

Ra Ximhai

Publicación semestral de Ciencias Sociales

El consumo de alcohol como problema de salud pública

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez; Mario Enrique Gámez Medina y Carolina Valdez Montero

Las representaciones sociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Mario Enrique Gámez Medina; Jesica Guadalupe Ahumada Cortez y Carolina Valdez Montero

Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades

Arodi Tizoc Marquez; Karina Rivera Fierro; Ulises Riecke Campoy y Manuel Cruz Palermans

El consumo de alcohol como factor de riesgo para adquirir sobrepeso y obesidad

José Luis Figueroa Sainz; José Alfredo Pimentel Jaimes; Gen Salomé Mendoza Catalán; Ulises Riecke Campoy; Gisela Ponce y Ponce de León y Adriano Camargo Bravo

Percepción de satisfacción de los estudiantes de enfermería en el uso de la simulación clínica

Lahia del Carmen Castillo Arcos y Lucely Maas Góngora

Modelos educativos: un reto para la educación en salud

Ginre Ussi Guadalupe Apodaca Orsozo; Lourdes Patricia Ortega Pipper; Luz Ester Vendugo Blanco y Laura Elena Reyes Barribas

Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género

Lucía Caudillo Ortega; María Teresa Hernández Ramos y María Luisa Flores Arias

Composición y percepción de la imagen corporal en mujeres adultas

Fabiola Elizabeth Soto Montero; Milton Carlos Guevara Valtier y Carolina Valdez Montero

La obesidad de las mujeres embarazadas y su asistencia al control nutricional en el hospital gineco-pediatría de Los Mochis

Yessenia Palazuelos Paredes; Ernesto Guerra García y Llaviva Magally Barra Robles

El lejano estrato de la sinrazón: expresiones de locura en el puerto y ciudad de Mazatlán finales del siglo XIX

Griseida Santiago Pérez

El cuidado de la salud dentro del ejercicio de la prostitución en Sinaloa un acercamiento a su historia

Ana Julieta Rueda Morales

Enfermedades en Mazatlán durante el siglo XIX

Podro Cámares Aboytes y Samuel Octavio Ojeda Gastelán

Los maestros rurales en Sinaloa: pedagogos, promotores de la salud y activistas político-sociales

Rafael Santos Cenobio

Revista Científica Ra Ximhai

Ciencias Sociales

Volumen 13 Número 2 julio-diciembre de 2017

Publicación de la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

Revista Científica Ra Ximhai

Editor General

Dr. Pedro Cázares Aboytes

ISSN-1665-0441

D.R. © Ra Ximhai

Hecho en México

Printed in Mexico

Ra Ximhai

El Nombre

La identificación de esta revista con el nombre de Ra Ximhai (escrito en lengua hñahñú), que traducido al español significa “el mundo, el Universo o la vida”, hace referencia a la naturaleza desde un punto de vista cosmológico signado por los indígenas otomíes. La revista lleva este título como un homenaje a las culturas indígenas del país que forman parte importante de la riqueza cultural de México.

Diseño de portada: Ing. Aminne Armenta Armenta

Todos los artículos publicados son sometidos a arbitraje por especialistas. El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores. Se aceptan colaboraciones de acuerdo con las políticas de la revista. Enviar colaboraciones a raximhai@uaim.edu.mx

RA XIMHAI

COMITÉ CIENTÍFICO EXTERNO

DRA. CHANTAL CRAMAUSSEL VALLET

Colegio de Michoacán

DR. MARIO MAGAÑA MANCILLAS

Universidad Autónoma de Baja California

DRA. ZULEMA TREJO CONTRERAS

Colegio de Sonora

DRA. RAQUEL PADILLA RAMOS

Instituto Nacional de Antropología e Historia/Sonora

DR. JOSÉ LUIS MOCTEZUMA ZAMARRÓN

Instituto Nacional de Antropología e Historia/Sonora

DR. SAMUEL OJEDA GASTELUM

Universidad Autónoma de Sinaloa

DR. EDUARDO ANDRÉS SANDOVAL FORERO

Universidad Autónoma del Estado de México

DR. BRUNO BARONETT

Universidad Veracruzana

DR. OSCAR VIRAMONTES OLIVAS

Universidad Autónoma de Chihuahua

DR. JOSÉ MANUEL JUÁREZ NÚÑEZ

UAM-Xochimilco

DRA. SONIA SALINAS COMBONI

UAM-Xochimilco

DR. GUNTHER DIETZ

Universidad Veracruzana

DR. JOSÉ VARGAS

Universidad de Guadalajara

DR. RAÚL ZIBECHI

Multidiversidad Franciscana de América Latina,
Montevideo

DR. ROBINSON SALAZAR PÉREZ

Director de la Red de Investigadores por la
Democracia y la Paz, Buenos Aires, Argentina

DR. DANIEL MATO

Universidad Nacional Tres de Febrero, Argentina

DR. JOHN MASON HART

University of Houston

DR. JUAN PABLO DABOVE

University of Colorado Boulder

**DR. VÍCTOR ANTONIO CORRALES
BURGUEÑO**

Universidad Autónoma de Sinaloa

**DRA. BEATRIZ EUGENIA RODRÍGUEZ
PÉREZ**

Universidad Autónoma de Sinaloa

COMITÉ EDITORIAL INTERNO

DR. ERNESTO GUERRA GARCÍA

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DR. FRANCISCO ANTONIO ROMERO LEYVA

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DRA. LIZBETH FÉLIX MIRANDA

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DR. CELSO ORTIZ MARÍN

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DR. ESTUARDO LARA PONCE

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

**DRA. MILAGROS DE LA CARIDAD CONG
HERMIDA**

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DRA. LUZ BERTILA VALDEZ ROMÁN

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DR. RAFAEL SANTOS CENOBIO

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DR. JOSÉ EMILIO SÁNCHEZ GARCÍA

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DR. IVÁN NOEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DRA. GABRIELA LÓPEZ FÉLIX

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

DRA. MARÍA GUADALUPE IBARRA CECENA

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

Dr. Pedro Cázares Aboytes

Editor General

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

Ra Ximhai

Ciencias Sociales

Volumen 13 Número 2 julio - diciembre 2017

ISSN-1665-0441

Ra Ximhai está indexada en: Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico **REDIB**, desarrollado en el seno del Portal Tecnociencia, bajo el patrocinio y financiamiento de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (**FECYT**), Sistema de Información Bibliográfica sobre las publicaciones científicas seriadas y periódicas, producidas en América Latina, el Caribe, España y Portugal (**LATINDEX**), Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades (**CLASE**), Electronic Journals Service (**EBSCO**), Red de Revistas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (**Red ALyC**), Servicios de Alertas y Hemeroteca Virtual de la Universidad de la Rioja, España (**DIALNET**), Social Science Information Gateway (**SOSIG**) de la Universidad de Bristol (**Inglaterra**), Directory of Open Access Journals (**DOAJ**) de la Universidad de Lund (**Suecia**), Red de Revistas de la Asociación Latinoamericana de Sociología (**RevistALAS**), el Catálogo Bized (**Inglaterra**), *Hispanic American Periodicals Index* (**HAPI**), *Academic Journals Database* (**USA**), e-journal (**UNAM**), en *SCOPUS*, red de bibliotecas virtuales de Ciencias Sociales de América Latina y El Caribe de la red (**CLACSO**) y en el Instituto de Apoyo a la Investigación e Innovación (**INAPI**), Portal de revistas científicas y arbitradas de la **UNAM**, Digitalización y Divulgación de Revistas Académicas Latinoamericanas (**Cengage Learning**). Puede consultarse a través de la biblioteca de revistas electrónicas de: Ciencia y Tecnología de la Organización de Estados Americanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (**OEI**), Göteborg University Library (**Alemania**), Braunschweig University Library (**Alemania**), Uppsala University Library (**Alemania**), Kassel University Library (**Alemania**), Biblioteca Virtual de Biotecnología para las Américas del Instituto de Biotecnología de la UNAM (**México**), Universidad de Caen Basse-Normandine (**Francia**), Institución Universitaria Centro de Estudios Superiores María Goretti (**Colombia**), Librería del Ministerio de Ciencia y Tecnología (**Brasil**), Centre Population et Developpement, CIRAD (**Francia**), Revistas de Ciencia y Tecnología de la Universidad Centroamericana (**Nicaragua**), Oxford Brookes University (**Inglaterra**), Electronic Journal Library (**China**), University of Leicester (**Inglaterra**), E-journals de la Universidad de Nancy (**Francia**), University of Georgia Libraries (**USA**), Elektroniset Lehdet de la Universidad de Tampere (**Finlandia**), Revistas On-Line de la Universidad de Torino (**Italia**), Revistas Electrónicas de la Universidad de Joseph Fourier (**Francia**), Recurso-e de la Universidad de Sevilla (**España**), Revistas electrónicas de la Universidad de Franche-Comté (**Francia**), Thomas Library de la Universidad de Wittenberg (**USA**), Ohio Library and Information Network de State Library of Ohio (**USA**), Periodiques Electroniques de la Universidad Joseph Fourier et del' Institut National Polytechnique de Grenoble (**Francia**), Library of Teikyo University of Science and Technology (**Japón**), University of Tsukuba Library (**Japón**), Albertons Library of Boise State University (**USA**), Oxford University Libraries (**Inglaterra**), Magazines and Journals List de Milton Briggs Library (**USA**), Library de Southern Cross University, (**Australia**), Agence Bibliograph de l'er Seignement Supérieur (ABES) (**Francia**), University of Tennessee Libraries (**USA**), Walter E. Helmke Library of Indiana University (**USA**), Trinity University Library Catalog (**USA**), Columbia University Libraries (**USA**), Centre National de la Recherche Scientifique (**Francia**), Electronic Journals of Texas Tech University (**USA**), Bibliothèque de l'Institut Universitaire d'Hématologie (**Francia**), University Library of University of Sheffield (**Inglaterra**), Binghamton University Libraries (**Inglaterra**), Library of University of Liverpool (**Inglaterra**), University of Illinois at Urbana-Champaign Library Gateway (**USA**), Cornell University Library (**USA**), Binghamton University Libraries (**USA**), Digital Library de la Universitá Di Roma Torvergata (**Italia**), Main Library and Scientific Information Centre of the Wroclaw University of Technology (**Polonia**), Biblioteca Digital de Ciencia y Tecnología Administrativa (**Argentina**), USF Libraries de la University of South Florida (**USA**), Sistema Bibliotecario di Ateneo di Politécnico di Milano (**Italia**), Washington Research Library Consortium (WRLC) (**USA**), Biblioteca Digitale della Sapienza di Università degli studi di Roma "La Sapienza" (**Italia**) Biblioteca Universitaria di Lugano de la Università Della Svizzera (**Italia**), Bibliothèques Universitaires de Université Jean Monnet Saint-Etienne (**Francia**) y en in4ciencia.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons México 2.5.



Atribución-No Comercial-No Derivadas 2.5 México

Eres libre de:

- copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución. Debes reconocer la autoría de la obra en los términos especificados por el propio autor o licenciente.



No comercial. No puedes utilizar esta obra para fines comerciales.



No Derivadas. No está permitido que alteres, transformes o generes una obra derivada a partir de esta obra.

- Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.
- alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor

Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.

<http://creativecommons.org.mx>

Ra Ximhai

**El mundo,
El universo o
La vida**

ISSN-1665-0441

**VOLUMEN 13 NÚMERO 2
JULIO-DICIEMBRE 2017**

CONTENIDO

VOLUMEN 13 NÚMERO 2 JULIO-DICIEMBRE 2017
CIENCIAS SOCIALES
ISSN-1665-0441

ARTÍCULO CIENTÍFICO

- 13** **El consumo de alcohol como problema de salud pública**
Jesica Guadalupe Ahumada Cortez; Mario Enrique Gámez Medina
y Carolina Valdez Montero
- 25** **Las representaciones sociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas**
Mario Enrique Gámez Medina; Jesica Guadalupe Ahumada Cortez
y Carolina Valdez Montero
- 39** **Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades**
Arodi Tizoc Marquez; Karina Rivera Fierro; Ulises Rieke Campoy
y Manuel Cruz Palomares
- 53** **El consumo de alcohol como factor de riesgo para adquirir sobrepeso y obesidad**
José Luis Higuera Sainz; José Alfredo Pimentel Jaimes; Geu Salomé
Mendoza Catalán; Ulises Rieke Campoy; Gisela Ponce y Ponce de
León y Adriana Camargo Bravo
- 63** **Percepción de satisfacción de los estudiantes de enfermería en el uso de la simulación clínica**
Lubia del Carmen Castillo Arcos y Lucely Maas Góngora
- 77** **Modelos educativos: un reto para la educación en salud**
Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco; Lourdes Patricia Ortega
Pipper; Luz Ester Verdugo Blanco y Laura Elena Reyes Barribas
- 87** **Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género**
Lucía Caudillo Ortega; María Teresa Hernández Ramos y María
Luisa Flores Arias
- 97** **Composición y percepción de la imagen corporal en mujeres adultas**
Fabiola Elizabeth Soto Montero; Milton Carlos Guevara Valtier y
Carolina Valdez Montero

- 105** **La obesidad de las mujeres embarazadas y su asistencia al control nutricional en el hospital gineco-pediátrico de Los Mochis**
Yesenia Palazuelos Paredes; Ernesto Guerra García y Lluvia Magally Ibarra Robles
- 121** **El lejano estrato de la sinrazón: expresiones de locura en el puerto y ciudad de Mazatlán finales del siglo XIX**
Griselda Santiago Pérez
- 135** **El cuidado de la salud dentro del ejercicio de la prostitución en Sinaloa un acercamiento a su historia**
Ana Julieta Rueda Morales
- 153** **Enfermedades en Mazatlán durante el siglo XIX**
Pedro Cázares Aboytes y Samuel Octavio Ojeda Gastelum
- 175** **Los maestros rurales en Sinaloa: pedagogos, promotores de la salud y activistas político-sociales**
Rafael Santos Cenobio

