidadora).

Como vemos, las participantes muestran que hay un reconocimiento individual respaldado por el contexto social que otorga cierto “honor” a quien se encarga de otros; por tanto, cumplir con dicha función les resulta gratificante. Como plantea Hochschild (2008), las mujeres parecen disfrutar del cuidado de los demás, o al menos lo necesitan para adecuarse a la imagen que se espera de ellas, pues el cuidado se vincula con cosas femeninas, naturales que son bien vistas por los demás y que evocan un determinado ideal.

Además, en la familia se enseñan valores y principios que se introducen desde la infancia, como el de la unión familiar, el de la reciprocidad y la solidaridad familiar. Estas premisas se constituyen mandatos, los cuales se interiorizan en lo más profundo de las mujeres como si fueran características innatas, constituyéndose en una obligación moral, inherente al rol femenino, y “fabricada” para asirse a su sistema de valores, los cuales, en palabras de Robles (2007), responden a una norma social. Pero, ¿por qué nada más para las mujeres? ¿Acaso son valores exclusivos para un solo género? ¿Qué o quién favorece esta división de valores? El siguiente ejemplo, vemos la apropiación cultural del discurso del cuidado por las mujeres.

(...) yo me siento bien de tenerlo limpio a él, de darle de comer, yo me siento bien (...) útil, me siento útil, bien... como... a lo mejor no pagando, porque nunca les voy a pagar lo que hicieron por mí verdad?... en todos los días de su vida, pero sí a lo mejor pagarles un poquito de todo lo que hicieron por mí... (Celia, hija cuidadora).

La narrativa refleja que el cuidado se construye con base en símbolos y reglas sociales que implican un deber para las mujeres, llegando a constituirse en parte de su identidad femenina. La familia, los mandatos religiosos y los discursos sociales reproducen normas y valores que buscan la continuidad y permanencia de un aprendizaje social desde edades tempranas para que las mujeres respondan fielmente a ello. De esta manera, la asignación tradicional de tareas femeninas, desde ser la principal responsable del hogar y la crianza de los hijos, hasta ser la “encargada” de dar el soporte afectivo a los miembros de la familia, va construyendo una identidad femenina que va perfilando las diferencias entre los géneros.

La ambivalencia en el cuidado

La recompensa que da el reconocimiento social a quien cuida, no siempre es suficiente, también existe otro continente poco explorado en el mundo del cuidado, en el que existen carencias económicas, falta de apoyo familiar, insatisfacción, enojo y desesperación. Todos estos aspectos hacen que la tarea resulte agobiante y abrumadora, pero las mujeres cuidadoras no se atreven a abandonar su responsabilidad, ya que la familia, la sociedad, y ella serían sus principales jueces; debe continuar en el deber ser del ideal femenino. Los discursos que aparecen a continuación ejemplifican las dificultades económicas y familiares, así como la inconformidad latente que experimentan las cuidadoras.

(...) necesito hablar con una psicóloga... ya lo viví con mi papá, con mi hermana, la que se murió ¿y otra vez? (ser cuidadora)... yo se lo dije a mi hermana, la que vive en Irapuato, le dije: ¿sabes qué Rosalba?, haz algo porque yo no voy a poder, yo no puedo estar “navegando” tanto... (...) se me hacía eterno, yo ya no... iba por elevarlo y sentía que se iba... más bien yo quería que ahí parara toda mi historia... (Tina, hija cuidadora).

(...) por ejemplo, que el día 10 de mayo, que celebran con los jubilados ¿verdad?, pues ya no

puedo yo a esas cosas, no puedo, como la dejo sola? (a su madre)... (Ma. Auxilio, hija cuidadora).

(...) a lo mejor es más difícil para mí... porque estoy todo el día con él, viéndolo, él (se refiere a un hermano del enfermo), viene un ratito, lo ve y se va, para mí es todo el día y toda la noche estarlo oyendo... no... es muy pesado... Celia, hija cuidadora... (...) me pongo a rezar... rezar yo creo... si, pedirle a Dios que me de fuerzas... (Celia, hija cuidadora).

Los conflictos individuales y familiares de las cuidadoras se entrecruzan con los económicos y materiales. En el ejemplo de Tina, intervienen distintos factores: ella ha sido cuidadora de otros familiares, viene desempeñando una “carrera como cuidadora” (Robles, 2003). Por otro lado, la falta de participación familiar, tanto en el cuidado como en las aportaciones económicas para la atención de su madre, hace que surja el deseo de “abandonar el campo de batalla”. El enojo contra sus hermanas demuestra que “la unión familiar y la solidaridad” no son valores que todas las familias conservan. Es decir, si la unión familiar fuera real, no existiría el rol de “cuidador principal”, sino que habría muchos “cuidadores principales”.

Además, la propia familia, persiste en mantener el ideal del cuidado femenino, se ubica como un órgano que regula y vigila el “buen cuidado” en la vejez, constituyéndose en forma velada en un sistema de vigilancia”, que exige un buen desempeño a la cuidadora. Al respecto, Robles (2007) plantea que existen normas del “buen cuidado” y del “buen cuidador” que garantizan que esta labor se otorgue con calidad; el cuidado y el cuidador, son juzgados moralmente en términos de bueno o malo, de correcto o incorrecto, como parte de un dispositivo de control establecido por la familia. Veamos lo que comenta una hija cuidadora:

(...) viene en ratitos (su hermana), nada más la ve (a su madre enferma) y todo, “ay... hazle esto a mi mamá... hazle lo otro... pero nada más vienen un poquito y me dejan toda la responsabilidad (...) y pues si, a veces si... “¿Por qué no la has cambiado?, ¿Por qué no has cambiado a mi mamá?” Pues hay veces que se me va la onda y no la cambio (...) Ah... pero no falta: “¿Ay pero por qué no la has cambiado?”, “que mira que...”, “Ay, que aquí hace mucho calor ¿Por qué no le abres

bien la ventana?”... (opiniones que recibe de su hermana)... (Ma. Auxilio, hija cuidadora).

En este sentido, las cuidadoras expresan, además de los discursos del deber moral y la solidaridad hacia los ancianos, una gama de pensamientos y sentimientos que muestran el claro-oscuro de la tarea femenina que se vive como una carga-fuga, es decir, como una obligación de la cual se quiere salir huyendo. Sin embargo, sus voces no tienen fuerza, no son escuchadas ni por ellas mismas, porque al hacerlo, sobrevendría un fuerte cuestionamiento de sus creencias, de su identidad, de la solidaridad familiar y de las redes de apoyo social.

Las narrativas de las cuidadoras dan a conocer los múltiples papeles a veces superpuestos y paradójicos que protagonizan las cuidadoras; ellas y las acciones de cuidado, crean realidades diversas y complejas, por lo que se requiere dejar de visualizar el fenómeno del cuidado como un todo homogéneo y entender las contradicciones que le son inherentes, para reformular y re-construir nuevas imágenes del cuidado en la vejez. Los discursos a continuación reflejan diversas situaciones contradictorias que hacen que las cuidadoras entren en una lucha de sentimientos, ideas y valores.

(...) tengo que estar aquí “clavada”, pendiente, a veces la dejo allá arriba y me vengo a ver la novela... así descanso yo... y me está hable y hable... ¿por qué?... porque no quiere que yo esté descansando acá... (Ma. Auxilio, hija cuidadora).

(...) lo tomé como (el cuidar a su familiar): pues ni modo, ya nos tocó y vamos a “jalar”, y a seguir adelante, no tiene remedio, ni modo de “achicopalarnos” y ponernos a llorar... (Consuelo, esposa cuidadora).

(...) me iba a ver a mi hijo cada tres meses, o dos meses y tenía el grupo de oración, de catequesis, el grupo de la legión de Ana María... y ahorita no puedo ir ya... nada más voy a misa los domingos y vengo corriendo a darle su medicina... me ha cambiado mucho mi vida... (Pina, hija cuidadora).

Observamos en los discursos, que continúan presentándose resistencias a cambiar patrones sociales y culturalmente establecidos, cambios que se han defendido en las declaraciones internacionales de los derechos de las mujeres,

en virtud de que no se han logrado modificar las causas que generan las desigualdades basadas en construcciones sociales del papel de mujeres y hombres. Siguen existiendo relaciones desiguales en las que el hombre ve como “natural” (y muchas veces también las mujeres) el que haya tareas exclusivamente de asignación femenina y que representan una cierta forma de violencia indirecta (Martínez, 2005), que tiene que ver con la construcción social de las diferencias e inequidad entre los géneros.

Las mujeres cuidadoras se ubican en una posición de desventaja ante los demás miembros de la familia, ante la red social de apoyo y ante los beneficios institucionales a los que pueda aspirar, en cuanto que su papel implica no recibir ayuda de casi nadie, y digo casi, porque ocasionalmente surge alguien que las releva en determinadas tareas y momentos. Sin embargo, el no contar de manera permanente y sistemática con la ayuda necesaria, ha generado una actitud de resignación y conformidad ante una responsabilidad que nadie más quiere asumir.

La mayoría de las cuidadoras, no contempla la mínima posibilidad de que algún recurso institucional o que el Estado comparta la responsabilidad que “lleva a cuestras”; esta “apropiación” del cuidado de los enfermos, como un asunto exclusivamente familiar y sobre todo femenino, forma parte de un sistema de creencias que limita la capacidad de protestar, de inconformarse, de demandar apoyo y atención a estas problemáticas.

Así, el trabajo, la vida familiar, el descanso, la interacción social, son aspectos que se abandonan, suspenden y/o relegan cuando se cuida a un enfermo; el cuidado requiere espacio y reorganización de los tiempos para cumplir con las necesidades de los ancianos. La trasgresión de la salud emocional y las relaciones sociales del cuidador tienen un impacto directo en la construcción de su identidad; por un lado, se percibe como una persona altruista, compasiva, responsable, que “cumple con su deber”, y por otro, en su discurso interno, se muestra como una persona que sufre, que se enoja, que se impacienta y se frustra ante “la satisfacción del deber cumplido”.