CONTENTS

VOLUME 13 NUMBER 2 JULY-DECEMBER 2017
SOCIAL SCIENCES
ISSN-1665-0441

SCIENTIFIC ARTICLE

- 13 Alcohol consumption as a public health problem**
Jesica Guadalupe Ahumada Cortez; Mario Enrique Gámez Medina y Carolina Valdez Montero
- 25 Social representations of the consumption of tobacco, alcohol and other drugs**
Mario Enrique Gámez Medina; Jesica Guadalupe Ahumada Cortez y Carolina Valdez Montero
- 39 Reduction of damage as a strategy for the use and abuse of substances in Mexico: challenges and opportunities**
Arodi Tizoc Marquez; Karina Rivera Fierro; Ulises Rieke Campoy y Manuel Cruz Palomares
- 53 Alcohol consumption as a risk factor to acquire overweight and obesity**
José Luis Higuera Sainz; José Alfredo Pimentel Jaimes; Geu Salomé Mendoza Catalán; Ulises Rieke Campoy; Gisela Ponce y Ponce de León y Adriana Camargo Bravo
- 63 Perception of satisfaction of students in the use of clinical simulation**
Lubia del Carmen Castillo Arcos y Lucely Maas Góngora
- 77 Educational models: a challenge for health education**
Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco; Lourdes Patricia Ortega Pípper; Luz Ester Verdugo Blanco y Laura Elena Reyes Barribas
- 87 Analysis of the social determinants of gender violence**
Lucía Caudillo Ortega; María Teresa Hernández Ramos y María Luisa Flores Arias
- 97 Composition and perception of body image in adult women**
Fabiola Elizabeth Soto Montero; Milton Carlos Guevara Valtier y Carolina Valdez Montero
- 105 The obesity of pregnant women and their assistance to nutritional control in the gineco-pediatric hospital of Los Mochis**
Yesenia Palazuelos Paredes; Ernesto Guerra García y Lluvia Magally Ibarra Robles

- 121** **The distant stratum of unreason: expressions of madness in the port and city of Mazatlán late nineteenth century**
Griselda Santiago Pérez
- 135** **Health care within the prostitution exercise in Sinaloa an approach to his history**
Ana Julieta Rueda Morales
- 153** **Diseases in Mazatlán during the XIX century**
Pedro Cázares Aboytes y Samuel Octavio Ojeda Gastelum
- 175** **Rural teachers in Sinaloa: pedagogues, health promoters and socio-political activists**
Rafael Santos Cenobio



EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

ALCOHOL CONSUMPTION AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM

Jesica Guadalupe **Ahumada-Cortez**¹; Mario Enrique **Gómez-Medina**¹ y Carolina **Valdez-Montero**¹

Doctor(a) en Ciencias de Enfermería, Profesor(a) e Investigador(a) de la Escuela Superior de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Calle Poseidón s/n, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

RESUMEN

El consumo de alcohol es un problema de salud pública que requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud. Esto al considerarse un factor determinante para algunos trastornos neuropsiquiátricos y de enfermedades no transmisibles como las afecciones cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos tipos de cánceres. En la actualidad el consumo de alcohol es considerado una práctica socialmente aceptada, y se le reconoce como vehículo de socialización en diversos grupos sociales como en los adolescentes; el alcohol es la droga legal de inicio y su consumo incrementa el riesgo de involucrarse con otro tipo de sustancias ilícitas como la marihuana, la cocaína, entre otros. Para comprender el problema del consumo de alcohol en la población en general es importante partir de aspectos básicos como lo son las definiciones y el panorama general de esta problemática en el mundo entero, además de conocer las consecuencias de su consumo y la función de enfermería en la prevención. El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas.

Palabras clave: Consumo de alcohol, salud pública, abuso de alcohol, factores de riesgo, consecuencias.

SUMMARY

Alcohol consumption is a public health problem that requires immediate preventive actions and health promotion. This is considered a determinant factor for some neuropsychiatric disorders and noncommunicable diseases such as cardiovascular diseases, liver cirrhosis and various types of cancers. Currently, alcohol consumption is considered a socially accepted practice, and is recognized as a vehicle for socialization in various social groups such as adolescents; alcohol is the legal starting drug and its consumption increases the risk of getting involved with other types of illegal substances such as marijuana, cocaine, among others. To understand the problem of alcohol consumption in the general population, it is important to start from basic aspects such as the definitions and the general picture of this problem worldwide, as well as to know the consequences of consumption and the nursing function in prevention. Alcohol consumption can be described in terms of grams of alcohol consumed or the alcoholic content of different beverages.

Key words: Alcohol consumption, public health, alcohol abuse, risk factors, consequences.

INTRODUCCIÓN

Definiciones generales

Definición de alcohol

“En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos de hidroxilos (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994)”.

El etanol es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. Su liposolubilidad es unas 30 veces menor que su hidro solubilidad. En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (Álvarez, 2001).

Además, es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. Una bebida estándar equivale a 0.6 onzas de etanol puro. Una bebida estándar se considera 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor fuerte (un "shot") como el tequila, el ron, el vodka o el whisky (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2013).

Bebidas alcohólicas

Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo. Las bebidas alcohólicas se clasifican de acuerdo al proceso de preparación al que se sometan (OMS, 1994).

Fermentación. Consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos (Vino, cerveza, champán).

Destilación. Es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos. Así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico (Vermut, whisky, coñac, ron, ginebra, vodka).

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) se ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5% aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40%.

Consumo experimental de alcohol

Se considera las primeras veces que se consumen bebidas alcohólicas. El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.

Factores de riesgo y de protección para el inicio del consumo de alcohol

El inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa crítica, por ser una etapa de transición, donde muchos adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar con nuevos comportamientos (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006; Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008). Se puede argumentar que el consumo de drogas ocurre originalmente para la mayoría de los individuos alrededor de los 15 a 17 años de edad, como un consumo experimental y a partir de este inicio puede dejar el consumo o bien se avanza a niveles de consumo excesivo y dependiente, en esta primera etapa el consumo es poco frecuente y de baja cantidad. (Consejo Nacional Contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS], 2011; Pilatti, *et al.*, 2012; Romer, Duckworth, Sznitman & Park, 2010).

Existen algunos factores que condicionan al adolescente a la hora de decidir iniciar el consumo, estos factores pueden definirse como factores de riesgo entendido como "un atributo y/o característica

individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas” (Clayton, 1992). La evidencia sobre la naturaleza del fenómeno multicausal y complejo del consumo de alcohol desde la perspectiva de factores de riesgo es abundante y puede ser clasificada como: factores biológicos, personales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales (Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas [CICAD], 2004; Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Lema, Varela, Duarte & Bonilla, 2011; López & Rodríguez-Arias, 2010; Pilatti, *et al.*, 2012).

- Biológicos: La predisposición genética, el riesgo genético influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo.
- Personales: La edad, el estado de salud física y mental, el estrés, las creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, falta de valores, inseguridad.
- Familiares: Las familias disfuncionales, el maltrato, los conflictos familiares, los padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, el déficit o exceso de disciplina, la falta de lazos afectivos, frustración familiar, mala relación con los hermanos, crianza poco efectiva, ausencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, mala comunicación entre los miembros de la familia.
- Psicológicos: Baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad de divertirse
- Escolares: Comportamiento inapropiado: demasiado tímido o agresivo en clase, deficiencia en el desempeño escolar, fracaso escolar, asociación con compañeros de comportamiento desadaptativo, abandono temprano de la escuela, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, aislamiento del grupo, disponibilidad de alcohol en la escuela, y la promoción del individualismo y la competitividad.
- Ambientales/sociales: Las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso al alcohol, deprivación económica, la publicidad, la delincuencia y marginalidad, amigos consumidores.

Es importante reconocer que cada factor de riesgo tiene un impacto significativo sobre la respuesta individual hacia el consumo de alcohol, pero generalmente estos factores no influyen de manera precisa en la elección o no del consumo, más bien estos factores se interrelacionan entre sí, incrementando la probabilidad de consumo de alcohol, haciendo difícil encontrar una causa específica del origen de esta conducta. Para atenuar o disminuir estos factores de riesgo, se encuentran los factores protectores.

Hawkins en 1985 definió los factores protectores como “aquellos factores o atributos individuales (personales, psicológicos, sociales), condiciones situacionales, ambiente o contexto que reduce, inhiben, o atenúan la probabilidad de ocurrencia de la conducta de consumo de drogas”. En su Teoría de Desarrollo Social Hawkins y Weis (1985), describen los factores protectores y los procesos implicados para incidir en la reducción de conductas de riesgo o comportamientos problemáticos como el consumo de drogas. Ellos proponen tres factores de protección que controlan los comportamientos problemáticos y antisociales como el consumo de alcohol:

- 1) Las relaciones sociales (apego, compromiso, comunicación con la familia, la escuela y los compañeros y amigos no consumidores)

- 2) Las coacciones o limitaciones externas (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas, mantenidas o demostradas por personas importantes para el individuo) y,
- 3) Las habilidades sociales (contar con estrategias de solución para afrontamiento asertivo de situaciones o tentaciones de consumo, autocontrol o auto eficacia de resistencia para no involucrarse con el consumo, auto concepto o autoestima, así como satisfacción y proyecto de vida) actuarían protegiendo al adolescente de su involucramiento con el alcohol y otras drogas.

Estos factores protectores también han sido definidos como “los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo”. Se ha encontrado que estos factores no siempre son los opuestos a los factores de riesgo y que su repercusión también varía a lo largo del proceso de desarrollo (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano & Baglioni, 2002; Hawkins & Weis, 1992; López & Rodríguez-Arias, 2010). Al igual que los factores de riesgo los factores protectores se pueden clasificar en individuales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales (Mosqueda-Díaz & Carvalho, 2011; Pollar, Catalano, Hawkins & Arthur, 1997; Randolph, Russell, Harker & Finchman, 2010; Rodríguez, 2012; Ruiz, Lozano & Polaino, 1994).

- Factores Personales: Adecuado desarrollo y madurez, actitud positiva, proyecto de vida, aptitudes sociales, habilidad de resolución de conflictos, motivación al logro, habilidades cognitivas, autonomía, independencia, planificación del tiempo libre.
- Familiares: Ambiente cálido, buena relación con padres y hermanos, comunicación abierta y asertiva, cohesión o unión familiar, límites claros, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos, manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad, expectativas claras, promoción de hábitos sanos, compartir intereses y tiempo libre.
- Psicológicos: Adecuada autoestima, autocontrol, empatía, asertividad, capacidad de frustración y de postergar la satisfacción.
- Escolares: Perseverancia en los estudios, apoyo social, buena comunicación profesor-estudiante, establecimiento de lazos cordiales, buena relación con los compañeros, conexión entre la casa y la escuela, fomento de actividades extracurriculares y deportivas, fomento del trabajo en equipo y de la creatividad.
- Ambientales/sociales: Participación activa en la comunidad, apoyo social de los compañeros, relación con diversos grupos proactivos, promoción de actividades de ocio y tiempo libre, leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, áreas que favorezcan la convivencia.

Consumo de Alcohol en el mundo y en México

A nivel mundial el consumo nocivo de alcohol se encuentra dentro de los principales factores que contribuyen a una muerte prematura prevenible. La prevalencia anual en el 2012 para este consumo fue del 42%, tomando en cuenta que este consumo es considerado como legal en la mayoría de los países, pero al hacer un contraste con los demás tipos de drogas se puede apreciar que esta cifra es ocho veces mayor a la prevalencia anual de sustancias ilegales (5%) (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2012). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011 (ENA) en México el 42.9% de los adolescentes de 12 a 17 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 30% en el último año y el 14.5% en el último mes. Por género se encontró que el 17.4% de los hombres y el 11.6% de las mujeres ha consumido alcohol el último mes. Siendo la cerveza la bebida preferida por la población, seguida por los destilados y los vinos de mesa.

En la población adulta el consumo fue mayor que en los adolescentes, y este consumo aumentó del 2002 al 2011 de 72% al 77.1%. La prevalencia en el último año paso de 51.3% (2002) al 55.7% (2011) y en el

último mes de 22.2% a 35% respectivamente. Por sexo este crecimiento también encontró de manera significativa tanto en hombres (62.6% al 69.3%) como en mujeres (37.1% a 43.2%) en el último año (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012; CONADIC-SS, 2011; WHO, 2011; Villatoro, Gaytán, Moreno, Gutiérrez, Oliva, Bretón, *et al.*, 2011).

Morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia que afecta a todo el organismo. El sexo, la edad y las características biológicas del consumidor determinan el grado de riesgo al que se exponen cuando consumen. Los resultados de investigaciones en adolescentes muestran el daño neuronal secundario por consumo de alcohol en edades tempranas, presentando alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Algunos estudios neuroanatómicos señalan que el alcohol puede alterar la estructura y la función del Sistema Nervioso Central (SNC) de manera significativa provocando deterioro neuropsicológico, sin embargo este deterioro puede presentar variabilidad debido a la cantidad de alcohol consumida, los antecedentes y el patrón de consumo, además del consumo de otras sustancias tóxicas (Ferret, Carey, Thomas, Tapert & Fein, 2010; García-Moreno, Expósito, Sanhueza & Angulo, 2008; Hanson, Cumming, Tapert & Brown, 2011; Squeglia, Spadoni, Infante, Myers & Tapert, 2009)

De acuerdo a la OMS, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y de discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. En el mundo 320, 000 jóvenes entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo que representa un 9% de la mortalidad de este grupo etario. En México, el uso de alcohol es la cuarta causa de muerte de la población en el país (8.4%). Los trastornos asociados a este consumo son usualmente subestimados por la población, principalmente por los jóvenes, se piensa que se necesita de un consumo crónico e intenso para producir daños orgánicos, sin embargo, la evidencia indica la existencia de daño orgánico asociado al consumo intermitente.