En ese espacio privado del cuidado, donde se vive el encierro, el cansancio, el estrés y el enojo silencioso, se inscribe una forma de violencia hacia las protagonistas del cuidado, una violencia profunda que incide, como dice Blair, en su subjetividad, en sus significaciones, en el sentido que le dan a su orden de vida, a su existencia (Blair, 2009).

Las cuidadoras, ante la falta de apoyo social, desarrollan estrategias para mantenerse “a flote” ante la carga que representa el cuidado; dichas estrategias se orientan en varias direcciones, según sus propios recursos personales y el tiempo del que dispongan. Estas alternativas generalmente son de tipo ocupacional:

(...) Me pongo a tejer, tejo y tejo y tejo y eso es lo que me mantiene y hago mi quehacer, me pongo a barrer, a regar la “yerbas”... eso me tranquiliza, las “plantitas” me relajan... O bien, actividades de esparcimiento: (...) pero a veces si salgo, si... hago ya “conchita”, porque le digo... bueno, esto no es vida, y salgo, sobre todo al cine o me dice Miguel (su esposo), vamos a cenar...

Pero sobre todo, se inclinan en mayor medida por refugiarse en actividades espirituales o religiosas que las fortalecen y les ayudan a permanecer “en el campo de batalla”.

Hasta aquí, los aspectos revisados hacen referencia a la evidente falta de respuesta no sólo de los demás miembros de la familia, sino de las instituciones de salud y asistenciales y de los programas de atención a la vejez. Las cuidadoras enfrentan múltiples necesidades, pero las más importantes giran en torno a dificultades económicas, a problemas de salud física o emocional y a limitaciones para otorgar un mejor cuidado a los ancianos, sobre todo en lo que se refiere a su movilización.

La satisfacción de las necesidades de las mujeres responsables del cuidado, debiera ser una obligación del Estado, un ejercicio de derechos de ciudadanía, una práctica democrática. Los tomadores de decisiones en las políticas sociales tendrían que no sólo oír, sino escuchar las voces de las cuidadoras y estar dispuestos a profundizar en lo que acontece tras las “cortinas” donde se desempeña el cuidado,

para lograr la transformación de la posición de las mujeres y evitar que se continúe violentando la condición femenina.

A modo de conclusión

Los planteamientos descritos en este artículo develan una realidad del proceso, con diferentes matices del cuidado y de quienes tradicionalmente han venido desarrollando el rol de cuidadoras. En relación con estas últimas se identifican características similares a otros estudios, esto es, tanto el estado civil, la coresidencia, el no tener hijos pequeños y disponer o no de empleo (o si lo tienen, no es un empleo formal), son las condiciones que determinan en muchas ocasiones delegar y/o asumir dicho papel. No obstante, existe una realidad poco explorada: la influencia que tienen los supuestos de la cultura y la tradición, en los pensamientos, los sentimientos y las acciones que se relacionan con el cuidado realizado por las mujeres. En este sentido, el género se constituye en un asunto de interés para entender la compleja realidad de la diada cuidado-cuidadoras.

Como vemos, en el aspecto del cuidado, las constantes son:

- a) Tarea realizada por mujeres en casi la totalidad de los casos.
- b) Rol asignado y asumido por la indiscutible influencia de género como una construcción cultural de las diferencias sexuales.
- c) Categoría social de cuidadora, construida y legitimada por la imágenes, las creencias sobre lo masculino y lo femenino que se plasman en poderosos discursos predominantes, que influyen y determinan los comportamientos en torno al cuidado.

En función de lo señalado en el párrafo antecedente, así como a los valores y principios familiares, religiosos y comunitarios, en las mujeres, existe “el sentimiento del deber”, razón por la cual se responsabilizan de tareas como el cuidado a los ancianos. Esta normatividad moral se instala desde edades tempranas para dar cumplimiento a un orden cultural de género que las modela para ser “las cuidadoras “ideales” por sus “virtudes” femeninas; así las conciben los ancianos, la familia y la sociedad. Este imaginario social que pesa sobre las

mujeres, les impide abandonar el “campo de batalla”, ello implicaría poner en riesgo la aceptación, el reconocimiento familiar y social, puesto que para todo ser humano es importante el sentido de pertenencia, aún a costa de sacrificar sus necesidades materiales, emocionales, de salud, lo vital es la satisfacción del “deber cumplido”.

En este sentido, cobra presencia la violencia a que hace alusión Bourdieu, la cual está inserta en la cultura, “que se caracteriza por ser amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término del sentimiento” (Bourdieu, 2000; 11-12).

Como ya se dijo la categoría social del cuidado, se construye por una parte, en función de los discursos culturales de género, de un orden social que divide las tareas para los hombres y para las mujeres; pero por la otra, en torno a las prioridades de una agenda política, la cual considera si es importante o no atender esa necesidad. En nuestro contexto, al igual que otros países latinoamericanos, las políticas del envejecimiento tienen un vacío en el asunto del cuidado, es necesario iniciar la discusión de ello, en el plano político y de las políticas; necesitamos empezar a darle un lugar, a hacerlo visible, iniciando con la responsabilidad de promover la equidad de género en la labor de cuidado.

La situación actual del cuidado tiene sus orígenes en los valores del amor filial y del deber moral, aspectos que están fuertemente inculcados en la ideología, siendo las mujeres, las principales protagonistas. El cuidado es visualizado por las mujeres como fuente de satisfacción, de felicidad, y si la felicidad, como dice Hochschild (2008), deriva en parte de sentirse valorado; entonces, es necesario crear nuevas formas de valorar el cuidado, desligarlo del género y de la atención del hogar. Los valores guían, pero se les debe cuestionar permanente y sistemáticamente, de-construirlos

y re-construirlos, para encontrar “nuevas verdades” sobre la obligación filial y moral.

En esta línea de comprensión, Montoro (1998) propone una dimensión de reflexividad para las políticas sociales; en el caso del cuidado en la vejez, también se debe incluir esta dimensión que integre la posibilidad de una modificación constante de las acciones del Estado y de la sociedad civil. Así mismo, el tema de la equidad de género es crucial, ya que el cuidado ocupa un papel central en la vida de las mujeres, por su trayectoria como cuidadoras. El dilema surge cuando mujeres cuidadoras jóvenes quieren cumplir su rol, responder a la expectativa de lo doméstico, pero a la vez luchan por avanzar en la esfera pública.

De alguna manera, las políticas de equidad de género han avanzado impulsando oportunidades laborales para las mujeres, pero han hecho muy poco o nada en apoyar su función como cuidadoras, he aquí una contradicción. En este contexto, la falta de protección social deriva en una forma de violencia no sólo simbólica, sino real que desatiende y omite satisfacer las necesidades urgentes de las mujeres cuidadoras, necesidades que van desde la información y orientación, hasta la atención de su salud física y mental; y junto con ello, la necesidad de transformar creencias y normas sociales que las colocan en posiciones de sometimiento y represión.

El asunto de las cuidadoras no debe ser exclusivo de la esfera privada del hogar, como plantea Sevenhuijsen (2003) tampoco debe centrarse sólo en la esfera pública de las políticas sociales, donde participan los políticos. Necesita ser un tema que se discuta en lo político, en virtud de que este es un terreno más amplio; en lo político incursionan otros actores, en otros espacios. Es necesario también volver la mirada a los resultados de investigaciones en este campo, para que las voces de las cuidadoras sean escuchadas y el asunto del cuidado femenino sea un tema a resolver en la agenda política de equidad de género y de los derechos humanos de todas las personas.

- Ancizu I. y M. T. Bazo (2001).** The caregiving dimension. En Ageing, international relations, care systems and quality of life: An introduction to de OASIS Project. S. O. Daatland y K. Herlofson (eds.). Oslo: Norwegian Research: 41–51.
- Aguirre, R. (2008).** El Futuro del cuidado. En: Futuro para las Familias y Desafíos para las Políticas. Serie Seminarios y Conferencias. Irma Arriagada (ed.). Santiago de Chile: CEPAL.
- Aramburu, I.; A. Izquierdo y I. Romo (2001).** Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de alzheimer y ancianos con patología invalidante. En Revista Multidisciplinar de Gerontología, 11(2): 64–71. Disponible en www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_2/gi-11-2-002.pdf (Página consultada el 23 de agosto de 2007).
- Arber, S. y Ginn, J. (1990).** The meaning of informal care: gender and the contribution of elderly people. En Ageing and Society, (10): 429–454. Londres: Sage Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).
- Aronson, J. (1992).** Womens sense of responsibility for the care of old people: 'but who else is going to do it?'. En Gender y Society, 6(1), march 1992: 8–29. Ontario: SAGE Social Science Collection. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 3 de abril de marzo de 2009).
- Arzate, J., Gabriela Fuentes y Corina Retes (2007).** Desigualdad y vulnerabilidad en el colectivo de adultos mayores en México y el Estado de México: Una revisión multidisciplinaria. En Quivera, Revista de Estudios Urbanos, Regionales, Territoriales, Ambientales y Sociales-UAEM. Disponible en: quivera@uaemex.mx (página consultada el 13 de febrero de 2010).
- Banchs, M. (1998).** Mujer, visibilidad y ciudadanía. Ponencia presentada en el Coloquio Violencia contra la Mujer, Derecho de las Humanas y Ciudadanía. Artículo publicado en internet en la web <http://uvigo.es/pmayobre> (página consultada el 4 de junio de 2006).
- Barros, L. (2004).** Discriminación sexista y otras formas de violencia estructural e institucional contra la mujer. Tesis doctoral. Universidad Carlos III de Madrid.
- Blair, E. (2009).** Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. Rev. Política y Cultural no. 32, pp. 9–33. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed> (página consultada el 13 de marzo de 2010).
- Bourdieu, P. (2000).** La Dominación Masculina. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Delicado, V. (2006).** Características sociodemográficas y motivación de las Cuidadoras de personas dependientes. En Praxis Sociológica, (10): 200–234. Universidad de Castilla-La Mancha, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Disponible en http://www.praxis sociologica.org/_Praxis/documents/Revista_n6.pdf (Página consultada el 14 de noviembre de 2008).
- Deví, J. y I. Ruiz (2002).** Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador enfermo con demencia. En Mult Gerontol, 12(1): 31–37. Disponible en http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002_1/g-12-1-005.pdf (Página consultada el 18 de diciembre de 2007).
- Díaz, G. (2009).** La violencia de género en México: reto del gobierno y de la sociedad. En Encrucijada. Revista electrónica del centro de Estudios en Administración Pública-UNAM, No. 2. Disponible en http://ciid.politicas.unam.mx/encrucijadaCEAP/arts_n2_05_08_2009/art_ineditos2_2_diaz.pdf (Página consultada el 13 de febrero de 2010).
- García, A.; J. Rabadán y A. Sánchez (2006).** Dependencia y Vejez. Una aproximación al debate social. Madrid: Arán Ediciones.
- Graham, H. (1983).** Caring: a labour of love, en Janet Finch y Dulcie Groves (eds.), A labour of love; Londres, Routledge. En La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. Leticia Robles. Revista Papeles de Población, (45): 49–69, 2005. Toluca: Universidad Autónoma del Edo. de México.
- Kittay, E. (1999).** Love's Labour. Essays on Women, Equality and Dependence. Nueva Cork: Routledge. Disponible en <http://www.smatthewliao.com/texts/kittay.PDF> (Página consultada el 24 de marzo de 2005).
- Lan, P. (2002).** Subcontracting filial piety. Elder care in ethnic chinnese immigrant families in California. En Journal of Family Issues, 23(7); 812835. Sage Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 3 de abril 2009).

- Martínez, A. (2005).** Violencias estructurales: obstáculos para el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres pobres. *Revista Feminismo*, No. 6, pp. 69-44. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1977457> (Página consultada el 27 de abril de 2010).
- Montorio, I.; M. I. Fernández; A. López y M. Sánchez (1998).** La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. En *Anales de Psicología*. 14(2): 229-248. Universidad de Murcia. Disponible en http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf (Página consultada el 23 de mayo de 2006).
- Montorio, R. (1998).** Fundamentos Teóricos de la Política Social. En: *Política Social*. Carmen Alemán Bracho, y José Garcés Ferrer (coords.), cap. 2, pp. 33-49. McGraw Hill: Madrid.
- Pautassi, L. (2008).** Nuevos desafíos para el abordaje del cuidado desde el enfoque de derechos. En *Futuro de las familias y desafío para las políticas*. Irma Arriagada (ed). Serie Seminarios y Conferencias, (52), CEPALC. Santiago de Chile: ONU.
- Rivera, J. (2001).** Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Madrid: Consejo Económico y Social y Comunidad de Madrid.
- Rodríguez, F., Carmona, G. (2006).** Globalización, Violencia Estructural y Pobreza. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional "Educación y Sociedad", realizado en Granada, España. Disponible en http://congreso.codoli.org/area_1/Martinez-Rodriguez.pdf (Página consultada el 3 de marzo de 2010).
- Robles, L. (2003).** Una vida cuidando a los demás. Una 'carrera' de vida en ancianas cuidadoras. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes Sociales de apoyo a las Personas Adultas Mayores: El rol del Estado, la familia y la comunidad. Disponible en www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALIDO19.pdf (Página consultada el 18 de enero de 2007).
- – (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. En *Papeles de Población*, (45): 4969. Toluca: Universidad Autónoma del Edo. de México.
- – F. Vázquez; L. Reyes e I. Orozco (2006). Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. México: El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdez.
- – (2007). La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Guadalajara: Editorial Universitaria.
- Sevenhuijsen, S. (1998).** Too good to be true? En *IWM Working Papers*, no. 3, 1998. Viena: IWM Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).
- – (1999). Citizens and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics. En *The Journal of Politics*, 61(4): 1199-1201. Disponible en [http://links.jstor.org/sici?sici=0022-3816\(199911\)61%3A4%3C1199%3ACATEOC%3E2.0.CO%3B2-K](http://links.jstor.org/sici?sici=0022-3816(199911)61%3A4%3C1199%3ACATEOC%3E2.0.CO%3B2-K) (Página consultada el 14 de marzo de 2006).
- Torres, M. (2005).** Género y discriminación. *El Cotidiano*, Revista de la Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco ISSN 0186 1840, pp 71-77.
- Waerness, K. (2001).** Social Research, political theory and ethics of care. En *Research Review*, 17(1): 516. London: SAGE Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).

“Aun dormida...Ella continua preguntándose en busca del por qué Él se enoja”

LA CODEPENDENCIA EN MUJERES

Ana Rosa Rodríguez Durán. Maestrante en Terapia Familiar con enfoque sistémico. Docente de Medio tiempo de la Facultad de Trabajo Social.

Ana María Álvarez del Castillo González. Maestra en Orientación Educativa, perfil PROMEP. Directora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Lorena Fabiola Martínez Zertuche. Terapeuta Familiar con enfoque sistémico. Secretaria Académica y Docente de Tiempo completo de la Facultad de Trabajo Social.

Ana Elda Garay Burciaga. Maestra en Terapia Familiar. Coordinadora del Centro Universitario de Salud Mental.

Resumen

Determinar el Grado y Características de la Codependencia en la vida emocional de las mujeres, tiene relevancia en un contexto macro social, ya que a partir del propio aprendizaje y reconocimiento de fenómenos sociales es como se dará la reproducción de patrones conductuales al interior de los hogares y las instituciones que tienen íntima relación con la familia.

El estudio encaminado a describir la vida emocional de las mujeres con rasgos Codependientes, resulta interesante para el equipo investigador, ya que si bien se ha definido la Codependencia como un término que surge junto con los grupos de autoayuda para familiares de personas alcohólicas en el año de 1940, en la actualidad se puede observar que este trastorno interaccional tiene presencia en todas las esferas en que se involucra el ser humano, como lo son los grupos sociales, vida laboral y por supuesto la relación familiar.

Palabras clave: Codependencia, mujeres

Abstract

Determine the extent and characteristics of Codependency in the emotional life of women, is relevant in a social context, and that from his own learning and recognition of social phenomena is required is a reproduction of behavioral patterns within households and institutions which have close relationship with the family.

The study aimed to describe the emotional life of women with Codependents features, it is interesting for the team, because although Codependency has been defined as a term that comes along with self-help groups for relatives of alcoholics in the year 1940, now we can see that this interactional disorder is present in all areas where humans are involved, such as social groups, working life and of course the relationship.

Keywords: Codependency, women.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué el interés de investigar la Codependencia en mujeres? Si bien es cierto, la Codependencia puede estar explícita en el género femenino y masculino, resulta interesante observar que los principales estudios efectuados sobre el tema se ha determinado que la mujer es la que presenta con mayor frecuencia características de este trastorno de la personalidad por dependencia tal como lo define el DSM IV al respecto Noriega y Ramos (2002), han mencionado que la Codependencia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, siendo un reflejo de estereotipo femenino empleado para enfrentar los estresores ambientales.

Al ser la mujer una parte complementaria en la incorporación y desarrollo de patrones

conductuales al interior de las familias, su figura ejerce una influencia en el modelaje de nuevas estructuras de identificación, es por ello que si existe una imagen deteriorada de un constructo femenino; esto nos obliga a pensar en la complejidad de las interacciones futuras específicamente al interior de los sistemas familiares.

La mecánica familiar disfuncional, se encuentra como consecuencia natural del patrón de relación que en últimas décadas ha recibido el nombre de Codependencia, la cual en términos sencillos “se determina como la relación simbiótica entre dos personas, donde ninguno de los dos es capaz de sanar ni terminar la relación” (Armendáriz; 2002:43).

La intención por realizar esta investigación es

conocer a fondo sobre los rasgos y las implicaciones que tiene la Codependencia en la vida emocional de las mujeres así como describir el grado en que se manifiesta este trastorno, considerando que cuando existe conocimiento sobre las condiciones emocionales sobre las cuales se mantiene una pauta interaccional, se tiene la posibilidad de desarrollar ejercicios de auto-observación en lo cotidiano fortaleciendo las relaciones interpersonales y socio afectivas al interior y exterior del Sistema Familiar.

La investigación tendrá lugar en el Centro de Desarrollo de la Comunidad ubicado en el Fraccionamiento Joyas del Valle con domicilio Ágata esquina con Mar de Plata. Será un estudio Exploratorio, bajo el paradigma de investigación Cuantitativo en una primera fase, con alcances cualitativos, de corte longitudinal.

Encuadre teórico

La definición del DSM III precisa que las personas dependientes son las que tienen dificultad para funcionar de manera autónoma, se subordinan a los demás y demuestran una tendencia a permitir, e incluso a incitar a los otros, hacerse cargo de sus responsabilidades en su lugar.

Las personas dependientes tienden a permanecer en las relaciones donde son maltratadas, en función de su miedo a la soledad son personas que se sienten devastadas cuando acaba una relación, y éste es uno de los motivos más frecuentes por las que acuden a consulta, tienen dificultad para ponerse en acción y son vulnerables a la angustia de abandono, sensibles a un buen número de factores de estrés psicosocial asociados al abandono y a la soledad (Téllez; 2005).

La personalidad codependiente se caracteriza por presentar fallas y vacíos en el desarrollo, experimentando regresiones espontáneas que generalmente ocurren con sus relaciones personales más significativas aunque éste es un término reciente, el fenómeno ha acompañado siempre a los seres humanos, pues tiene que ver con la necesidad de sentirse amado pero con la particularidad de no poner límite a ello, sino más bien entrar en un círculo

donde el control y el dar se convierte en una obsesión (Bradshaw; 2000: 247).

La palabra codependencia apareció en la escena del tratamiento psicológico a fines de la década de los setenta, la palabra emergió simultáneamente en varios centros de tratamiento de Minnesota, de acuerdo con la información de la oficina de Sondra Smalley, una psicóloga con licencia y líder en el campo de la codependencia, en base a lo anterior se había hecho alguna investigación sobre el tema, la cual indicaba que una condición física, mental, emocional y espiritual similar a la provocada por el alcoholismo parecía darse en muchas personas no alcohólicas o no químicamente dependientes cercanas al alcohólico (Gilles; 2005:129,213).