Martínez a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), reporta algunas consecuencias que conlleva el consumo de alcohol en los adolescentes, como lo son:

- Los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios.
- El inicio de la actividad sexual a edad más temprana y mayor tendencia a relaciones sin protección.
- Los adolescentes que inician a edades tempranas el consumo de alcohol incrementan 4 veces la probabilidad de desarrollar dependencia, que aquellos que inicia el consumo en la edad adulta.
- Ausencia escolar, actitud negativa, bajo rendimiento académico, problemas de disciplina, que conllevan al abandono total de la escuela.
- Conflictos familiares, distanciamiento y hostilidad.
- Movimientos motores menos coordinados, reflejos lentos, afección del control de los músculos del habla y la actividad de los ojos.

Los problemas de salud son las principales consecuencias del consumo de alcohol, relacionado como la causa de 60 tipos de enfermedades tanto agudas como crónicas. Mismas que se pueden agrupar en tres categorías (Condiciones de salud íntegramente atribuibles al consumo de alcohol, condiciones crónicas que tienen el alcohol como factor contribuyente y condiciones agudas en las cuales el alcohol es factor contribuyente), reflejadas por la naturaleza de su condición y su relación etiológica del consumo de alcohol (Guerra & García [Centro de Información sobre Salud y Alcohol CISA]; Alcohol, España), por tipo de trastorno se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial, miocardiopatía dilatada, alteraciones del ritmo cardíaco, cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares.
- Trastornos digestivos. Orofaringe (queilitis, boqueras, glositis, gingivitis, caries, hipertrofia de la glándula parótida, cáncer de labio, lengua o de cavidad orofaríngea), esófago (reflujo gastroesofágico, esofagitis pépticas, hemorragias digestivas altas o bajas), estómago (gastritis alcohólica aguda o crónica, úlcera de estómago y cáncer de estómago), páncreas (pancreatitis aguda, coledocitis), hígado (hepatopatía, hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis alcohólica, hepatomegalia, hepatocarcinoma), intestino delgado (mala absorción intestinal, diarrea, desnutrición).
- Trastornos hematológicos. Alteraciones de los eritrocitos (macrocitosis, anemia megaloblástica), alteraciones de los leucocitos y alteraciones de las plaquetas.
- Trastornos osteomusculares. Osteoporosis, alteraciones articulares, miopatías y rabdomiólisis.
- Trastornos metabólicos. Alteraciones de las proteínas, lípidos y vitaminas, cetoacidosis alcohólica, hipoglucemia alcohólica.
- Trastornos endocrinos. Hipogonadismo hipogonadotrópico, con atrofia testicular e infertilidad, feminización por aumento de estrógenos plasmáticos, amenorrea, riesgo de aborto espontáneo, esterilidad, síndrome pseudo Cushing con atrofia muscular.
- Infecciones. Neumonías, tuberculosis, hepatitis virales por virus B y C, meningitis, infecciones cutáneas y peritonitis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Cáncer. Oro faríngeo, esofágico, del tracto respiratorio superior, de recto y cáncer de mama.
- Trastornos neurológicos. Degeneración cerebelosa, demencia alcohólica, síndrome de Wernicke-Korsakoff, pelagra, beriberi, ambliopía alcohol-tabaco, enfermedad de Marchiafava-Bignami, mielínolisis pontina central, demencia alcohólica, atrofia cerebral, epilepsia, factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular, polineuropatía y miopatía.

El efecto del consumo de alcohol en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) es muy pronunciada por dos razones: la primera es porque las muertes atribuibles al consumo de alcohol se producen relativamente en etapas tempranas de la vida lo que resulta en muchos años perdidos por muerte prematura, y la segunda debido a que los trastornos por consumo de alcohol son a menudo incapacitantes. En muchos países de ingresos medios, el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de la enfermedad. En la *Figura 1* se muestran los porcentajes mundiales de AVAD atribuidos a los factores de riesgo más importantes por grupo de ingreso (ONU, 2011).

Además de los numerosos efectos crónicos y agudos, el consumo de alcohol se asocia con consecuencias psicosociales generalizadas como la violencia, el abandono, el maltrato y el ausentismo en el lugar de trabajo, entre otros. Teniendo en cuenta el significado de las consecuencias del consumo de alcohol en comparación con otros riesgos para la salud, se puede apreciar que al consumo nocivo del alcohol no se le da la debida atención en las políticas públicas, esto podría explicarse a la baja percepción de riesgo por parte de los individuos y a la aceptación por parte de la sociedad como una práctica cotidiana (ONU, 2011).



Figura 1. Porcentajes mundiales de AVAD atribuidos a los 19 factores de riesgo más importantes, por grupos de ingresos (Global Health Risks, 2009).

Los costos sociales y sanitarios del abuso de alcohol

El efecto negativo del consumo de alcohol repercute notablemente en el plano económico y social debido a que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre principalmente en las etapas productivas de la vida. Las consecuencias del consumo de alcohol perjudican mucho más allá de la salud física y psicológica de la persona que bebe, también causa daño al bienestar y a la salud de los demás. Parte del daño social para el bebedor está implícito en las condiciones de salud, las enfermedades y lesiones, por ejemplo, se tienen implicaciones sociales, incluyendo los gastos médicos, los efectos negativos en la productividad, las cargas financieras y psicológicas de las familias. Ejemplos de daños causados a terceras personas incluyen las condiciones prenatales causadas por el consumo y las lesiones causadas por la violencia de un atacante ebrio a una madre (Pérez, 2002).

El daño social del consumo de alcohol se puede clasificar en términos de cómo afectan funciones y responsabilidades importantes de la vida cotidiana como: el trabajo, la familia, los amigos y el carácter público. La intoxicación interfiere en mayor o menor medida con la mayoría del trabajo productivo. La propia productividad del bebedor se reduce, y puede haber consecuencias sociales adversas, incluyendo la pérdida de su trabajo. La productividad de los otros en torno al bebedor puede disminuir si tienen que tomar tiempo de su trabajo para cubrir los errores, las ausencias o tardanzas del este.

El consumo de alcohol como cuestión de género

Por muchos años el consumo de alcohol estuvo vinculado a los hombres, esto no quiere decir que las mujeres no consumieran, sino que su patrón de consumo era menor y más disimulado. Hoy por hoy las encuestas muestran un estrechamiento de las diferencias de consumo de alcohol por género, relacionando estos incrementos al cambio de rol femenino tradicional y el cambio de posición social. El

papel que tradicionalmente cumplían las mujeres en la sociedad se está equiparando con el de los hombres, asumiendo roles que tradicionalmente se habían asociado a los hombres (ENA, 2011; Möller-Leimkühler, Schwarz, Burtscheidt & Gaebel, 2002).

La orientación del rol de género está representada por el autoconcepto de una persona en relación con sus atributos instrumentales y expresivos. La noción de género esta entendida como la diferencia de roles basada al sexo: hombres y mujeres, donde básicamente lo masculino y lo femenino designan las normas, los valores, los comportamientos, la forma de vestir, de expresarse, de sentir, entre otras. El género ha venido a poner claramente una desigualdad y/o minusvalía estructural en la sociedad del género femenino frente al género masculino. A los hombres se le asignan roles de responsabilidad del trabajo productivo (ámbito laboral, los negocios, en el exterior de la familia) y a las mujeres roles sobre la crianza de los hijos y al cuidado del hogar (ámbito privado) (Instituto de la Mujer, 2007).

La abstinencia de la mujer que estaba dictada por los códigos sociales, la preservó por mucho tiempo de las consecuencias negativas asociadas con el uso y/o abuso de alcohol, pero la tendencia actual a la reducción de las diferencias entre sexos modifica también los roles y las actitudes ante el alcohol. Es importante señalar, que aun con estos cambios el estigma social en mujeres bebedoras aún está presente, además que el consumo de alcohol es vivido de manera diferente por sexo, desde el punto biológico, se señala que la mujer tiene mayor susceptibilidad a la intoxicación aguda, así como a desarrollar enfermedades hepáticas serias o cáncer de mama. Las causas por las cuales hombres y mujeres se inician en el consumo también son diferentes las mujeres refieren iniciar el consumo por síntomas depresivos y por frecuentes conflictos interpersonales (Annis & Graham, 1995; Díez, 2003; González & Alcalá, 2005).

La sociedad, la cultura y el consumo de alcohol

La historia del consumo de alcohol se puede remontar a la propia historia de la vida del ser humano, con una carga cultural que trasciende a través de las generaciones. Se le ha identificado presente en la historia de la sociedad en los distintos ámbitos de la vida del hombre; su origen se relaciona, con aspectos mágicos y religiosos. Formando parte de rituales y festividades colectivas, también ha estado presente en momentos de crisis cultural y de valores (Alonso, 2008; Edwards, 2005). Es considerada la droga legal más consumida que ha formado parte del entorno social y cultural a través de los años, su devenir histórico la ha convertido en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social. El consumo de alcohol en los adolescentes es el reflejo de la adaptación a la sociedad y con un significado social durante la transgresión, el inicio al mundo adulto y el de cierto atractivo personal (Pons & Buelga, 2011).

Desde el nacimiento los procesos de aprendizaje y de socialización presentes durante el desarrollo del ser humano influyen a través del aprendizaje de normas y comportamientos socialmente aceptados en la familia, la escuela, los amigos/pares y los medios de comunicación (Becoña, 2002). La familia juega un papel crucial protegiendo del consumo de drogas, dado que la familia es el primer entorno social en el que se desarrolla el individuo y se modelan conductas, posee una estructura, organización, jerarquización y patrones de interacción social que condicionan el comportamiento de sus miembros.

En la sociedad actual la disponibilidad de las bebidas alcohólicas tiene una incidencia especial en el inicio del consumo, la presencia física de la sustancia predice la cantidad de consumo en la sociedad: cuanto mayor sea la cantidad presente en el medio social, mayor será la proporción de consumidores experimentales, habituales y dependientes. Es fácil que los individuos de cualquier edad, incluso los adolescentes consigan fácilmente las bebidas alcohólicas y a bajo precio, están disponibles en cualquier

establecimiento con permiso o supermercado, los cuales en su mayoría las expiden sin exigir que sean mayores de edad (Pons & Buelga, 2011).

El rol de Enfermería en la prevención del consumo de alcohol

La prevención del consumo de alcohol y otras drogas ha sido abordada en diferentes disciplinas, pero principalmente en la psicología creando un sinfín de teorías para explicar el comportamiento en la evolución del consumo de drogas, entre ellas el consumo de alcohol, este comportamiento puede darse en diferentes etapas como en cualquier tipo de adicción en las distintas drogas (*Figura 2*).



Figura 2. Evolución del comportamiento del consumo de drogas (Manual para la Prevención del Consumo de Drogas).

Estas etapas permiten conocer las implicaciones que tienen el individuo y el consumo de alcohol, al poder identificarlos y actuar de manera efectiva de acuerdo a la etapa en la que se encuentre. Enfermería no es la excepción en la tarea de la prevención de adicciones, en los últimos años ha buscado posicionarse dentro de la producción de investigación en salud en busca de respuestas sobre este problema de salud pública. Es importante destacar que el consumo de alcohol no es un problema en sí, si este se realiza de manera sensata, el problema es cuando se hace uso indiscriminado pasando del consumo sensato a un consumo dependiente, donde el individuo necesita de la sustancia y todas sus actividades giran en torno a la bebida, denominándose alcohólico (Rodríguez, 2012).

El profesional de Enfermería es la persona clave en la prevención del consumo y en la promoción de estilos de vida saludable, dado que su principal función es el cuidado de la salud de los individuos, al estar presente en los tres niveles de atención, juega un papel fundamental en la salud de las personas durante toda su vida (González, Manzano & González, 2009). La prevención primaria debe ser la meta principal del profesional de enfermería en el consumo de alcohol, al ser el primer contacto en los servicios de salud, además tiene la capacidad de descubrir características que pudieran ser indicadores de un tipo de

consumo y la facultad de intervenir para brindar promoción de la salud y prevención del consumo (Wright, 2004).

Sin embargo la investigación reciente indica que para que el papel de enfermería tenga un mayor impacto en la salud de los individuos en la prevención de las adicciones, se debe fortalecer el currículo de enfermería, para dar una perspectiva integral en el cuidado y la creación de fundamento teórico de enfermería que permita la integración de intervenciones de enfermería con efectos positivos a largo plazo y así mismo impactar en la reducción de la demanda de drogas tanto lícitas como ilícitas (González, Manzano & González, 2009; March, Prieto, Danet, Suess, Ruiz & García, 2012; Morales, Plazas, Sánchez & Arena, 2011; Puig-Nolasco, Cortaza-Ramirez & Pillon, 2011).

LITERATURA CITADA

- Alonso, C. M. M. (2008). Hacia la construcción de un modelo explicativo de factores de riesgo y consumo de alcohol en mujeres adultas. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología, Monterrey, Nuevo León, México.
- Álvarez, F. (2001). *Farmacología del alcohol*. En G. Rubio y J. Santo Domingo. *Curso de Especialización en alcoholismo* (pp. 1-24). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Annis, H. M., & Graham, J. M. (1995). Profile types on the inventory of drinking situations: Implications for relapse prevention counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 176-182.
- Arthur, M., Hawkins, D. J., Pollard, J. A., Catalano, R., & Baglioni, A. J. (2002). Measuring Risk and Protective Factors for Substance use, Delinquency and Other Adolescent Problems Behaviors. *Evaluation Review*, 26(6), 575- 601.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24 (001), 55-61.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Clayton, R. R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD]. (2004). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención Escolar*. Organización de los Estados Americanos. Washington, D.C.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS] *Encuesta Nacional de Adicciones* (2011). Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. 2011.
- Díez, H. I. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. *Osasunaz*, 2, 177-190.
- Edwards, G. (2005). *Alcohol. Su ambigua seducción social*. México: Trillas.
- Ferrett, H. L., Carey, P. D., Thomas, K. G., Tapert, S. F., & Fein, G. (2010). Neuropsychological performance of South African treatment-naïve adolescents with alcohol dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 110(1-2), 8-14.
- García-Moreno, L., Expósito, J., Sanhueza, C., & Angulo, M. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20(3), 271-280.
- González, R., & Alcalá, J. (2005). Consumo de Alcohol y Salud Publica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 49(6).
- González, M., Manzano, G. M., & González, M. (2009). El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes. ¿Es eficaz nuestra intervención en el medio escolar? *Revista Enfermería C y L*, 1(1), 2-13.

- Guerra, A., & García, L. (2013). Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. Centro de Información sobre Salud y Alcohol (CISA). Recuperado de: <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsecuencias-es-cap2.pdf>
- Hanson, K. L., Cummins, K., Tapert, S. F., & Brown, S. A. (2011). Changes in neuropsychological functioning over 10 years following adolescent substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 127-142.
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The Social Development Model: An Integrated Approach to Delinquency Prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6(2), 73-97.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Jiménez, L., Menéndez, S., & Hidalgo, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Instituto de la Mujer (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/elConsumodeAlcohol.pdf>
- Lema, S. L., Varela, A. M., Duarte, A.C. & Bonilla, G. M. (2011). Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 264-271.
- López, L. S., & Rodríguez-Arias, P. J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- March, C. J., Prieto, R. M., Danet, A., Suess, A., Ruiz, R. P., & García, T. N. (2012). El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, 44(9), 527-531.
- Martínez, R. M. (2013). Prevención del consumo de alcohol: El adolescente y su familia. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), recuperado de: <http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/prevconsumo.pdf>
- Möller-Leimkühler, A. M., Schwarz, R., Burtscheidt, W., & Gaebel, W. (2002). Dependencia del alcohol y orientación del rol de género. *Eur Psychiatry Ed. Esp*, 9, 215-223.
- Morales, B., Plazas, M., Sanchez, R. & Arena, V. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(especial), 673-683.
- Mosqueda-Díaz, A. & Carvalho, F. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionado al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 789-795.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2013). Alcohol. Recuperado de: http://www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/Alcohol10_Sp.pdf.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol*. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Ginebra, Suiza.
- Pilatti, A., Godoy, J., & Brussino, S. (2012). Análisis de factores que influyen sobre el uso de alcohol en niños: Un path análisis prospectivo. *Health and addictions*, 1578-5319.

- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. & Arthur, M. W. (1997). Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population. Manuscrito no publicado.
- Pérez, B. (2002). El alcohol como problema de salud pública. La responsabilidad de los poderes públicos. *Adicciones*, 14(1), 291-301.
- Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94.
- Puig-Nolasco, A., Cortaza-Ramirez, L. & Pillon, S. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes Mexicanos de medicina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (especial).
- Randolph, K., Russell, D., Harker, K., & Finchman. (2010). Protective Influences on the Negative Consequences of Drinking Among Youth. *Youth & Society*, 41(4), 546-568.
- Rodríguez, P. L. (2012) *Valores Terminales e Instrumentales y Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Preparatoria* (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, NL, México.
- Romer, D., Duckworth, A., Sznitman, S. & Park, S. (2010). Can Adolescents Learn Self-control? Delay of Gratification in the Development of Control over risk Taking. *Society for Prevention Research*.
- Ruiz, P., Lozano, E., & Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10, 157-162.
- Squeglia, L. M., Spadoni, A. D., Infante, M. A., Myers, M. G., & Tapert, S. F. (2009). Initiating moderate to heavy alcohol use predicts changes in neuropsychological functioning for adolescent girls and boys. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 715-722.
- Villatoro, V. J. A., Gaytán, F. F., Moreno, L. M., Gutiérrez, L. M. L., Oliva, R. N., Bretón, C. M., *et al.*, 2011. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental*, 34(2), 81-94.
- Wright, G. (2004). Salud Internacional. El fenómeno de las drogas y la Profesión de Enfermería en América Latina. *Texto & Contexto de Enfermería*, 13(2).

SÍNTESIS CURRICULAR

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Correo electrónico: jesica.ahumada.cortez@uas.edu.mx

Mario Enrique Gámez Medina

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor e investigador de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Correo electrónico: mario.gomez@uas.edu.mx

Carolina Valdez Montero

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I.-1), CONACYT-México. Correo electrónico: carolina.valdez@uas.edu.mx



LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE CONSUMPTION OF TOBACCO, ALCOHOL AND OTHER DRUGS

Mario Enrique **Gámez-Medina**¹; Jesica Guadalupe **Ahumada-Cortez**¹ y Carolina **Valdez-Montero**¹

¹Doctor(a) en Ciencias de Enfermería, Profesor(a) e Investigador(a) de la Escuela Superior de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Calle Poseidón s/n, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

RESUMEN

El consumo de drogas es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, actualmente su uso y abuso se encuentran dentro de las principales causas de morbi-mortalidad, en este sentido el presente trabajo aborda la representación social de consumo de drogas debido a la necesidad de conocer a profundidad la forma en que los individuos construyen un significado común a dicho consumo, determinado en muchas ocasiones por la posición y del contexto en donde se desenvuelven y con esto dar la posibilidad de crear o mejorar programas existentes para intervenir de manera más efectiva de acuerdo a las necesidades específicas de cada individuo.

En primera instancia, se da una definición de representaciones sociales y sus principales características, posteriormente se exponen las representaciones sociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, para dar algunas consideraciones finales.

Palabras clave: Representaciones sociales, consumo de drogas, alcohol, tabaco.

SUMMARY

Drug use is one of the major public health problems in the world, currently its use and abuse are among the main causes of morbidity and mortality, in this sense the present work addresses the social representation of drug use, due to the need to know in depth the way in which individuals construct a common meaning to consumption, determined in many occasions by the position and context in which they develop and with this give the possibility to create or improve existing programs to intervene in a more effective way according to the specific needs of each individual.

In the first instance, a definition of social representations and their main characteristics is given, later the social representations of the consumption of tobacco, alcohol and other drugs are presented, to give some final considerations.

Key words: Social representations, drug use, alcohol, tobacco.

INTRODUCCIÓN

Definición de Representaciones Sociales

La teoría de las representaciones sociales tiene su origen en Francia en la década de los sesentas siendo Sergei Moscovici su fundador y principal representante. El concepto de representación social surgió por primera vez en su publicación “La psychanalyse son image et son public” (Moscovici, 1961). Cabe mencionar que esta definición fue retomada de la sociología con Emilio Durkheim y su concepción de “representaciones colectivas” que se refieren a las formas más comunes en que los individuos (de forma conjunta) conciben, piensan y evalúan la realidad social. Posteriormente a este término Moscovici le otorgó el elemento psicológico al cual denominó representación social (Álvarez & Nuño, 2006).

Aún no existe una definición única de lo que es representación social, dado que según Moscovici esto pueda dar la impresión de ser un término acabado, por lo que prefiere dejar abierta la posibilidad de

significado, conservando el carácter de dinámico del mismo. No obstante, en su primera obra (Moscovici, 1961) afirma que la representación social “Es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un cuerpo organizado de conocimientos y de actividades psíquicas por las cuales los hombres hacen evidente la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación...”.

Posteriormente en “Notes towards a description of social representations” (Moscovici, 1988) refirió que “Las representaciones sociales son un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales que en nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común, son constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común” y finalmente en “social representations; explorations in social Psychology” Moscovici (2000) señaló que “...es un fenómeno específico relacionado con una manera particular de comprender y comunicar ...una manera que al mismo tiempo crea la realidad y el sentido común...”.

Entre los autores reconocidos en la temática se encuentra Jodelet (1984), que con “représentations sociales: phénoménés, concept et théorie” plateó que “... el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En el sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social...”. Por otro parte, Farr (1987) en “The science of mental life: a social psychological perspective” define a las representaciones sociales como: “... sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje propios. No representan simplemente opiniones acerca de imágenes de... o actitudes hacia, si no teorías o ramas del conocimiento”.

Megías y colaboradores en el año 2001 propone una definición de representaciones sociales señalando que “... es el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse, actuar y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad”. Con base en lo anterior, se propone una definición de “representaciones sociales” elaborada a partir de las diferentes concepciones antes mencionadas, siendo la siguiente: Es la forma en que las personas construyen un significado común de un objeto o de una situación particular. Este significado es determinado en muchas de las ocasiones de la posición y del contexto en donde los individuos se desenvuelven, por lo que un mismo objeto o situación particular puede tener varios significados.

Características de las representaciones sociales

Las representaciones sociales se pueden caracterizar en una primera instancia como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo en un contexto social, cultural e histórico determinados. Lo social, entendido como el contexto necesario y condición sin la cual no hay desarrollo del ser humano, lo cultural referido a las actitudes y conductas características de un grupo particular dentro de la sociedad, mientras que los aspectos históricos pueden dimensionarse, por un lado, en la descripción de cómo se desarrolla un ser humano y por otro, la historia social y colectiva que corresponde al desarrollo de un grupo. De modo que, la producción incluye necesariamente a los aspectos ideológicos y valores inherentes al campo semántico donde se producen (Gutiérrez, 1998).

Así pues, se presentan una serie de características de las representaciones sociales con la finalidad de aclarar un poco más dicho concepto (Alonso, 2001; Jodelet, 1984; Moscovici, 1973; 1990), siendo las siguientes:

Toda representación social posee una estructura integrada por la información, campo de la representación, núcleo y la actitud. La información hace referencia a los conocimientos que se posee del objeto. El campo de representación incluye contenidos como aspectos específicos del objeto y que sirven para conceptualizar. El núcleo es la parte más sólida de la representación y ejerce una función organizadora porque confiere peso y significado al resto de los elementos del campo y la actitud es disposición favorable que tiene una persona hacia el objeto.

Las representaciones sociales son imágenes que concentran un conjunto de significados, categorías y/o sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado, estas categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver.

Son una expresión del pensamiento natural, no formalizado ni institucionalizado, diferente de otras formas de conocimiento, como son las ideologías y las ciencias, que designa al mismo tiempo una estructura y un proceso, es decir, establece que el sujeto y el objeto no están separados. El primero participa a la construcción de este último en función de las inserciones sociales.

Para que una creencia o significado se determine como representación social debe centrarse en objetos sociales.

Es una representación social, sí esta es compartida por un grupo y si es construida por éste, con el fin de clasificar al objeto al que se refiere y explicar sus características, para agregarlo a su realidad social.

Existe un universo consensual del objeto representado, pero no tiene por qué haber un consenso absoluto. Las diferencias en este universo son necesarias para la existencia y continuidad de las representaciones en la vida social.

La representación social incluye como elemento intrínseco una guía para las interacciones, es decir, no solo clasifica y explica, sino que dispone a los sujetos de una colectividad respecto del objeto al que se refiere.

Representación social del consumo de drogas

En este apartado se presentan algunos de los estudios que han abordado las representaciones sociales del consumo de drogas, en diferentes individuos y contextos, primeramente, se mostrará tabaco y alcohol, para posteriormente llegar al consumo de drogas en general.

Tabaco

Arjonilla, Pelcastre y Orozco (2000) estudiaron la representación social del consumo de tabaco en una institución de salud, para ello, se propusieron caracterizar la representación social de fumar que tienen los diferentes sectores del personal, tanto fumadores como no fumadores. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de grupos focales. El abordaje de las entrevistas se llevó a cabo con base en dos criterios básicos: fumadores y no fumadores y con tres tipos de informantes: investigadores, personal administrativo y de mantenimiento; todos eran miembros de la misma institución.

Los motivos principales de consumo de tabaco entre los grupos de fumadores se encontraron que los investigadores seguían fumando al sentir el placer del olor y sabor del tabaco. Ellos tenían una visión más positiva de todos los grupos sobre el hecho de fumar, que concebían como una celebración a la vida, enfatizando los estímulos sensoriales del olfato y del sabor. El personal administrativo refirió que el fumar les controla la ansiedad, la ira y la tristeza “... calma los nervios, tranquiliza, descansa, te quita el coraje...”. Algunas personas del grupo de los trabajadores de mantenimiento y de los investigadores afirmaron que el fumar les evita llorar, pues les funcionaba como “...tapón emocional...”, como un escape a las situaciones de tensión, depresión, desilusión e ira.

Respecto a la socialización y espacios en el consumo de tabaco los investigadores que fumaban opinaban que el tabaco afecta en cierta forma este proceso, ya que la mayoría empezaron a fumar socialmente, en particular por haberlos inducido su grupo de amigos “...por curiosidad, por socializar...”, siguiendo un código de iniciación grupal, principalmente en la etapa de la adolescencia ya que si no fumaban se les sancionaba, llegando hasta a excluirlos del círculo de sus amistades. En la representación también se aprecia un sentimiento de discriminación por el hecho de fumar, unido a lo que consideran una exagerada satanización del tabaco frente a otras drogas igualmente nocivas para la salud.