Sin embargo, la definición de codependencia se ha expandido desde entonces, los profesionales empezaron a entender mejor los efectos de las personas químicamente dependientes sobre la familia e identificar otros problemas tales como los trastornos compulsivos los cuales eran paralelos a enfermedad como el alcoholismo, además de advertir que muchos individuos que se encontraban en una relación cercana con estas personas compulsivas desarrollaban patrones que se encontraban relacionadas con el alcohólico (Beattie; 2005:49,60).

Características de la codependencia

Una persona Codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte, y que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona, esta persona puede ser un niño o un adulto o un amante o un cónyuge (Schaeffer, 2004).

Una razón por la cual se le llama enfermedad a la codependencia es porque es progresiva, a medida que la gente a nuestro alrededor se enferma más, podemos empezar a reaccionar en forma más intensa aún. Lo que empezó como una pequeña preocupación puede disparar el aislamiento, la depresión, una enfermedad física o emocional, o fantasías suicidas.

Las conductas Codependientes como muchas conductas autodestructivas se vuelven

habituales, los hábitos cobran vida propia, la codependencia implica un sistema habitual de pensar, de sentir y de comportarnos hacia nosotros y hacia los demás que nos causa dolor (Beattie; 2004: 19-31).

Las mujeres de nuestra cultura presentan una tendencia especial a ser Codependientes, se aprende desde la infancia a ser obedientes, cooperadoras y a complacer a los demás, la codependencia es difícil de restringir por que se oculta bajo el aspecto de la atención, se puede creer que se actúa honestamente y convencer a los demás, que se está actuando con toda la bondad de su corazón cuando en realidad, es manipuladora y controladora (Sue Stern; 1990:56-57).

Las personas que no están dispuestas a asumir responsabilidad debido a una incapacidad para funcionar y tomar decisiones de manera independiente muestran riesgos de personalidad Codependiente, carecen de seguridad en sí mismas y subordinan sus necesidades a las de las personas de las que dependen, no obstante su dependencia e incapacidad para tomar decisiones puede pasar desapercibida o ser malinterpretada por observadores casuales, por ejemplo una mujer Codependiente puede permitir que su cónyuge sea dominante o abusivo por temor a que de otra manera éste se vaya. (Sue David, Sue Derald, Sue Stanley; 1996:253).

El rol femenino

Según Rage (1996) las mujeres sufren de estereotipos femeninos donde ellas “deben ser” percibidas como dependientes, sumisas, pasivas, ilógicas, frágiles, sin ambiciones, ayudadoras, poco inteligentes, diseñadas por la naturaleza o para ser amas de casa o madres de ahí que Deux (1976) Citado por (Rage; 1996: 247) menciona que los niños como las niñas están condicionados desde muy pequeños para aceptar el rol sexual al que son predeterminados, planteando la interrogantes si realmente están cambiando los estereotipos del rol tradicional, si los niños tienen buenos modelos paternos y si ven cambios en la imagen masculina y femenina, sin embargo hoy en la actualidad sigue vivo y actuando en nuestra cultura este patrón genérico.

Lott (1987) citado por (Rage; 1996: 248) propone una definición de mujer “ser mujer es

ser biológicamente complementaria a un hombre y compartir con él un estereotipo igual de conductas e ideas que se observarán sólo con el tiempo, limitaciones físicas y circunstanciales, pero no por imaginación, autoestima o poder”.

La mujer está empezando a tomar acciones en su desarrollo como resultado de sus conocimientos, existe un cambio en la estructura de género, que es provocado por lo que la mujer espera de los hombres y el papel que juegan éstos en la vida de las mujeres.

Continuando con el autor, éste menciona que la vida cotidiana de las mujeres suele estar organizada en una serie de actividades y rutinas que suelen considerarse como “naturales” omitiéndose de este modo que sean capaces de producir algún grado de malestar. Si bien existe gran heterogeneidad entre los distintos sectores sociales, es la organización de la vida cotidiana de las mujeres un lugar de presión que genera múltiples situaciones estresantes para ellas.

Una vez abordada la caracterización de la Codependencia en el Rol Femenino se busca explicar el fenómeno a través de la Teoría General de Sistemas, considerando importante también mencionar la Teoría Estructural.

Teoría general de los sistemas

Dentro de la concepción científica de finales del siglo XX, se ha presentado un paradigma científico de naturaleza esencialmente nueva, el modelo reduccionista o mecanicista partía de la premisa de aislar los elementos de un universo observándolo, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual, sin embargo el Modelo Sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca, es decir la exploración científica del todo y sus totalidades, en Yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista, que se consideraba como parte de la metafísica. (Sánchez, D; 2000:35).

La Teoría de Sistemas Generales de Von Bertalanffy (1971), se trata de una Teoría Biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos de

subsistemas, formados aquellos a su vez parte de unos microsistemas. (Payne, M; 1991:179), es por ello que al abordar la codependencia en las mujeres como objeto de estudio, no puede ser analizado de manera aislada sino que tiene que ver con los elementos que integran su cotidianidad, sus relaciones, sus estilos de vida y por supuesto su cultura.

A continuación se presentaran los Principios Básicos de la Teoría General de Sistemas ya que son a partir de estos componentes que se dará explicación al objeto de estudio.

a. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El total del sistema está interactuando por las cualidades individuales de la suma de “n” elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos; el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.

b. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas, dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, estas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente estaban determinados por la generación, la edad el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.

c. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento es consecuencia e influye en el comportamiento de otros miembros del sistema.

d. Los Sistemas Familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, ya que tendencia principal de un sistema es mantener el equilibrio, sin embargo la familia rompe el equilibrio no solo por la destrucción, sino que estos cambios pueden deberse al crecimiento o de morfogénesis.

e. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos, entre los sistemas vivientes abiertos, la familia es uno de

los más dinámicos, ya que cada uno de los subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y de cambios continuos. (Sánchez, D; 2000:41-42).

Teoría estructural

Tiene sus bases en la Teoría General de Sistemas, aunque tiene dos corrientes una se inclina más al paradigma cibernético y otro que es de la corriente orgásmica que busca los principios y las leyes que rigen a los organismos en tanto que son sistemas y por lo mismo su vinculación con la T.G.S, esta estudia las totalidades, pero no entendía como sumativa (papa - mamá – hijos = familia) sino parte más bien de la perspectiva de que es la posición que ocupa los integrantes y las interacciones entre ellos dentro del sistema, lo que da la conformación del mismo. La causalidad de los fenómenos desde dicha T.G.S no es lineal (causa-efecto o estímulo-respuesta) sino circular.

A principios del decenio de 1960-1969, Salvador Minuchin trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva Cork, pertenecía a un grupo de terapeutas dedicados a la investigación, que pretendían hacer cambios a las técnicas ya existentes en la institución, este concepto surgió debido a que los jóvenes atendidos en la institución, una vez rehabilitados y dados de alta reincidían debido a los problemas familiares (Sánchez, D; 2000:89).

El modelo normativo de Minuchin para una familia que esta funcionando bien es de especial utilidad, ya que una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados, el subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos, el subsistema parental tendrá límites claros entre él y los hijos, más no impenetrables que limiten el acceso necesario para los buenos padres, el subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su sexo y edad, determinados por la cultura familiar (Hoffman, L; 1998 :248).

Salvador Minuchin (1974) se especializó en el estudio de la estructura familiar y la definió

como una serie invisible de demandas funcionales que se organiza en la manera en que sus miembros interactúan, la estructura denota la configuración de la familia, esta se produce cuando los miembros del sistema adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros, es decir las familias disfuncionales parecen ser más rígidas en el rango de su estructura, en comparación con las familias estructurales.

Los teóricos de la terapia familiar estructural reconocen y aceptan la interacción del terapeuta en el sistema familiar para motivar el cambio, para convertir al sistema familiar en un sistema "familia-terapeuta" (Minuchin y Fishman, 1981 citado por Sánchez, D; 2000:90)

Continuando con el autor, se menciona que la primera publicación del modelo se dio en el año de 1972, con el título de Structural Family Therapy, en ella se presentaron realidades en lugar de historias delimitando la estructura familiar.

El objetivo de la terapia Familia Estructural es reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permitía o lo resistía para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente o cooperativa. Todo esto tiene también una orientación estratégica ya que el terapeuta ejerce y motiva los cambios en la estructura familiar. Las metas se establecen en función de la acción, secuencia, comportamiento, tratamiento y actividades que se enfocan con el fin de obtener estos cambios.

Se proponía definir el modelo estructural, como la acción de desviar y minimizar las funciones de reto y alimentación de síntomas presentes y la necesidad de sacudir a la familia hacia fuera de esta mala interacción establecida (Haley, 1980 citado por Sánchez, D; 2000:91).

Axiomas del Modelo Estructural

a. El hombre influye sobre su contexto y es influido por este, sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema.

b. Cuando se trabaja con las familias, el especialista influye en el contexto, pasando a formar un sistema más amplio, que la terapia

familiar se denomina sistema Terapéutico.

c. La familia es un sistema abierto, se mantiene en constante interacción con el sistema social, el cual en relación con la familia se puede denominar sistema terapéutico. (Umbarguer, 1983:)

Componentes de la Teoría Estructural

Entre los principales componentes se encuentran tres conceptos, la estructura, los subsistemas y los límites.

La estructura será la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia, esta estructura recibe las secuencias que pueden ser predecibles, e involucrará y establecerá reglas que rijan sus transacciones para discernir acerca de la estructura familiar, es importante diferenciar dos aspectos: uno Sistémico, que explique la estructura familiar y el otro que observe a la familia en acción. (Sánchez, D; 2000:91).

Continuando con el autor, se menciona que las familias son definidas como subsistemas, en la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones, cada individuo o dos o más formarán un subsistema, estos son determinados por generaciones (paterno, fraterno y familia extensa) cada miembro de la familia desarrolla diferentes roles en distintos subgrupos, cada individuo y subsistema, así como toda la familia, están interrelacionados a través de límites personales, barreras indivisibles que identifican a individuos y subsistemas, que regulan la relación del uno con el otro y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos.