El personal administrativo que fuma ejerce su libertad y su moral de una forma discrecional, generalmente asumiendo la posición situacional mayoritaria que en ocasiones, resulta desventajosa para satisfacer su deseo de fumar. Consideran que fumar es un acto básicamente colectivo, un acto de complicidad que tiene lugar, generalmente, en los espacios donde se reúnen, que les resultan familiares y en los que se sienten en confianza.

Los trabajadores de mantenimiento de la institución también fuman por la presión social, fundamentalmente de sus amigos, pero, a veces, también de los compañeros de trabajo, que los inducen a comenzar a fumar. Consideran que sí afecta sus relaciones sociales con la familia y con su círculo de amistades, principalmente por el olor del tabaco, que resulta molesto para los demás. Aunque, en general, opinan que no afecta su imagen pública, algunos creen que sí aumenta su popularidad entre los grupos de fumadores, estableciéndose una especie de competencia entre ellos.

El aspecto más interesante que surgió en el grupo de los trabajadores de mantenimiento, fue el que estableció claras diferencias de género en relación con el hecho de fumar, que se asocia en la mujer con la pérdida de sus principios morales: “... siento que a la mujer no le queda, más que nada se pierden los principios y todo...”. Una mujer que fuma se ve mal: “... no se puede comparar al hombre y a la mujer...”, “... ósea que la mujer tiene más principios que los hombres... la mujer cuida más su actitud”, “...su apariencia, más que nada su apariencia...”.

En la cuestión de tabaco y salud los investigadores que fuman fue el único que encontró efectos benéficos, indicando no sólo el placer que les produce fumar, sino también su mayor capacidad de concentración y de productividad intelectual cuando fuman. Los efectos físicos negativos que este grupo señalaron que “...por fortuna en el fumador son a largo plazo”. Otros creen que no tiene ningún efecto negativo, pero sí afirman que el abuso del tabaco causa dolor de cabeza. Este hábito se equiparó con otros, cómo tomar café o ingerir bebidas alcohólicas. Cabe destacar que la inmensa mayoría de los fumadores de los tres grupos laborales, experimentaron efectos negativos la primera vez que fumaron, pero continuaron fumando como un mecanismo de pertenencia al grupo.

El personal administrativo que fuma se mostró consciente de los efectos nocivos para la salud, pero aludió a la dependencia fisiológica como la razón para seguir fumando, así como a otros factores no especificados. La mayoría de los fumadores hablaron de su dificultad para abandonar el hábito del tabaco, que sólo se sustituye comiendo. El personal de mantenimiento que fuma está totalmente consciente de los efectos nocivos del tabaco, entre los que señalaron la afección a los pulmones, a los riñones y, en general, a todo el organismo, llegando incluso a causar la muerte. Señalaron que el más leve y el más frecuente es el dolor de cabeza. Aludieron a este hábito como un vicio que sólo se erradica por la fuerza de voluntad.

Por el contrario, los motivos de los no fumadores (investigadores, administrativos y de mantenimiento) para no consumir tabaco son, por una parte, que no saben fumar y, sobre todo, la falta de una predisposición para hacerlo. La educación es otro motivo que se mencionó, sobre todo el personal administrativo. Este motivo es muy importante para que las personas que hayan probado alguna vez el cigarro no sigan fumando, aunado a la propia percepción de daño que causa a la salud.

Tanto los trabajadores de mantenimiento como los de administración que no fuman perciben una dependencia fisiológica en los fumadores. Estos le atribuyen un efecto social positivo al cigarro, razón por la cual mantienen el hábito, por lo tanto, los fumadores son personas que desde el punto de vista de los no fumadores necesitan ayuda para dejar de fumar. Esta percepción difiere de la expresada por el grupo de investigadores que no fuman, quienes manifestaron una actitud de respeto en relación a lo que califican como una decisión individual, a pesar de que ésta se oponga a la de la colectividad.

En relación a la socialización y espacios de consumo de tabaco el personal administrativo refirió no percibir como problemático el no consumo; por el contrario, se percibe el fumar como un elemento que define, sobre todo en los jóvenes, su pertenencia al grupo, cosa que no ocurrió entre los trabajadores de mantenimiento, para quienes sí representaba un problema en el sentido de que se sentían rechazados, criticados y ridiculizados por sus compañeros que sí fuman. Los investigadores que no fuman manifestaron también su falta de voluntad para convivir con personas que fuman, no sólo socialmente, sino también íntimamente.

Las personas que no fuman ejercen su libertad de forma diferente, dependiendo de la categoría social a la que pertenezcan: el personal administrativo y el de mantenimiento perciben como falta de respeto hacia ellos que fumen, los que no pertenecen a su grupo social, pero no ejercen su derecho a que los respeten, sino que optan por retirarse antes de pedirles que no fumen. Los investigadores son más asertivos, aún a expensas de inventarse excusas o de desarrollar mecanismos de control social. Este último grupo siente y ejerce su derecho a protestar, sin embargo, lo hace con sus iguales o con los grupos que considera de menor rango al de ellos, pero no con los que perciben como superiores.

A lo referente al tabaquismo y salud los tres grupos de no fumadores manifestaron que el tabaco se relaciona con daños a la salud y no mencionaron ningún caso en el que fuera benéfico fumar. Los principales padecimientos que asociaron al consumo de tabaco fueron: cáncer, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, tos, esterilidad, ansiedad, malhumor, manchas en los dedos y en los dientes, problemas en los labios, en el aparato respiratorio, en los huesos y en las arterias. Las personas que no fuman consideran que los fumadores están consumiendo recursos del sector salud que no deberían invertirse en ellos, ya que el daño que se ocasionan es totalmente deliberado.

Fraga, Sousa, Ramos, Dias y Barros (2011) identificaron las representaciones sociales del uso de tabaco en adolescentes escolarizados usando un enfoque cualitativo. Realizaron treinta entrevistas semiestructuradas. Trece de los estudiantes reportaron haber fumado. Se preguntó a todos los

adolescentes sin especificación de edad y sexo acerca de las razones que llevan a las personas a fumar, se encontró que la dependencia física es uno de ellas, refiriendo que “las personas que fuman son adictas” además dijeron que el consumo de tabaco “... calma los nervios y les quita el estrés”. También mencionaron que fumar se usa como algo para presumir “algunas personas fuman para destacar... presumir...”.

Otra razón es la presión que sienten para la integración a un grupo o porque se ve a otros fumar. Cuando se les pregunto por los motivos de fumar entre los adolescentes, la mayoría contestó que lo hacían para “sentirse adultos” así mismo refirieron que “los adolescentes empezaban a fumar porque piensan que son grandes”, también en la adolescencia, se informó de la aceptación entre los compañeros como un factor importante para los fumadores, cuando dicen que “...los adolescentes empiezan a fumar porque se les anima por los amigos y sienten presión... cuando intenté fumar no me gustó, pero todos mis amigos fumaban, así que a veces fumaba porque no me quería sentir inferior...” además hablaron de la experimentación diciendo que “los jóvenes fuman sólo para experimentar o curiosidad”.

Cuando se les preguntó acerca de las consecuencias del consumo de tabaco la mayoría refirió “...las personas que fuman o respiran ese humo pueden tener cáncer, además de enfermedades respiratorias...” un pequeño número señaló la muerte como consecuencia de fumar “... trae enfermedades y hace que la gente muera”. Los adolescentes reconocieron que fumar tiene consecuencias graves sobre la salud, sin embargo, sólo se refiere como un efecto a largo plazo y sin consecuencias en la adolescencia.

Alcohol

Alonso (2001) estudio la representación social del alcoholismo en dos muestras de personas no alcohólicas mayores de 15 años de edad (cubana y brasileña). Las técnicas aplicadas fueron la asociación libre (indirecta) y la entrevista (directa). En la primera debían expresar todo lo que le venía a la mente ante la palabra “Alcoholismo”. A partir de las palabras expresadas se elaboraron categorías, teniendo en cuenta la cantidad de veces que fueron evocadas y registrando también el orden en que fueron asociadas. La guía de entrevista elaborada recogía una serie de preguntas abiertas relacionadas con el tema.

Los resultados encontraron que el núcleo fue compartido. Hay personas que conciben al alcoholismo como enfermedad y otros que lo consideran como un vicio o adicción. En ambos grupos también se considera como componente del núcleo la existencia de conflictos de diversa índole. La concepción de enfermedad disminuyó de forma evidente para dar paso a la concepción de vicio, cuando se utilizó la forma indirecta (asociación libre). Esto se evidenció con más claridad en el grupo brasileiro. La concepción de enfermedad no está lo suficientemente elaborada por quienes la proponen, por lo que no se puede considerar que en estas personas exista una concepción esencialmente psicopatológica del alcoholismo.

El campo representacional incluye diferentes elementos en las muestras: perjuicio a la salud, presencia de estados psíquicos negativos, entre otras. Diversas vías han contribuido a formar la representación, coincidiendo la experiencia y convivencia social, así como la influencia de los medios. La muestra cubana ha recibido más información por otros medios de difusión masiva. Destacan variadas consecuencias de carácter negativo por el uso excesivo de alcohol. El comportamiento hacia los alcohólicos, sean familiares o no, está aparentemente compartido entre rechazo y alejamiento versus aceptación y ayuda. En la muestra cubana el rechazo es más evidente.

Así mismo, la percepción que tienen sobre la actitud de la sociedad ante el alcoholismo es esencialmente negativa. La muestra brasileira tiene una mayor aceptación por las personas alcohólicas, por considerar a estos como personas enfermas, explicando sus características y consideraron que deben atenderse en

clínicas especializadas y en Alcohólicos Anónimos. Todo ello, puede deberse al hecho de que hay muchas instituciones de Alcohólicos Anónimos a las que asisten muchas personas y que promueven sus concesiones o ideas a la sociedad.

Alonso (2004) estudio 100 sujetos alcohólicos, 50 en tratamiento y 50 sin tratamiento, de la ciudad de São João del Rei, Brasil. A los mismos se les aplicó una entrevista de asociación libre con el propósito de analizar tanto la representación social del alcoholismo en la muestra de alcohólicos como una comparación de los subgrupos que la integran (alcohólicos en tratamiento-alcohólicos sin tratamiento). Los resultados muestran que los participantes en general refieren conocimiento del alcoholismo como una enfermedad, atribuyendo diversas explicaciones, y para nada como vicio.

Las personas que no reciben tratamiento, además de no considerar el alcoholismo como enfermedad, le atribuyen al alcohol cualidades beneficiosas. Esto pudiera estar dado a la falta de información, pero sobre todo a la falta de conciencia crítica, el hecho de mantener una imagen más adecuada de sí y así mantener su actitud y hacia dicha conducta. Todos valoran las consecuencias negativas del alcohol, principalmente las que tienen que ver con el perjuicio a la salud.

También se encontró que el estado de depresión y sufrimiento en las personas que están sin tratamiento era mucho mayor. Un análisis de los subgrupos destaca como en los que no reciben tratamiento hay más experiencias de estar presos, de discusiones y golpes frecuentes mientras que en los que están en tratamiento destacan las experiencias positivas como estar en un grupo de ayuda (Alcohólicos Anónimos). Referente a las consecuencias del consumo de alcohol mencionaron que afectan a todas las áreas de convivencia, incluso a la salud mental y física. Un análisis intergrupar lleva a considerar que los que no tienen tratamiento refieren una menor cantidad de consecuencias perjudiciales.

Se concluye que la representación de los alcohólicos en tratamiento es que ven al alcoholismo como una "enfermedad". No solamente asocian el contenido de enfermedad, sino que expresan también cualidades como fatal, incurable, progresiva, que implica una dependencia química. Además, destacan que el alcoholismo altera el carácter, la persona pierde la autoestima y la identidad, apareciendo cualidades negativas como el egoísmo y la agresividad. Resulta también parte integrante del campo las consecuencias psicosociales del alcoholismo (familiar, social, laboral, etc.).

En el grupo de alcohólicos sin tratamiento no existió la concepción del alcoholismo como enfermedad, sino más bien de adicción, compulsión y pérdida del control. Las pocas veces que asocian la palabra enfermedad, no le atribuyen cualidades negativas como en el grupo anterior. No hay referencia a la aparición de cualidades personales negativas ni a la existencia de arrepentimiento o vergüenza por su conducta. También aparece como algo significativo la escasa referencia a los problemas psicosociales que trae como consecuencia el alcoholismo.

Gouveia & Ribeiro (2006) estudiaron de forma cualitativa la representación social del alcoholismo y la drogadicción en el medio laboral, se entrevistó a los trabajadores y a empleadores de diferentes empresas. Para el análisis de la información se establecieron doce categorías para alcoholismo y drogadicción, once en común. Los resultados en ambos grupos mostraron que los núcleos tanto para el alcoholismo como para drogadicción incluyeron los términos de enfermedad, dependencia y adicción. Los términos de accidentes y exclusión fueron las dos categorías restantes en alcoholismo y drogadicción respectivamente.

El alcoholismo y drogadicción fueron primeramente representados como una enfermedad, agrupando términos como una disfunción mental u orgánica. La dependencia fue representada como su propio

término “dependencia” con una alta frecuencia estableciendo su propia categoría. La adicción fue asociada inmediatamente con el consumo de alcohol más allá que en el consumo de otras drogas. Otras categorías incluyen la degradación, recuperación, experiencia, desviación de la conducta (violencia, robo, agresión, prostitución, entre otras), familia, sociedad, trabajo y muerte. Las categorías separadas fueron accidentes en alcohol representada como las consecuencias ocasionadas por su consumo y de exclusión en drogas definida en términos como estigma, intolerancia e incompreensión.

Paez, Valdosedal, Igartual, Basabel y Iraurgi (1992) realizaron un estudio de tipo cuantitativo donde se entrevistaron a 803 personas de entre 13 a 25 años de edad con un promedio de edad de 19 años 11 meses siendo casi el 50% hombres (49.9%). El objetivo de estudio fue el abordaje del consumo de alcohol desde la perspectiva de la representación social. Se relacionó que dentro de las principales razones para iniciarse o mantenerse en el consumo de alcohol son relacionadas al de asimilar la identidad adulta, beber para "parecer mayor", que se señalan como motores del inicio del consumo, otras como "estar con los amigos", y "seguir la costumbre", se apuntan como aquellas que mantienen dicha conducta.

La comparación intergrupual en función del sexo y la edad mostró la imagen que el joven mantiene de sí mismo (los jóvenes como grupo social) se inserta dentro de un modelo de responsabilidad: a mayor edad, más responsable se es. De este modo, los jóvenes de menor edad beben de forma más "desenfrenada", mientras que los de mayor edad lo hacen de forma más “responsables”, "saben beber". De igual modo, aparece con menor frecuencia un modelo de estereotipo sexual en cuanto al consumo de alcohol. Se piensa que las chicas beben de forma más controlada, ya que les afecta más que a los chicos. Los chicos competirían por el liderazgo a la hora de beber (quién aguanta o bebe más). Frente a este, las chicas no competirían, sino que cuando se encuentran mal se cuidarían entre ellas. Además, está mejor visto un chico bebiendo o borracho que una chica. No obstante, también se cree que las diferencias sexuales entre los jóvenes de menor edad a la hora de beber, están desapareciendo en la actualidad.

Las creencias en los efectos positivos y negativos del alcohol a corto y largo plazo refieren que algunos efectos positivos del alcohol a corto plazo (desinhibición, alegría, menos tímido, perder el corte, ligar, etc.) aparecen con una alta frecuencia. Los efectos negativos a corto plazo como molestar a los demás cuando se está bebido, agresividad, molestias físicas por el consumo, entre otros son reconocidos, pero están menos expuestos que los efectos positivos.

Por último, los efectos negativos a largo plazo, como creer que el alcohol produce problemas serios de salud son menos mencionados en las discusiones de grupos. Se presenta al consumo de alcohol en el grupo como algo que une a los amigos (socialización positiva), y también como algo que el grupo impone a sus componentes (presión al consumo de alcohol). No está bien visto ser el no bebedor en un grupo de bebedores, de ahí que exista una presión importante sobre ese individuo para que consuma. El no bebedor interioriza la creencia de que el no beber le deja fuera de ambiente, que se convierte en un "bicho raro" y se siente mal si no toma alcohol.

También aparece la creencia sobre el alcohol como fuente de emociones positivas o como medio de evitar emociones negativas a corto plazo, y como fuente de emociones negativas a largo plazo (culpa, remordimiento). Si bien el beber reporta emociones positivas a corto plazo (por ej. alegría) y proporciona una forma de enfrentar emociones negativas (por ej. vergüenza), también ocurre que tras efectuar una ingesta excesiva (tras la que se realizan conductas que no se llevarían a cabo sin los efectos del alcohol) surgen emociones negativas como la culpa o el remordimiento.

El consumo grupal se ampara en la creencia de que es un consumo de fin de semana, "festivo" y no alcohólico, ligado al tiempo de ocio. Por el contrario, el consumo individual se inserta en un marco negativo: se asume que el "beber para olvidar" es típico del bebedor solitario, que busca con su conducta "ahogar" los problemas en el alcohol y así evitar el malestar que estos le producen. También se plantea el consumo social dominante, tradicional y normalizado, frente a la imagen estereotipada del alcohólico como sujeto marginado, anormal y antisocial. El joven distingue claramente de su identidad la imagen del alcohólico.

Los discursos suscitados en los grupos de discusión aluden a la posibilidad de "control de la ingesta"; control por otra parte, que se adquirirá con mayor rapidez en la medida que se practique con mayor frecuencia e intensidad. Constatamos la existencia de una teoría implícita del tipo "a mayor práctica, mayor control". Esta representación se basa probablemente en la experiencia de aprendizaje de otras habilidades. Frente a esta concepción, también señalan la capacidad adictiva del alcohol, por un lado, afirman que es fácil no beber si no se hace desde joven; por otro lado, refieren que una vez que se ha probado el alcohol, es difícil no volver a hacerlo.

Otras drogas

Nuño-Gutiérrez, Alvarez-Nemegye, González-Forteza & Madrigal-de León (2006) estudiaron adolescentes consumidores de drogas ilegales en tratamiento y a sus padres con objetivo de describir las imágenes que construyeron sobre la adicción. Se realizó un abordaje cualitativo orientado hacia la teoría de las representaciones sociales. Se llevaron a cabo entrevistas individuales y a profundidad. Los resultados se presentan en dos núcleos: la imagen de la adicción como vicio y la imagen de la adicción como enfermedad tanto de los adolescentes como de sus padres.

La adicción como vicio por parte de los adolescentes fue descrita como de inicio voluntario, aunque se reconoció la influencia social. Sólo se consideraron estrategias que dependían de la voluntad para cesar el consumo y se ignoró la dependencia, tolerancia y el síndrome de abstinencia por el valor atribuido socialmente a la voluntad. Por parte de los padres también se consideró el consumo de drogas como una elección voluntaria y errónea además de que la adicción es una conducta vergonzosa y rechazada socialmente. El consumo de sus hijos fue visto como un fracaso en su rol parental y que cesar el consumo dependía únicamente de la voluntad, de igual manera se ignoraron la dependencia, la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

Sin embargo, cuando los adolescentes advertían que no podían dejar de consumir mediante sus propias estrategias, reconocían que necesitaban la ayuda de especialistas. Así fue como se modificó la imagen de la adicción como vicio por la imagen de la adicción como enfermedad. Los adolescentes entonces minimizaron el consumo voluntario y consideraron el deseo de consumir como un síntoma de dependencia. Por parte de los padres también minimizaron el consumo por voluntad propia y se enfatizó la dependencia. Reconocieron los problemas asociados al consumo y la dependencia a las drogas como: la incapacidad para controlar el consumo, problemas familiares, escolares y laborales entre otros.

Castellanos (2007) estudio a un grupo de varones en reclusión con el objetivo de realizar una aproximación de la representación social que tienen acerca de las drogas. Se les aplicó de manera individual una entrevista semiestructurada con la intención de generar un discurso alrededor de su experiencia con las drogas, la información obtenida fue sometida a un análisis temático del contenido, surgiendo tres categorías principales: problemas, emociones negativas y motivos. Los problemas debido a su adicción a diversas sustancias les ha generado, por un lado, lo que definen como pérdidas en diferentes ámbitos de su vida personal, familiar, social y por el otro la pérdida significativa que han sufrido es la de la libertad,

que se refleja en el rubro referente a estar en reclusión, ya sea que optaron por el delito (en su mayoría robo o distribución de droga) como una forma de obtener ingresos que les permitieran financiar su adicción.

Otro aspecto que han visto fuertemente afectado ha sido su salud tanto física (se enferman constantemente) como mental, ya que en este último rubro han experimentado emociones negativas, que surge como una segunda categoría, refiriéndose a una serie de sensaciones, sentimientos y emociones (entre ellos la frustración, inseguridad, depresión, ansiedad, desesperación, miedo, mal humor, dolor, delirios de persecución, tristeza, así como agresividad) que los han llevado a conflictuarse con las personas con las que conviven cotidianamente considerando que éstos han influido de manera negativa en ellos, lo que ha llevado a perder la confianza en sí mismos.

La tercera categoría surgida se refiere a los motivos por los cuáles se iniciaron en el uso de drogas, agrupándose sus respuestas en tres subcategorías, la primera el placer que en un principio experimentaban una sensación de bienestar, siendo agradables y disfrutando los efectos que producía la droga en su organismo y en su cerebro (mente). La segunda fue por un escape de la realidad, el uso de la droga les permitía evadir responsabilidades para con ellos mismos y con su familia, permitiéndoles crear un mundo propio dentro del cual no existía el dolor, el hambre, la soledad dónde sólo el placer tenía cabida. Por último, fue el de pertenencia ya que las drogas les resultó una alternativa que favoreció su convivencia y socialización con pares, facilitando el sentirse y ser aceptados como parte de un grupo.

Henao (2012) estudió a jóvenes universitarios con el objetivo de identificar y caracterizar sus representaciones sociales sobre el consumo de drogas. Se realizó un marco de referencia bajo el enfoque cualitativo. La recolección de información se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Dentro de los principales hallazgos se encontró que el inicio de consumo de drogas es percibido por la mayoría de los entrevistados como proveniente de la época escolar, motivada la mayoría de las veces por la curiosidad y por la promesa de un cambio en su estado de ánimo. También, se identificaron como medio, que tiene que ver con el aspecto socializante, cuando se resalta en sociedad. Además, las drogas representaron como una búsqueda de sentido de la vida, que pone en escena al sujeto. Ambas representaciones se unifican en torno a la importancia de la propia vida y la colectividad.

Por lo tanto, los amigos y los espacios construidos cobran mayor importancia. En algunos casos es muy visible la necesidad de imitar a los demás, como forma de alcanzar aceptación y pertenencia. Como efectos de consumo, se reconocieron el restablecimiento, relacionado con el hecho de que el consumo altera el estado de conciencia del sujeto y lo hace más "alegre". También resaltó la acumulación de riqueza, vinculada al narcotráfico, bien sea por el cultivo, producción y comercio de las drogas. Lo anterior se refiere a la importancia perceptiva que se concede a la riqueza vinculada al narcotráfico, aún con sus efectos negativos sobre la sociedad.

García et al. (2010) estudiaron la representación social del consumo de marihuana en un grupo de jóvenes universitarios consumidores. El enfoque metodológico utilizado fue de tipo cualitativo, las técnicas empleadas incluyeron entrevistas abiertas a profundidad, diario de campo y análisis documental. Para el análisis de la información se construyeron cuatro categorías: entorno inmediato familiar y social, forma de socialización entre pares, tipos de consumidores y lugares de consumo.

El entorno inmediato familiar y social el significado de las vivencias y experiencias del entorno familiar y social es diferente en cada uno de los jóvenes; sin embargo, este micro contexto social, en algunos casos con disfuncionalidad familiar recurrente y en otros con elementos de estabilidad y funcionalidad familiar,

presenta una similitud en su representación social referida al imaginario de pertenencia a un grupo familiar y/o social. En la mayoría de los jóvenes el primer acercamiento al consumo lo relacionan con alguna situación específica de su entorno familiar o social, presentándose generalmente en los últimos grados del bachillerato o en los primeros años de vida universitaria.

En cuanto a la forma de socializar, la cohesión al grupo de pares no radica en el hecho mismo del consumo de la sustancia, sino que se centra en una forma de compartir con grupos similares sus creencias, formas de pensamiento y manejo de la realidad, asumiendo el consumo como un componente más de muchos otros que forman parte de la elección en su estilo de vida. El manejo de la dimensión espiritual en algunos jóvenes involucra el consumo de marihuana como parte de un ritual de socialización y de trascendencia del ser humano. Para otros jóvenes en el proceso mismo de la socialización están presentes la música y el arte, dimensiones que potencializan a través del consumo de marihuana.

Referente a los tipos de consumidores, el joven se significa así mismo como adicto, asume su consumo como un componente de su estilo de vida y a la vez dimensiona la sustancia como un factor de riesgo para la salud. Por otro lado, está el consumidor reconocido así mismo como no adicto, en este tipo de jóvenes el consumo no representa una necesidad interna, sino un elemento de socialización. El significado de adicción no es representado por los jóvenes por la frecuencia del consumo o la cantidad del mismo, sino por la distinción entre sensación de necesidad y sensación de liberación.

En los lugares de consumos algunos jóvenes consideran el consumo como un acto prohibido públicamente y por lo tanto restringen los lugares de consumo a espacios cerrados. Otros jóvenes piensan que el consumo es como cualquier otra actividad cotidiana. La norma y la legalidad es para ellos un factor de poca importancia en su decisión de consumo en espacios públicos o privados.

CONSIDERACIONES FINALES

En la revisión de los diferentes estudios y sus representaciones sociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, resalta una serie de núcleos o conceptos alrededor de estas representaciones, entre ellos podríamos mencionar que el consumo de drogas es considerado meramente como un acto de "voluntad" donde se puede dejar de consumir en el momento que la persona así lo decida o desea. También hace referencia a las características del entorno, como lugares de consumo y aspectos sociales, sobre todo otorgándole mayor peso a la presión social, como por ejemplo la influencia de los pares, familiares o compañeros de trabajo, incurriendo a estos actos como una forma de inclusión e identidad.

Una gran parte de los estudios también mencionó que otros de los motivos de consumo era el de experimentación y curiosidad, presentándose mayoritariamente en la etapa de la adolescencia (finales del bachillerato y principios de universidad), probablemente por las conductas riesgosas que se caracterizan en esta etapa. En contraparte, las personas con problemas en el uso o abuso de sustancias que acudían a tratamiento y de algunas personas no consumidoras, referían a la adicción como una enfermedad en que las personas eran incapaces de superar por sí mismos este problema. Hacían mención de la dependencia (física como psicológica) o el síndrome de abstinencia. También estaban conscientes de los daños (personales y sociales) ocasionados o que podían ocasionar el consumir drogas.