Salvador Minuchin citado por Sánchez, D; (2000) determina varias etapas para el desarrollo de la familia, de acuerdo con el crecimiento de los hijos, donde la familia tendrá que ir ajustándose a estos cambios.

a. La formación de la familia, etapa que se desarrolla a través de la interacción de la pareja, formando una unidad o subsistema con sus propios límites.

b. Las familias con hijos pequeños, estadio

que se presenta con el nacimiento del primer hijo y que forma un nuevo subsistema (padre-hijo y madre-hijo).

c. Familias con hijos en edad escolar y adolescentes, etapa que representa una nueva renegociación de los subsistemas respecto de sus actividades, tiempo, ocupación y responsabilidad.

d. Familias con hijos mayores, en este estadio la familia sufre un desajuste por lo general, los hijos dejan la casa parental, éste es el nuevo reajuste, un reencuentro de los cónyuges para vivir en pareja.

La estructura familiar podrá ser evaluada por los parámetros de diagnóstico de la Terapia estructural, estos son:

a. Jerarquías, se refieren a la manera en que se encuentran distribuidos el poder dentro de la familia, para los estructurales el poder deberá controlarse en la diada parental.

b. Límites, estos definen el funcionamiento familiar, permiten a cada integrante y a la familia entera, delimitar sus funciones y responsabilidades, los límites pueden ser ascendentes, descendentes, rígidos o flexibles.

c. Alianzas, el terapeuta deberá observar las alianzas existentes entre dos o más miembros de la familia, estas pueden ser transitorias, flexibles patológicas, rígidas o permanentes, contra uno o más integrantes de la familia.

d. Coaliciones, cuando las alianzas se convierten en el objeto de perjudicar a un tercero.

e. Territorio, corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y lugar, se pueden presentar dos polarizaciones patológicas, una cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y la otra cuando un miembro de la familia se encuentra en la periferia.

f. Geografía, se refiere a la ubicación de la familia en el hogar, como duermen, como comen, esto se refleja en la manera de sentarse en las sesiones de terapia, este término fue

adoptado por el Dr. Raymundo Macías (Sánchez, D; 2000:94).

Encuadre metodológico

Planteamiento del Problema

¿Cuál es Grado y Características de la Codependencia en la vida emocional de las mujeres?

Interrogantes de investigación

¿Existe Codependencia en las mujeres participantes de este estudio?

¿Cuál es el grado de Codependencia que presentan?

¿Cuáles son las principales características de la Codependencia?

¿Cómo es la vida emocional de las mujeres con rasgos de Codependencia?

Objetivos Generales

Determinar el Grado y Características de la Codependencia en la vida emocional de las mujeres.

Objetivos Específicos

a. Comprobar la existencia de Codependencia en las mujeres.

b. Conocer el grado de Codependencia que presentan.

c. Identificar las principales características de la Codependencia.

d. Describir la vida emocional de las mujeres con rasgos Codependientes.

La investigación se determina como Mixta, este es un proceso indagatorio de comprensión basado en las distintas tradiciones metodológicas de búsqueda que explora un problema social o humano.

Durante el proceso “el investigador construye un cuadro holístico y complejo, analiza palabras, reporta detalladamente los puntos de vista de los informantes, y conduce al estudio de un escenario natural” (Creswell, J.1998).

El Paradigma de investigación es bajo el enfoque Cuantitativo en una primera Fase y Cualitativa en una Segunda Etapa.

La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales-entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes sonidos, que describen una rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.

Para Tayloy y Bogdan (1986) citados por (Rodríguez y otros 1999), consideran a la investigación cualitativa como aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

Por el nivel de profundidad, se determina como descriptiva, estos estudios descriptivos se caracterizan por “colocar al investigador frente a un objeto de estudio que será descrito y obliga a la medición de las variables que entran en juego, sin profundizar en las relaciones que establece, es decir se responde al Cómo es, más que al Por qué es” (Mendicoa; 2003:77).

Por el lugar es de campo, ya que para la recolección de los datos será necesario desplazarse hasta el domicilio de las mujeres participantes.

Por el tiempo es Longitudinal y se determina como transversal, ya que los datos serán obtenidos y tratados en un solo evento, sin pretender evaluar la evolución de éstos.

Por Universo se toma a las mujeres que asisten al Centro de Desarrollo de la Comunidad “María de Rosario Guzmán de Ramírez” por el servicio de Guardería y Escuela para Padres. La Muestra se determina como intencional, no probabilística, es decir “la elección de los elementos no dependen de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación” (Hernández, Fernández y Baptista; 2006:241), se tomara como muestra a una población de 30 mujeres las cuales serán elegidas a partir de los criterios de inclusión.

Participantes Mujeres que acuden al servicio de Guardería CAIC y Escuela de padres del Centro de Desarrollo de la Comunidad “María de Rosario Guzmán de Ramírez”, Terapeuta

familiar en formación (Investigadora).

Criterios de Inclusión, Mujeres que al momento de la investigación estén viviendo una relación de pareja (heterosexual), Mujeres que tengan una edad de 18 y 65 años, Que estén dispuestas a participar en la investigación.

Criterios de Exclusión, Mujeres que no estén viviendo una relación de pareja al momento del estudio o su relación de pareja sea homosexual, Mujeres que no se encuentren en el rango de edad de 18 a 65 años, Mujeres que no deseen colaborar con la investigación.

Proceso metodológico

a. Recopilación de Información, en la que consistió la búsqueda de fuentes bibliográficas, la recuperación de información significativa, posteriormente la depuración e integración de la información, análisis de los contenidos y la construcción del Marco Teórico.

b. Diseño de la Investigación, donde se realiza el planteamiento del problema y las preguntas de investigación, la definición de los objetivos, así como el tipo de investigación, población a tomar en cuenta, características de los participantes y la muestra, parte importante también lo fue la selección del instrumento.

c. Trabajo de Campo

d. Diseño de las bases de datos y estrategia de codificación de Entrevistas a profundidad.

Métodos, Técnicas e Instrumentos

Como método puede definirse “como el conjunto de operaciones y procedimientos que de una manera ordenada expresa y sistemática deben seguirse dentro de un proceso establecido para lograr un fin o resultado determinado” (Ander-Egg; 2003:185)

Se entiende por Técnica “al conjunto de reglas, operaciones o procedimientos específicos que guían la construcción y el manejo de los instrumentos de recolección y análisis de datos” (Rojas; 202:178).

Los instrumentos se denominan como “la

herramienta a partir de la cual se obtiene la información requerida para dar respuesta al objeto de investigación” (Silvia;1987:87).

Historia de vida como estudio de casos. Para Rodríguez, J. G. Flores y E. García (1999) es un planteamiento encontrado en las Ciencias Sociales y Antropología, donde un investigador reporta la vida de un individuo y cómo esta refleja temas culturales y sociales, temas personales e historias sociales, el investigador obtiene los datos mediante entrevistas con el individuo.

Entrevista en profundidad. Continuando con los mismos autores, este tipo de entrevista tiene su origen ligado a planteamientos sociológicos y antropológicos, esta modalidad de entrevista permite acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de esa sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos.

Observación participante. Es un método interactivo de recogida de información que requiere una implicación del investigador en los acontecimientos que esta observando, la implicación supone participar en la vida social y compartir las actividades fundamentales que realizan las personas que forman parte de una comunidad o de una institución.

Diario de campo, Crónica, Registros de Observación, Grabadora de voz, Notas de campo, Transcripción de las entrevistas, etc., también fueron considerados en el presente estudio.

El instrumento a emplear en la investigación será el Instrumento que determinar la existencia de rasgos Codependientes en Mujeres Mexicanas ICOD de las autoras Gloria Noriega Gayol y Luciana Ramos Lira (2002). El cual determina la variable Grado de codependencia y explora las dimensiones de Mecanismos de Negación, Desarrollo Incompleto de la Identidad, Represión Emocional y Orientación Rescatadora. Consta de 30 ítems presentados en Escalamiento tipo Likert el cual “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se les pide la reacción de los participantes” (Hernández, Fernández y Baptista;2006:341).

La guía de Entrevista a Profundidad (Construcción Propia) con el que se valoraran las variables de características de codependencia y la Vida Emocional de la Mujeres, consiste en preguntas abiertas las cuales proporcionarían una información detallada de las participantes, profundizando en la opinión y los motivos de su comportamiento, su codificación de acuerdo con Hernández (2006).

Una vez que se conocen todas las respuestas de las preguntas abiertas se les dará un nombre a los patrones generales de respuesta, aquellas que sean similares o comunes, enseguida se enlistarán estos patrones y se les asigna un valor numérico o un símbolo a cada patrón, así un patrón constituirá una categoría de respuestas.

Resultados

A Continuación se presentan los resultados de la muestra aplicada al grupo de 30 mujeres a través del instrumento ICOD con el cual se mide la variable de Codependencia.

Presencia de Rasgos Codependientes

De las 30 mujeres que comprendieron la muestra de este estudio, 22 casos fueron detectados como manifiestos de rasgos Codependientes, lo que equivale al 74%, al tratarse de una muestra representativa en un contexto social limitado geográficamente los valores que se muestran dan a conocer la presencia de este fenómeno en condiciones de alta manifestación.

Grado de Codependencia en cada Manifiestos

De los casos manifiestos con rasgos Codependientes que equivalen a 22 de los casos, se muestra que el 32% de las mujeres incluidas en el estudio, su nivel de codependencia se presenta en un grado severo, mientras que el 68% el grado de manifestación es moderado, es decir que una vez que sea manifestado el fenómeno de la codependencia este adquiere manifestaciones severas en la vida de relación de las mujeres.

Mecanismos de Negación

Los mecanismos de negación se refiere a toda aquella instrumentación intrapsíquica que opera en el individuo para actuar bajo una

defensa ante los patrones de la conducta codependiente entre estos están, negar la relación de conflicto que este entre las parejas, así como evitar el conflicto entre ambos permitiendo la inclusión de golpes y malos tratos, experimentando la mujer un temor de que la pareja se enoje, otra parte importante que daña esta dimensión son los procesos de identificación emocional acompañados de la anulación de sentimientos y la incapacidad por experimentar sensaciones positivas y/o Negativas; Al respecto el estudio arroja que 13 de los casos con rasgos Codependientes manifiestan experimentan mecanismos de negación en un nivel moderado.