Teniendo en cuenta las relaciones existentes entre los núcleos o categorías representadas en el consumo de drogas, se podrían crear o mejorar los programas existentes al incorporar un contenido que afecte las

dimensiones cognitivas, conductuales y motivacionales de acuerdo a las necesidades específicas de la población a intervenir.

LITERATURA CITADA

- Alonso, A. A. (2001). Representación social del alcoholismo. Estudio comparativo de dos muestras (brasileña y cubana) de personas no alcohólicas. *Revista Cubana de Psicología*. 18(2), 156-161.
- Alonso, A. A. (2004). Representación social del alcoholismo de personas alcohólicas. *Psicología em Estudo, Maringá*. 9(2), 151-162.
- Álvarez, J., & Nuño, B. (2006). Representaciones Sociales y toma de decisiones en el consumo de drogas ilegales. Editorial AMATE. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arjonilla, S., Pelcastre, B., & Orozco, E. (2000) Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. *Salud Mental*. 23(3), 2-12.
- Castellanos, L. G. E (2007). La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. *Anales de Psicología*. 23(1), 85-91.
- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. (Compendio). *Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. 495-506. España: Paidós.
- Fraga, S, Sousa, S, Ramos, E., Dias, I., & Barros, H. (2011). Social representations of smoking behaviour in 13-year-old adolescents. *Portuguese Journal of Pulmonology*. 17(1), 27-31.
- García, T. A., Torres, A. D. A, Barrios, A. F., Palacio, G. V., Rubio, V. A. S., & Ugarte, J. L. A. (2010). Representación social del consumo de marihuana en un grupo de jóvenes universitarios consumidores de la Universidad Tecnológica de Pereira. *Revista Médica de Risaralda*. 16(2), 25-36.
- Gouveia, P. O., & Ribeiro, P. J. (2006). Representações sociais do alcoolismo e toxicoddependência no meio laboral português. *Salud y drogas*. 6 (1), 27-46.
- Gutiérrez, A. J. D. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública*. 10 (4), 11-19.
- Henoa, S. H. (2012). Representaciones sociales del consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia, 2000. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 30(1), 26-37.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales: Phénoménés, concept et théorie. en S. moscovici: *Psychologie Sociale*. PUF, Paris.
- Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Navarro, J., & Román, O. (2001). La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción.
- Moscovici, S. (2000). Social representations. *Explorations in Social Psychology*. Polity Press, Cambridge.
- Moscovici, S. (1961). La psychanalyse son image et son public. PUF. Paris.
- Moscovici, S. (1973). Foreword. Herzlich (Ed), *Health and illness: A social psychological analysis* (pp. ix-xiv). London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes toward a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*. 18, 211-250.
- Moscovici, S. (1990): "Prefacio. En Jodelet: *Folieset representations sociales*". *Presses Universitaires de France*, París.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Alvarez-Nemegye, J., González-Forteza, C., & Madrigal-de León, E. A. (2006). La adicción ¿vicio o enfermedad? imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. *Salud Mental*. 29(4), 47-54.
- Paez, D., Valdosedal, M., Igartual, J., Basabel, N., & Iraurguij, J. (1992). Las representaciones sociales del alcohol. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 2(3), 33-54.

Villaroel, G. E. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *FERMENTUM Mérida – Venezuela*. 17(49), 434-454.

SÍNTESIS CURRICULAR

Mario Enrique Gámez Medina

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor e investigador de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Correo electrónico: mario.gamez@uas.edu.mx

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Correo electrónico: jesica.ahumada.cortez@uas.edu.mx

Carolina Valdez Montero

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I.-1), CONACYT-México. Correo electrónico: carolina.valdez@uas.edu.mx



REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA PARA EL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

REDUCTION OF DAMAGE AS A STRATEGY FOR THE USE AND ABUSE OF SUBSTANCES IN MEXICO: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

Arodi Tizoc-Marquez¹; Karina Rivera-Fierro²; Ulises Rieke-Campoy² y Manuel Cruz-Palomares²

¹Maestro en Ciencias de Enfermería, Profesor de la Universidad Autónoma de Baja California. ²Maestro(a) en Ciencias de la Salud, Profesor(a) de la Universidad Autónoma de Baja California.

RESUMEN

La reducción de daños se sugiere como un cambio de paradigma en atender al uso problemático de drogas, la meta del modelo es disminuir las consecuencias de la dependencia. La Organización Mundial de la Salud, hace hincapié en los servicios de reducción de daños como los programas de jeringas y terapia de sustitución de opioides y protección de los derechos humanos. El personal de enfermería, al ser frecuentemente el primer contacto con el cliente sano y/o enfermo, además de fungir como eje importante en el trabajo multidisciplinario, dentro de las intervenciones es factible que participen en estrategias de comunicación entre pares, provisión de servicios que mejoren la seguridad de los consumidores, apoyo en el tratamiento médico de sustitución para la dependencia de opiáceos y grupos de ayuda. En México, permean la falta de capacitación de recurso humano, poco recurso económico para programas de prevención y tratamiento de las adicciones, nulo desarrollo de programas gubernamentales bajo el modelo de reducción del daño, persistencia de estigma y discriminación en torno al uso y abuso de sustancias, lo anterior, ofrece un campo de capacitación, actualización e intervención para la profesión desarrollando actividades de detección temprana, promoción y educación para la salud.

Palabras clave: Reducción de daños, uso y abuso de sustancias, desafíos, oportunidades.

SUMMARY

Harm reduction is suggested as a paradigm shift in addressing problematic drug use, the goal of the model is to lessen the consequences of dependence. The World Health Organization emphasizes harm reduction services such as syringe programs and opioid substitution therapy and human rights protection. Nurses, as they are frequently the first contact with the healthy and / or sick client, besides acting as an important axis in the multidisciplinary work, within the interventions it is possible to participate in strategies of communication between pairs, provision of services that improve consumer safety, support in substitution medical treatment for opiate dependency and support groups. In Mexico, there is a lack of training in human resources, a lack of economic resources for programs to prevent and treat addictions, the lack of development of government programs under the harm reduction model, the persistence of stigma and discrimination in the use and abuse of substances, the above, offers a field of training, updating and intervention for the profession developing activities of early detection, promotion and education for health.

Key words: Harm reduction, substance use and abuse, challenges, opportunities.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este capítulo es documentar las bases del modelo de reducción de daños y el impacto en el panorama epidemiológico actual en el uso y abuso de sustancias. En un primer plano se define a la adicción como una enfermedad crónica del cerebro caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad cerebral de origen neurológico, ya que las sustancias modifican la estructura y funcionamiento cerebral, estos cambios pueden ser

permanentes y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014).

La prevalencia del consumo de sustancias con base a los datos reportados por la Secretaría de Salud en México, en población entre 12 a 65 años, en su última Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2011, reporta una tendencia al crecimiento entre 2002 y 2008, detenido en los siguientes tres años de 2008 a 2011. La marihuana sigue siendo la droga ilícita de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas; la cocaína sigue apareciendo en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana.

La percepción de riesgo del consumo de drogas legales entre la población en México, se mantiene constante en relación al tabaco y ha disminuido en el alcohol, lo cual es congruente con las tendencias en el consumo de dichas sustancias, cabe resaltar que la tolerancia social se ha mantenido alta en ambas sustancias; es decir, su consumo sigue siendo socialmente aceptado (Villatoro *et al.*, 2011).

La Oficina de las Naciones Unidas Contra las Adicciones [UNODC] 2016, señala que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014, de ellos más del 11% padecen trastornos relacionados con las drogas y tan sólo 1 de cada 6 enfermos recibe tratamiento; aunque considerable, dicha cifra equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido. En los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis, sin embargo, en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha aumentado, el panorama mundial del consumo de drogas resulta más difuso porque muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente.

En Estados Unidos, se ha reportado que desde el 2011, unos 22.5 millones de personas de 12 años de edad o mayores, usaron alguna droga ilícita o abusaron de medicamentos psicoterapéuticos (como analgésicos, estimulantes o tranquilizantes), que equivale al 8.7% de la población, mientras que en el 2002 fue de 8.3%, el incremento refleja principalmente un aumento reciente en el consumo de la marihuana, la droga ilícita que se consume con más frecuencia (NIDA, 2013).

El uso y abuso de drogas ha estado íntimamente vinculado con un mayor riesgo de contraer y transmitir el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida [VIH/Sida], por lo que en Estados Unidos de América a partir de la crisis epidemiológica del VIH/Sida suscitada en los años ochenta, tiene auge el Modelo de Reducción de Daños y se implementó primordialmente para afrontar la severa situación de mortalidad, dada la vulnerabilidad de las personas que se inyectaban sustancias psicoactivas de manera compulsiva. Dicho modelo introdujo un enfoque que implementó varias estrategias pragmáticas sanitarias para reducir la diseminación del virus asociadas al consumo de sustancias, donde el usuario podría prevenir otros riesgos confluentes y potenciales como el virus de hepatitis C [VHC], sobredosis de drogas, abscesos e infecciones micóticas, añadiendo otras consideraciones no biomédicas, por ejemplo, la relación del consumidor con el entorno social y familiar (NIDA, 2012).

La reducción de daños anuncia un cambio de paradigma en la manera de entender y responder al uso problemático de drogas legales e ilegales, rechaza la presunción de que la abstinencia es el mejor o el único objetivo aceptable para todos los consumidores problemáticos. De este modo, el modelo acepta pequeños avances en la dirección de reducir el daño, con el fin de facilitar la máxima reducción para una

persona en un determinado punto en el tiempo; inherente a este cambio en el foco del tratamiento, está una redefinición radical de la relación entre el cliente y el clínico, un distanciamiento del modelo paternalista asociado a un tratamiento más tradicional en el uso de sustancias (Tatarsky, 2002).

Fundamentos del Modelo de Reducción de Daños

Siendo una problemática global, se han establecido varias definiciones de reducción de daños. De acuerdo con la Coalición Internacional de reducción de daños (Harm reduction Coalition, [HCR], 2001), conceptualiza a la reducción de daños como: *...un conjunto de estrategias prácticas e ideas dirigidas a reducir las consecuencias negativas asociadas con el consumo de drogas [agrega que] es también un movimiento por la justicia social basado en la creencia en, y el respeto por, los derechos de las personas que usan drogas.*

Por su parte en el caso de México, dentro de la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2, (2009) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, acota que: *reducción del daño, es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/Sida, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/Sida, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.*

En este mismo ámbito nacional, y desde el actuar de sociedad civil organizada, la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. [FUNSALUD] con el apoyo y experiencia del Programa Compañeros, A.C, pioneros en la aplicación de la reducción de daños en Chihuahua México, elaboraron la Guía del Modelo de Mitigación de Daños, que conceptualiza: *Mitigación del daño son las acciones dirigidas a desarrollar cambios de comportamientos para reducir y/o eliminar riesgos ante VIH, VHC, sobredosis y otros problemas de salud ocasionados por el uso de drogas inyectables; incluyendo el abordaje de situaciones psicosociales que influyen positiva o negativamente en las condiciones de vida de las personas que se inyectan drogas* (Ramos, 2013).

Velázquez, Friman y González, (2016) muestran las premisas que dan sustento al modelo de reducción de daños que recopilan de otros autores algunos fundamentos acerca del paradigma:

- a. Se respeta el derecho del individuo a decidir consumir drogas. Ante esto, las funciones de los profesionales y autoridades sanitarias serán facilitar condiciones que reduzcan las consecuencias negativas: físicas, psicológicas y sociales de los usuarios de drogas.
- b. El consumo de drogas en las poblaciones es inevitable. La proliferación de sustancias en el mundo no ha sido erradicada, incluso se ha aceptado en análisis histórico y sociocultural, que las drogas han sido utilizadas ancestralmente.
- c. El consumo de drogas en sí mismo no es lo más importante, si no el daño producido.
- d. En términos estratégicos, resulta más factible y menos costoso incidir terapéuticamente sobre los daños y consecuencias, que en otorgar tratamiento para la modificación del comportamiento adictivo.

- e. En la aplicación del modelo, no se condiciona ni niega la atención y servicios a los usuarios activos y dependientes: la meta primordial no es la abstinencia ni la desintoxicación, sino la disminución de las inherentes consecuencias de dicha dependencia.

Por causas principalmente culturales y por la prohibición de las drogas, el modelo de reducción de daños es causa de controversia en varios sectores de la sociedad, sobre todo en el abordaje que el modelo realiza como respuesta al fenómeno de las adicciones. Además, entre las críticas emitidas se dice que el modelo no tiene estándares de medición de resultados (Velázquez *et al.*, 2016).

Los teóricos de la adicción inclinados hacia la reducción de daños entienden que las epidemias de adicción a sustancias no son únicamente debidas a la decisión personal de los sujetos a ser adictos, si no a procesos modernizadores que han generado grandes cambios en ciertos sectores de la sociedad, por ende los grandes efectos de estos cambios sociales [como lo es la adicción] no pueden resolverse a partir de paradigmas económicos, políticos o sanitarios conocidos, son necesarias nuevas soluciones para nuevos problemas. De acuerdo con el filósofo Zygmunt Bauman, el cual reflexiona en torno a la modernidad, distingue el imperante de la incertidumbre en todos los estratos sociales y experiencias humanas que se exacerbaban en los sujetos que se encuentran al límite de la salud y la enfermedad (Antelo & Diz, 2015).