Desarrollo Incompleto de la Identidad

El 50% que equivale a 13 de los casos de la muestra, manifiestan un Desarrollo Incompleto de la identidad en un nivel Moderado, esto nos muestra que las mujeres incluidas en este estudio hacen a un lado sus propios valores y convicciones para aceptar los de su pareja, por el temor a quedarse solas, desplazando sus propios deseos por los de un tercero; esto viene acompañado de la incapacidad para tomar decisiones, y experimentando sentimientos de temor y angustia; es decir la personalidad codependiente se caracteriza por presentar fallas y vacíos en el desarrollo, experimentando regresiones espontáneas que generalmente ocurren con sus relaciones personales más significativas, el fenómeno ha acompañado siempre a los seres humanos, pues tiene que ver con la necesidad de sentirse amado pero con la particularidad de no poner límite a ello sino más bien entrar en un círculo donde el control y el dar se convierte en una obsesión (Bradshaw; 2000: 247).

Represión Emocional

La represión emocional se caracteriza por asumir una conducta comprensiva en límites excesivos, evitando la expresividad de sentimientos hostiles motivado por el temor a perder los afectos. Se ha manifestado en este estudio que la mayoría de los casos de mujeres experimentan esta represión emocional en condiciones moderadas, lo que nos habla de personalidades contenidas emocionalmente por el temor a generar conflictos que no están dispuestas a enfrentar.

Según Rage (1996) las mujeres sufren de estereotipos femeninos donde ellas “deben ser” percibidas como dependientes, sumisas, pasivas, ilógicas, frágiles, sin ambiciones, ayudadoras, poco inteligentes, diseñadas por la naturaleza o para ser amas de casa o madres, de ahí que Deux (1976) citado por (Rage; 1996: 247) menciona que los niños como las niñas están condicionados desde muy pequeños para aceptar el rol sexual al que son predeterminados, planteando la interrogante si realmente están cambiando los estereotipos del rol tradicional, si los niños tienen buenos modelos paternos y si ven cambios en la imagen masculina y femenina, sin embargo hoy en la actualidad sigue vivo y actuando en nuestra cultura este patrón genérico.

Orientación Rescatadora

El 41% de la muestra manifiesta en un nivel moderado la presencia de una conducta Codependientes con rasgos de una Orientación Rescatadora, lo cual genera en la mujer la necesidad de asumir responsabilidades que le corresponden a otros miembros de la familia, adquiriendo demasiadas tareas que posteriormente provocan estrés y malestar que será nuevamente negado, se generan patrones de convivencia expuestos sobre escenarios de una falsa armonía y tranquilidad.

La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas, dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, cuando existen patrones Codependientes estas jerarquías y límites se presentan de manera distorsionada, generando interferencia al interior de los subsistemas, así como en sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente deberían estar determinados por la generación, la edad el género y la función, es en estos casos la mujer asume las tareas de los demás miembros convirtiéndose ella en una figura rescatadora y/o victimizada por las “circunstancias” del propio sistema.

Conclusiones

Una de las principales razones que motiva a este equipo de investigadoras a establecer un acercamiento con el fenómeno de la Codependencia en Mujeres, es debido a los patrones socioculturales que permean la

cotidianidad actual en una sociedad como la de Durango, donde es la figura femenina la que ha generado a través de su esfuerzo y carácter comprometido el protagonismo al interior de los sistemas familiares y es ahí donde surge un cuestionamiento que orientara la segunda fase de esta investigación ¿Qué patrones conductuales se generan al interior de la familia, cuando es la Mujer quien educa y reproduce estilos de vida y de interacción?.

De ahí la importancia de generar estrategias de intervención que trabajen la estructura emocional de la mujeres principalmente en reconocer, abordar, superar y atenuar

conductas Codependientes, para que sean ellas las mujeres-Madres de familia que vuelvan al hogar fortalecidas intrapsíquicamente y reproduzcan este patrón de salud emocional en sus hijos y parejas.

Es por ello que surge como propuesta a esta primera fase de la investigación cuantitativa de carácter descriptivo la continuidad de un estudio más profundo y con perfil cualitativo que describa las historias de vida de estas mujeres para adquirir mayores elementos de análisis que promuevan un eje modelador de conductas más sanas para un contexto social, familiar y laboral.

- Armendáriz, R. (2002).** Ayudando a amar amando, Ed Pax. México.
- Bradshaw John. La Familia, Ed Selector; 2000.** Barcelona
- Beattie, Melody.** Ya no seas codependiente. Ed Promesa. México, 2005.
- Beattie, Melody.** Más allá de la codependencia. México, 2004. Ed Limusa.
- Beavers W. Robert, Robert B. Hampson.(1990)** Familias Exitosas. Buenos Aires. Ed Paidós.
- Bertalanffy, L.Von (1980)** Teoría General de Sistemas, México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Delisle, Gilles.** Las perturbaciones de la personalidad: una perspectiva gestáltica. Madrid, 2005.
- De Castillo, María Esther.** Libre de Adicciones. Ed Promesa México, 2005
- Dowling Colette.** El complejo de cenicienta, Ed Grijalbo, México, 1987
- Eguiluz Romo Luz de Lourdes, (2003).** La vida emocional de las mujeres dentro del matrimonio. Vol. 16 No. 1, 71-82 Psicoterapia y Familia.
- Hoffman Lynn (1998)** Fundamentos de la Terapia Familiar. Ed Fondo de Cultura Económica, México.
- Medicoa E, Gloria.** Sobre tesis y tesisistas: lecciones de enseñanza-aprendizaje. Ed. Espacio. Buenos Aires, 2003.
- Payne Malcon (1991)** Teorías Contemporáneas de Trabajo Social. Ed Paidós. Barcelona.
- Pérez Herrera Ma. Eugenia.** Tesis Mujeres víctimas de violencia por su pareja, 2003.
- Piedad Puerta María, (2006).** Una experiencia de activación de la resiliencia en familias codependientes. Vol. 56 Issue 159, p469-494, 26p Fuente Académica. Disponible en: www.ebsco.FuenteAcademica. (Consulta realizada 29 de Julio de 2008)
- Rage Átala Ernesto,** La pareja, Ed. Plaza y Valdez. México, 1996
- Sánchez y Gutiérrez Daniel.(2000)** Terapia Familiar Modelos y Técnicas. Ed. Manual Moderno.
- Schaeffer, Brenda** ¿Es amor o adicción? México, 2004. Sue Stern Ellen. La mujer indispensable, Ed. Paidós. México, 1990.
- Sue David, Sue Derald, Sue Stanley.** Comportamiento Anormal, Ed. Mc Graw-Hill. México, 1996
- Téllez González Norma.** La codependencia, 2005 Universidad Gestal de América
- Umbarguer, C (1987)** Terapia Familiar Estructural. Buenos Aires. Ed Amorrortu.
- Fuller, Julie A., Warner, Rebecca M.(2000)** Family Stressors as Predictors of Codependency. Vol. 126, Fascículo 1 Genetic, Social & General Psychology Monographs, 87567547. Disponible en: www.ebsco.AcademicSearchPremier. (Consulta realizada 11 de Diciembre de 2008).
- Granello, Darcy Haag, Beamish, Patricia, M.(1998)** Reconceptualización de la codependencia en la mujer. Vol. 20 Issue 4, p344, 15p Journal of Mental Health Counseling. Disponible en www.ebsco.AcademicSearchPremier (consulta realizada el 11 de Diciembre 2008).
- Wright P. Wright K. (1991)** "Codependency: addictive love, adjustive relating, or boht?" Temporary Family Therapy.
- Noriega Gayol Gloria y Ramos Lira Luciana, (2002).** Construcción y Validación del Instrumento de Codependencia (ICOD) Para Mujeres Mexicanas. Vol. 25 Issue 2, p38-48 Biomedica Latinoamericana. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Disponible en www.Imbiomed (consulta realizada 12 de Enero de 2009).
- Instituto Nacional de estadística y Geografía INEGI.** Disponible en www.inegi.gob.mx (consulta realizada 13 de Enero de 2009).

EL PROCEDIMIENTO DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE SEGURIDAD SOCIAL, ANTE LAS JUNTAS DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE EN MÉXICO

Manuel Jiménez López. Doctor en Derecho por la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Resumen

En nuestro trabajo de investigación, pretendemos demostrar la necesidad de incluir la resolución de los conflictos entre los trabajadores y sus beneficiarios en su calidad de derechohabientes por una parte y las instituciones de seguridad social y las empresas administradoras de los fondos para el retiro (AFORES), en el Artículo 892 de la Ley Federal del Trabajo mexicana, dada su naturaleza social.

Palabras clave: Resolución de conflictos, trabajadores, naturaleza social.

Abstract

In our research, we aim to demonstrate the need to include the resolution of conflicts between workers and their beneficiaries in his quality of derechohabientes on the one hand and social security institutions and companies that manage retirement funds (AFORES) in the Article 892 of the Mexican Federal Labor Law, by its nature social.

Palabras clave: Resolution of conflicts, workers, nature social.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación, pretendemos demostrar la necesidad de incluir la resolución de los conflictos de los trabajadores y sus beneficiarios de nuestro país, en su calidad de derechohabientes por una parte y las instituciones de seguridad social y las empresas administradoras de los fondos para el retiro, por la otra, en el capítulo XVIII de la Ley Federal del Trabajo mexicana, denominado: **De los Procedimientos Especiales**; surge la idea al contemplar que para lograr una rápida impartición de la justicia en materia de conflictos de los trabajadores y sus beneficiarios ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, se han ideado criterios que van desde el que sugiere la competencia de los Tribunales de lo Contencioso Administrativo, hasta el que se establezca un tribunal dentro del poder judicial federal para conocer todo tipo de conflictos de la seguridad social en México.

El marco doctrinal para la exposición de nuestro criterio lo constituye, el pensamiento de juristas cultivadores, tanto de la teoría general del proceso, como del derecho procesal social; Nuestra investigación la hemos dividido, después de la presente introducción, en tres

capítulos; al primero lo denominamos: **La Naturaleza Jurídica de las Normas Procesales**, en el cual, determinamos la naturaleza de las normas procesales, por los atributos de que gozan y por las funciones que les correspondan, y no necesariamente por su colocación en un código procesal o de procedimientos, o en la parte adjetiva de algún ordenamiento jurídico. El segundo capítulo lo titulamos: **El Derecho Procesal de la Seguridad Social**, en México, En donde realizamos un estudio esquemático de la función de esta rama especial de la ciencia procesal y su objeto de conocimiento, reconociendo su deficiente regulación y su remisión a otras disciplinas procesales especiales; El tercer capítulo lo designamos: **El Procedimiento Especial Laboral y los Conflictos de Seguridad Social ante el IMSS**, En el que fundamentamos la necesidad urgente de que los conflictos entre los trabajadores y sus beneficiarios y las instituciones de seguridad social y las afores mexicanas, se tramiten a través del procedimiento especial contemplado en la Ley Federal del trabajo. Finalizamos nuestra investigación con tres conclusiones obtenidas del cuerpo del presente trabajo, que vienen a sintetizarlo.

La naturaleza jurídica de las normas procesales

Con frecuencia se habla de cuál es la naturaleza de los seres, de los objetos, de las Instituciones, es decir, se pregunta si son de naturaleza humana, económica, o jurídica y se llega a la conclusión, que determinar su naturaleza, es conocer su esencia, que en materia jurídica, representa poder ubicarlos en las distintas ramas o figuras existentes en la ciencia jurídica, ya sea por los atributos de que gozan o por las obligaciones y funciones que les correspondan, o si por otra parte vienen a constituir categorías jurídicas especiales.

Para determinar la naturaleza jurídica de la norma procesal, debemos partir de la base de que tal categoría de norma, no necesariamente es la que se encuentra colocada en un código procesal o de procedimientos, o en la parte adjetiva de algunas leyes, como sería en nuestro caso la Ley Federal del Trabajo, ya que la naturaleza jurídica de una norma procesal se adquiere, en relación a su finalidad, si esta norma se refiere al proceso jurisdiccional, regulando el conjunto de actos del juzgador, de las partes y de terceros, tendientes a resolver el litigio o si reglamenta la integración y competencia del órgano jurisdiccional, ésta norma será procesal, independientemente del lugar donde se encuentre ubicada.

En tal sentido se pronunció el Tercer Tribunal Colegiado en materia civil del primer circuito, al resolver el amparo en revisión 1543/2003 de fecha 20 de marzo de 2003, tesis identificada por los datos siguientes:

Novena época, instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, fuente: semanario judicial de la federación y su gaceta tomo: XVIII, julio de 2003 tesis: I.3o.c.63 k página: 1159 materia: común tesis aislada.

NORMAS JURÍDICAS. SU UBICACIÓN LEGISLATIVA NO DETERMINA SU NATURALEZA SUSTANTIVA O PROCESAL. De acuerdo a la función que desempeñan las normas jurídicas pueden clasificarse en

sustantivas o adjetivas, y si bien lo ordinario es que se encuentren establecidas en ordenamientos que correspondan a su función, esto es, que las que regulen el fondo de las situaciones jurídicas se comprendan en códigos sustantivos y las que determinen los medios y procedimientos para deducir los derechos se alberguen en ordenamientos procesales; por razones de técnica, imprecisiones y necesidades legislativas, es frecuente encontrar dentro de los códigos procesales normas sustanciales o materiales y en los códigos sustantivos normas procesales, adjetivas o de actuación. Por consiguiente, para determinar el carácter sustantivo o adjetivo de una norma debe atenderse a la función que desempeñe, prescindiendo de su inclusión en determinada codificación, dado que la naturaleza de la norma no depende del ordenamiento en que esté prevista, sino de la función que cumpla, es decir, la ubicación legislativa de la norma no es la que determina su naturaleza sustantiva o adjetiva, ni un criterio científico para identificar la norma procesal frente a la norma sustantiva. De manera que si la norma tiene una función instrumental continuará siendo procesal aunque se le incluya en un código de fondo y, consecuentemente, si regula el fondo de una situación jurídica conservará su naturaleza sustantiva a pesar de estar inmersa en una legislación adjetiva.

Un ejemplo objetivo del desconocimiento de la naturaleza jurídica de las normas procesales que clarifica lo que aquí expongo, se contiene en la propuesta de reforma a la Ley Federal del Trabajo mexicana, presentada a la Cámara de Diputados en el año de 1995 por el Partido Acción Nacional, en el que pretendiendo desaparecer las Juntas de Conciliación y Arbitraje para crear una figura procesal a la que se denominó Juez de lo Social, sugieren modificar parte del articulado de la parte adjetiva de la actual ley del trabajo, olvidándose por completo de fijar la competencia del órgano jurisdiccional propuesto y determinar el personal jurídico auxiliar del juzgador laboral.

⁶Hans Kelsen, Teoría General del Derecho y del Estado, Traductor Eduardo García Máynez, UNAM, México, 1969. p. 152

⁷Ídem

⁸García Máynez, Eduardo, Introducción al Estudio del Derecho, Trigésima Tercera Edición, Editorial Porrúa S. A., México, 1982. p. 78

⁹Cfr. Ibídem p.86

Desconocemos la razón de la omisión pero pensamos que fue quizás con la intención de colocar los aspectos mencionados en el párrafo anterior, en normas reglamentarias administrativas, como sería el caso de las leyes orgánicas de los poderes judiciales del país, federal y locales, que por regular precisamente la integración y competencia del órgano jurisdiccional, necesariamente tienen que considerarse como normas de naturaleza procesal.

A principios del año de 1999, y en diversa iniciativa de reforma, para integrar a todos los órganos jurisdiccionales del país al Poder Judicial Federal, en cuya designación participa el encargado del poder ejecutivo, como es el caso de los presidentes de las Juntas de Conciliación y Arbitraje, en relación al órgano jurisdiccional laboral mexicano, se subsanó este error, sin que a la fecha se haya aprobado ninguna de las dos reformas a las que hemos hecho referencia.

En relación a la naturaleza procesal de las normas orgánicas, Hans Kelsen, después de establecer que una de las funciones de la norma general es "... determinar quiénes son los órganos encargados de la aplicación del derecho y cuál es el procedimiento a que deben someterse...", dice que en la aplicación del derecho por los órganos encargados de hacerlo, siempre se encuentran implicadas dos especies de normas: "... 1) las formales que determinan la creación de tal órgano y el procedimiento que el mismo debe seguir, y 2) las materiales que señalan el contenido del acto judicial o administrativo de dicho órgano." Por su parte Eduardo García Manyez, después de advertirnos que "Clasificar es un problema de perspectiva. Hay tantas clasificaciones como criterios de división..." ubica a las normas orgánicas o de organización, en la clasificación de las normas jurídicas desde el punto de vista de su jerarquía, formando parte de las normas ordinarias y expresa que el fin primordial de las normas orgánicas consiste en la organización de los poderes públicos, de acuerdo con las normas constitucionales.

El Doctor Ovalle Favela, clasifica a las normas formales o instrumentales, en procedimentales y procesales, y afirma que

éstas últimas tienen la función de regular, tanto el proceso jurisdiccional como la integración y competencia de los juzgadores aplicadores de la norma sustantiva o material, y las divide en "... a) las normas procesales en sentido estricto, que son aquellas que determinan las condiciones para la constitución, el desarrollo y la terminación del proceso, y b) las normas orgánicas, que son las que establecen la organización y competencia de los órganos del Estado que interviene en el proceso jurisdiccional.", como podemos observar la norma orgánica es procesal, cuando se refiera a la organización del tercero imparcial de la relación procesal: el juzgador, fijando su integración y competencia en determinado tipo de conflictos.

El derecho procesal de la Seguridad Social en México

El derecho procesal de la seguridad social, es una de las divisiones del sector del derecho social. Por derecho social entendemos aquel conjunto de normas, principios e Instituciones que regulan las relaciones jurídicas entre económicamente diferentes para otorgar cobertura a la parte más débil, nivelando así su desigualdad; las tres principales ramas de éste derecho social en nuestro país, objetivamente considerado, son: a) el derecho laboral, b) el derecho agrario y c) el derecho de la seguridad social; tanto en su aspecto sustantivo como en su aspecto adjetivo o procesal.

La doctrina de la filosofía del derecho representada por Gustav Radbruch, dice que:

"La idea central en que el derecho social se inspira no es la idea de la igualdad de las personas, sino la de la nivelación de las desigualdades que entre ellas existen; la igualdad deja de ser, así, punto de partida del derecho, para convertirse en meta o aspiración del orden jurídico".

Consideramos al derecho de la seguridad social, de acuerdo a la normatividad vigente en nuestro país, como aquel conjunto de normas, principios e instituciones, que tienen por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y

colectivo, pero reconocemos que tal derecho, puede controvertirse, o negarse, situaciones en las que se requiere de otro tipo de normas, que contemplen principios e instituciones de naturaleza distinta a la material.

Para hacer efectivos los derechos subjetivos derivados de la parte sustantiva de las normas de seguridad social, se crea el derecho procesal de la seguridad social, rama reciente del derecho objetivo, que en México no ha alcanzado madurez jurídica, y que para algunos segurologos ni existe, por la circunstancia de que para resolver su conflictiva, la seguridad social en México, se cobija en los derechos procesal del trabajo, administrativo o fiscal, lo que siendo cierto no excluye la circunstancia de que exista en nuestro país un método o métodos para resolver los conflictos entre los trabajadores y sus beneficiarios en su calidad de derechohabientes y las instituciones de seguridad social en nuestro país.

El principio que sustenta al Derecho Procesal de la Seguridad Social, como parte del Derecho Procesal Social, es el principio de igualdad por compensación, también conocido como el principio de justicia social, mediante el cual el legislador trata de nivelar la desigualdad económica que existe en la vida real entre los trabajadores y sus beneficiarios y las instituciones de seguridad social, concediendo mayor ventaja a los primero al momento de crear la norma jurídica, procurando impedir que puedan renunciar los derechos que la norma les otorga.

En el Derecho Procesal de la Seguridad Social, el principio de justicia social, orienta el desarrollo de la actividad procesal laboral, y no pugna con el principio de igualdad de las partes ante la Ley, pues es el propio legislador el que otorga mayor cobertura a los trabajadores y sus beneficiarios, a los que considera la parte más desprotegida.

Consecuentemente podemos determinar la naturaleza jurídica del Derecho Procesal de la Seguridad Social, como un conjunto de normas jurídicas adjetivas de carácter social, que regulan el proceso jurisdiccional y que tienen por objeto servir de instrumento para resolver

imperativamente los diversos conflictos que se generan entre los trabajadores y sus beneficiarios en su calidad de derechohabientes por una parte y las instituciones de seguridad social y las empresas administradoras de los fondos para el retiro (afores) por la otra.

La doctrina de la Teoría General del Proceso, estima que el Derecho procesal de la seguridad social: "... es la disciplina que estudia el conjunto de normas que regulan el proceso por medio del cual se deben solucionar los conflictos sobre el otorgamiento de las prestaciones que corresponden a los sujetos asegurados y sus familiares derechohabientes cuando se actualizan los riesgos o las contingencias previstos en las leyes, los contratos, las condiciones generales de trabajo y demos instrumentos jurídicos aplicables..."

El procedimiento laboral y los conflictos de Seguridad Social ante el IMSS

Es interesante el criterio de Piero Calamandrei, citado por Ovalle Favela, respecto a la diferencia entre Proceso y Procedimiento, al respecto el autor italiano menciona:

El concepto de procedimiento... es en cierto sentido más amplio que el de proceso... El proceso es un concepto propio de la función judicial, pero se puede hablar de procedimiento también para las funciones legislativa y ejecutiva. Todas las veces que para llegar a un acto de declaración de voluntad del Estado (ya sea una ley, un decreto o una sentencia) se haya preestablecido por disposiciones expresas de carácter instrumental la forma y el orden cronológico de las diversas actividades que deben ser realizadas por las personas que cooperan en la creación del acto final, la sucesión dialéctica de estas operaciones, jurídicamente reguladas en vista de ese fin, constituye un procedimiento; comúnmente se habla de procedimiento administrativo para indicar la serie de actividades que conducen a la resolución concreta de la administración pública; y de procedimiento legislativo para señalar la serie de las discusiones y de las deliberaciones de las cuales surge finalmente la ley.

¹⁰Ovalle Favela José. Teoría General Del Proceso, Cuarta edición, Editorial Oxford, México 2000, p. 40

¹¹RADBRUCH, Gustav, citado por OVALLE FAVELA, Ob. Cit. p. 61

Como podemos notar Calamandrei reconoce que el proceso es un concepto propio de la función judicial, o más bien jurisdiccional, que al decir del doctor José Ovalle Favela, es la función pública "...que ejercen órganos del Estado independientes o autónomos, a través del proceso, para conocer de los litigios o controversias que les planteen las partes y emitir su decisión sobre ellos, así como en su caso, ordenar la ejecución de dicha decisión...

Por proceso jurisdiccional entendemos, siguiendo el pensamiento de Cipriano Gómez Lara, en lo general, como aquel:

"...conjunto complejo de actos del Estado como soberano, de las partes interesadas y de los terceros ajenos a la relación substancial, actos todos que tienden a la aplicación de una ley general a un caso concreto controvertido para solucionarlo o dirimirlo." Y decimos en lo general, pues para el autor en cita, es únicamente la ley general la que se aplica, sin considerar que el juzgador al resolver los conflictos que son de su conocimiento, aplica principalmente dos fuentes formales del derecho, como son: la ley, producto del procedimiento legislativo, y la jurisprudencia que son los criterios de interpretación de aquella, creados por los Tribunales de Circuito, las Salas y el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Al proceso jurisdiccional se le confunde entre otras figuras procesales, con el procedimiento que es su aspecto exterior, y la vía o vías de que se vale el proceso para solucionar los litigios, como es el caso del proceso laboral que utiliza diversos procedimientos tendientes a resolver los conflictos competencias de las Juntas de Conciliación y Arbitraje, tales como el procedimiento ordinario o común, a través del cual se solucionan la mayoría de los conflictos del trabajo.

El proceso jurisdiccional laboral cuenta con un procedimiento rápido regulado en el capítulo XVIII de la Ley Federal del Trabajo,

denominado: De los Procedimientos Especiales, que viene a ser actualmente la vía más expedita para solucionar diversos tipos de conflictos como son los mencionados en el Artículo 892, dentro de los cuales deben contemplarse, los conflictos entre los trabajadores y sus beneficiarios en su calidad de derechohabientes por una parte y las instituciones de seguridad social y las empresas administradoras de los fondos para el retiro (afores) por la otra, dada su naturaleza social, los cuales se deben de solucionar a la mayor brevedad posible, pues representan la expectativa de una existencia digna para el trabajador y sus beneficiarios.

En atención a lo cual sugerimos la modificación del numeral laboral citando en el párrafo anterior para quedar como sigue:

Artículo 892. Las disposiciones de este Capítulo rigen la tramitación de los conflictos que se susciten con motivo de la aplicación de los artículos 5o. fracción III; 28, fracción III; 151; 153, fracción X; 158; 162; 204, fracción IX; 209, fracción V; 210; 236, fracciones II y III; 389; 418; 425, fracción IV; 427 fracciones I, II y VI; 434, fracciones I, III y V; 439; 503 y 505 de esta Ley los conflictos que tengan por objeto el cobro de prestaciones que no excedan del importe de tres meses de salarios, **y los que se originen entre los trabajadores y sus beneficiarios en su calidad de derechohabientes, y las instituciones de seguridad social y las empresas administradoras de los fondos para el retiro.**

Conclusiones

PRIMERA: La norma procesal independientemente de su colocación en un código procesal o procedimental o en la parte adjetivo de un ordenamiento jurídico, como la Ley Federal del Trabajo mexicana, es la que regula el conjunto de actos del juzgador, de las partes y de terceros, tendientes a resolver el litigio o la integración y competencia del órgano jurisdiccional.

¹²Ibidem p. 66

¹³Ibidem p. 37,38

¹⁴Ibidem p. 119

¹⁵GÓMEZ LARA, Cipriano, "TEORIA GENERAL DEL PROCESO," Editorial de Oxford, Decima Edición México, 2004, p. 107

SEGUNDA: En el Derecho Procesal de la Seguridad Social, el principio de justicia social, orienta el desarrollo de la actividad procesal, y no pugna con el principio de igualdad de las partes ante la ley, pues es el propio legislador el que otorga mayor cobertura al trabajador y su familia en calidad de derechohabientes, a los que considera la parte más desprotegida de la relación laboral.

TERCERA: La solución de los conflictos entre los trabajadores y sus beneficiarios en su calidad de derechohabientes por una parte y las instituciones de seguridad social y las empresas

administradoras de los fondos para el retiro (afores), deben contemplarse, en el Artículo 892 de la Ley Federal del Trabajo mexicana, dada su naturaleza social, los cuales se deben de solucionar a la mayor brevedad posible, pues representan la expectativa de una existencia digna para el trabajador y sus beneficiarios; anexándose a dicho numeral la redacción siguiente"... y los que se originen entre los trabajadores y sus beneficiarios en su calidad de derechohabientes, y las instituciones de seguridad social y las empresas administradoras de los fondos para el retiro.

DE Buen Lozano, Néstor, "DERECHO PROCESAL DEL TRABAJO," Editorial Porrúa, S.A., México, 1988.

GOMEZ Lara, Cipriano, "TEORIA GENERAL DEL PROCESO," Editorial de Oxford, Décima Edición México, 2004.

ITALO Morales, Hugo, "DERECHO PROCESAL DEL TRABAJO," 3a. Edición, Editorial Trillas, México, 1989.

OVALLE Favela, José, "TEORÍA GENERAL DEL PROCESO," Ed. Oxford, Quinta Edición, México 2001.

PLÀ Rodríguez, Américo, "LOS PRINCIPIOS DEL DERECHO DEL TRABAJO," Segunda Edición actualizada, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1987.

PORRAS López, Armando, "DERECHOS PROCESAL DEL TRABAJO," Editorial Cajica, Puebla, México, 1956.

ROSS Gámez, Francisco, "DERECHO PROCESAL DEL TRABAJO," Editorial Cárdenas Editores, México, 1991.

TORRES Díaz, Luis Guillermo, "TEORIA GENERAL DEL PROCESO," Cárdenas Editores, México, 1987.

TRUEBA Urbina, Alberto, "TRATADO TEORICO-PRACTICO DE DERECHO PROCESAL DEL TRABAJO," Editorial Porrúa, México, 1965.

VIZCARRA Dávalos, José, "TEORIA GENERAL DEL PROCESO," Editorial Porrúa, México, 1997.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Solo se aceptarán para su publicación trabajos inéditos.

El Consejo Editorial procederá a la selección de los trabajos de acuerdo con los criterios formales y de contenido de todo artículo. La estructura del trabajo será:

1. Título
2. Autor o autores
3. Resumen en español
4. Palabras clave
5. Resumen traducido al inglés
6. Palabras clave traducidas al inglés
7. Texto
8. Referencias bibliográficas.

Las referencias se realizarán conforme a la normatividad establecida en el Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (APA).

El contenido del trabajo deberá referirse a temas que sean de interés para toda la comunidad universitaria y relacionada con la educación cuya extensión de dichos trabajos será de 10 a 15 cuartillas, letra Arial y 1.5 de interlineado.

Se recomienda que cada uno de los trabajos se sujete a las características propias que todo trabajo por escrito debe reunir.

Los trabajos serán remitidos a yests@hotmail.com y revistadigdes@hotmail.com sitio de la revista.

NOTAS

- 1) Anexar en cada artículo, en un máximo de cuatro renglones: perfil profesional, lugar de trabajo y puesto o actividad que se desempeña.
- 2) Para el segundo número de la revista, el plazo máximo para la recepción de trabajos será la segunda quincena de marzo de 2011.
- 3) Se le comunicará a través de su correo electrónico en un plazo de un mes la aprobación de su artículo para su publicación.
- 4) Se solicita hacer extensiva a todas las personas docentes que deseen publicar algún artículo académico que sea de su interés, enviarlo a la brevedad posible para su revisión y aprobación por parte del Consejo Editorial para posteriores publicaciones.