Gracias a investigaciones grupales que exploran el sentido que los usuarios otorgan a las drogas, logran develar importantes niveles de autocuidado en grupos de consumidores, *reconocen en los sujetos capacidad de agencia que busca incidir favorablemente en el mundo que les toca vivir*. Los consumidores de sustancias problemáticas son una colectividad heterogénea que encarnan grandes diferencias: desde el control de la dosis, severidad y objetivos hacia el consumo, capacidad de abstinencia, aspectos motivacionales, percepción de susceptibilidad, estado emocional, personalidad, además otros determinantes sociales como los factores socioeconómicos y culturales (Tatarsky, 2002).

Los principios de la reducción de daños complejizan la situación de los usuarios de drogas, considerando el abordaje tradicional de las ciencias de la salud, primordialmente los conceptos de riesgo y de daño en torno al fenómeno adictivo, que se han entendido mediante las teorías de desviación de la norma que invariablemente conciben al individuo que consume sustancias desde las patologías mentales, criminales, incluso otros paradigmas morales y religiosos (Antelo & Diz, 2015).

Lo que resulta problemático de las nociones tradicionales generalmente científicas, es que cuando se transforman en leyes, políticas públicas y sociales, determinan los estilos de vida y las decisiones personales como únicas fuentes de riesgos. Esto omite aspectos condicionantes socio-históricos relacionados con el riesgo en el consumo de sustancias, aunque no se niegan aspectos psicopatológicos en los afectos y conductas de los consumidores, se advierte un reduccionismo en la concepción de riesgo (Antelo & Diz, 2015).

La coyuntura entre cuidado de la salud y consumo de drogas exige reflexividad y replanteamiento en torno a los principios disciplinarios que se traducen en concepciones hegemónicas sobre la salud, que no necesariamente representan la realidad experiencial de los usuarios de drogas, por el contrario, los atrapa en nichos donde la ciencia sanitaria les ofrece pocas alternativas efectivas. La experiencia documentada del uso y consumo de drogas, ha demostrado su carácter multifactorial: en la centralidad del fenómeno no se encuentra únicamente la sustancia y sus propiedades dañinas, más allá se advierte la confluencia de factores que en su interacción propician situaciones problemáticas en la salud y la mortalidad de las personas (Antelo & Diz, 2015).

En la perspectiva de reducción de daños, la percepción y análisis de los riesgos son ejes esenciales que abordan la experiencia del consumo desde las teorías de la acción racional que consideran al menos cuatro componentes: la decisión, la inevitabilidad del riesgo, la contingencia contenida en la decisión (ya que toda elección implica un riesgo y por ende una pérdida), orden ético: la asunción de la responsiva innata a la decisión, que conlleva a las consecuencias asociadas. Otro concepto fundamental de la reducción de daños es precisamente el término de daño, que desde las ciencias de la salud el consumo de drogas se concibe como una actividad que de modo invariable resultará en un auto-daño, asumido como una enfermedad, lo que resulta problemático ya que no visualiza otras posibles relaciones terapéuticas con las drogas, tal divorcio de conceptos genera un mal pronóstico para el consumidor en tanto no abandone el consumo de drogas (Antelo & Diz, 2015).

Se reconocen dos situaciones del consumo de sustancia asociadas al riesgo: por un lado sujetos que deciden consumir drogas asumiendo los riesgos de manera informada, con conocimientos previos y con variables niveles de conciencia y susceptibilidad; por otro lado, una experiencia impredecible para el consumidor que se pone en peligro debido a que su decisión lo rebasa, al no tener conocimientos ni control del momento, en cuya situación el daño para el consumidor proviene de un entorno que no puede controlar. Por esta causa la reducción de daños replantea la relación entre la droga y el consumidor, haciendo posible intervenir mitigando los daños biológicos, psicológicos o sociales del consumo de sustancias y los riesgos confluentes inherentes a la exposición, aunque el usuario de drogas se mantenga activo (Antelo & Diz, 2015).

La reducción de daños no se opone a la abstinencia de sustancias, es de hecho una de las metas potenciales al finalizar la atención. A diferencia de los métodos comunes, la abstinencia no es una condición requerida ni obligada, lo que da la posibilidad de atender a cualquier tipo de consumidor con disposición al cambio, y de manera pragmática ajustar la atención a la naturaleza y necesidades del usuario, y no que éste se adapte a las exigencias y creencias impuestas por el prestador de servicios sanitarios (Tatarsky, 2002).

Los enfoques clínicos convencionales asumen supuestos que determinan los métodos, por ejemplo, el más común aún en nuestros días exige al usuario la abstinencia total y rápida como prerrequisito y meta principal de ingreso al tratamiento. Sin embargo, es típico que el usuario no cumpla con esta exigencia, por lo que los psicoterapeutas determinan que el juicio y la conciencia de los consumidores son tan erráticos que optan por racionalizar, autosabotear o evadir su adicción mediante la negación y la falta de compromiso, lo que significa que las personas deberán ir más al límite para “tocar fondo” y así estar más aptas para trabajar los problemas. Esto obstaculiza que los consumidores alcancen apoyo ante las exigencias de los modelos, lo que provoca la desmoralización y desmotivación de las personas con disposición al cambio en su punto más vulnerable, devaluando y cosificando a los usuarios de drogas (Tatarsky, 2002).

Este autor también considera que la noción de la adicción como enfermedad es ambigua, siendo una condición permanente y latente en el ex-consumidor, dejando clara la separación entre el comportamiento compulsivo y la persona misma, lo que homogeniza y niega la importancia de los significados personales que cada usuario otorga al consumo (Tatarsky, 2002).

Desafíos

En la última Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas, llevada a cabo en abril de 2016, se emitió una resolución firmada por todos los

países miembros, incluido México. De la cual se pueden destacar los siguientes aspectos (Naciones Unidas, 2016):

- Garantizar el uso adecuado de drogas para fines médicos y científicos, lo que se atribuye principalmente a la situación actual de cannabis, que aún no es regulado en todos los países.
- Se mantienen como objetivos principales la reducción de la oferta, la demanda y la cooperación internacional, reconociendo la necesidad de un enfoque más amplio e integrador que atienda a las personas, familia y comunidad, incorpore la perspectiva de género y edad en los programas y políticas públicas.
- Las autoridades nacionales deben coordinar al sector salud, educativo y de justicia para abordar esta problemática.
- Permitir que participen en la formulación y aplicación de programas y políticas la sociedad civil, comunidad científica y académicos.
- Abordar las causas y consecuencias del problema de las drogas desde el ámbito social, económico, de salud, derechos humanos, justicia, seguridad pública y aplicación de la ley.
- Acabar con las epidemias del sida, tuberculosis y hepatitis viral entre los consumidores de drogas antes de fines del 2030.
- Se recomienda se incorporen en cárceles o centros de detención la terapia asistida con medicación, programas relacionados con el equipo de inyección y terapia antirretroviral.

La Organización Mundial de la Salud, participó haciendo hincapié en los servicios de reducción de daños como los programas de jeringas y terapia de sustitución de opioides como medidas que han demostrado ser eficaces para reducir la delincuencia. La mayoría de los países se pronunciaron a favor de trabajar en acciones orientadas a la salud y protección de los derechos humanos más que a la penalización de los usuarios. Sin embargo, aún hay países que defendieron su derecho a penalizar e incluso las sentencias de muerte para las personas involucradas en delitos de drogas (International Drug Policy Consortium, 2016).

La reducción de daños fue un tema relevante apoyado por la mayoría de los países miembros, a excepción de Singapur. Las acciones defendidas en este modelo fueron las salas de consumo de drogas y el uso de naloxona (Canadá), terapia asistida con medicación (Estados Unidos), siendo la Unión Europea la que mostró el mayor posicionamiento a favor (International Drug Policy Consortium, 2016).

Uno de los países con mayor evidencia científica en este sentido es Canadá, donde, gracias a los sitios de inyección segura, en los últimos 15 años la prevalencia de personas que comparten jeringas bajo de 40% en 1996 a 2% en 2011 y la cantidad de personas que usan drogas inyectables es menor, a pesar de que en los últimos 10 años la accesibilidad y precios de las drogas no han disminuido. De ahí que, cuando algunas entidades del gobierno federal eliminaron de las estrategias gubernamentales los programas de reducción de daños e intentaron cerrar los sitios de inyección segura, la sociedad civil y la comunidad científica y de salud, lograron que la Suprema Corte fallará a favor de la permanencia de este tipo de programas de atención a usuarios de drogas (Tie & Kerr, 2014).

A pesar de la fuerte evidencia científica, recomendaciones internacionales y los beneficios para la salud (disminución del contagio de VIH, VHC y muertes por sobredosis), aún no existe una relación entre esto y leyes y políticas públicas en la mayoría de los países. Incluso los países que destinan recursos a implementar programas de reducción de daños, persisten con problemas de congruencia; por ejemplo, en algunos portar jeringas se considera evidencia de consumo de droga, en otros la prescripción de metadona o buprenorfina está prohibida. A nivel mundial siguen siendo insuficientes los servicios que se brindan, en promedio se distribuyen dos agujas mensuales por usuario de droga inyectable y solo 8% de las personas

que se inyectan drogas ha tenido acceso a terapia de sustitución por opioides. Aunado a esto, las personas que trabajan en este tipo de programas también son víctimas de discriminación o categorizadas como facilitadores del consumo de drogas (Kazatchkine, 2017 & International Drug Policy Consortium 2016).

Lo anterior se atribuye, principalmente, a la cultura de “guerra contra las drogas” arraigada a raíz de los esfuerzos por disminuir la oferta, sobre todo en América Latina, donde las políticas se han enfocado en la prohibición del consumo y contrarrestar el narcotráfico. Sin embargo, el prohibicionismo no ha disminuido el consumo y los problemas de narcotráfico se han agravado, incrementando los índices de homicidios violentos. De ahí que los actores encargados de aplicar la ley no cuenten con capacitación para lidiar con la problemática y apliquen penas a las personas con adicción que intentan acceder a programas de reducción de daños. Las tendencias actuales se enfocan en trabajar con la población a fin de disminuir la demanda, algunos países Latinoamericanos, como México, han transitado hacia la despenalización en la posesión de pequeñas cantidades de sustancias como la marihuana o cocaína y solo Uruguay ha dejado antecedente de legalización con la marihuana (Bedoya, 2016; Mendiburo-Seguela *et al.*, 2017; Tarantola, 2012).

Otra de los inconvenientes para implementar éste u otros modelos es la falta de personal capacitado, no sólo específicamente en adicciones, sino en cualquier problemática. Es decir, el 76 y 85% de las personas con trastornos mentales graves en países de ingresos bajos, no reciben tratamiento, el gasto anual a nivel mundial en salud mental es menor a dos dólares por persona en países de ingresos altos, hay 21 trabajadores de salud mental por cada 100,000 habitantes en las Américas y el porcentaje de personal de enfermería que recibió alguna capacitación en atención primaria de salud mental en los últimos dos años con duración mínima de dos días es de 2.3% en Centroamérica, México y el Caribe (Organización Mundial de la Salud, 2013., Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En México, las drogas lícitas son las que representan el verdadero problema de salud pública, sin embargo, la mayor parte del recurso económico se destina a la reducción de la oferta y no de la demanda y las leyes se enfocan en penalizar el tráfico y la posesión de las sustancias ilícitas, sin profundizar en la atención en salud de los usuarios. Lo que se refleja en la distribución del recurso económico del país, destinando 80 veces más dinero a seguridad que ha programas de salud; a su vez, dentro del sistema de salud se destina menos presupuesto a los programas de prevención en comparación con la atención de segundo y tercer nivel (Fundación Friedrich Ebert Stiftung México, 2013).

Dentro del Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018 se contemplan los siguientes tres retos:

1. Consolidar un sistema de atención integral
2. Mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios
3. Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial

En cada uno de ellos se destacan acciones prioritarias para lograrlo, como son fortalecer la vigilancia epidemiológica a través de la actualización oportuna de la Encuesta Nacional de Adicciones e incluir la Encuesta Nacional de Estudiantes y poblaciones diversas (grupos étnicos y poblaciones vulnerables).

Por otro lado, es necesario contar con personal capacitado en materia de adicciones, así como la infraestructura que permita brindar atención de calidad y ampliar la cobertura. En este mismo rubro se resalta la importancia de crear o implementar modelos de atención especializados para menores infractores, personas en conflicto con la ley, incluyendo la perspectiva de género. En el tercer reto, se debe

actualizar el marco normativo a fin de que se coordinen las instancias legales con las de salud para evaluar y diseñar políticas públicas orientadas a promover y mantener la salud de la población.

El mismo Gobierno reconoce dentro de las debilidades y amenazas para la superación de estos retos la falta de servicios de prevención y tratamiento, la falta de capacitación, limitación de recursos, aumento de la disponibilidad de sustancias, establecimientos existentes que no se apegan a la normativa, entre otras (Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2015).

En esta misma línea se analizan las autoevaluaciones en salud mental y adicciones que ha tenido que realizar México para cumplir con las recomendaciones de la OMS, donde destacan el 2% del gasto total en salud destinado a salud mental y un 63% del personal que labora en hospitales psiquiátricos recibió capacitación en derechos humanos, con duración de un día. También se encontró que solo el 3% del programa de formación en pregrado de enfermería es destinado a temas de salud mental y el 5% de los enfermeros de atención primaria ha recibido actualización en este rubro. En cuanto al recurso humano en salud mental, la tasa por cada 100,000 habitantes es de 1.6 psiquiatras, 3 enfermeros y 1 psicólogo, siendo la presencia de otros profesionales de la salud aún menor. Mientras que en los hospitales psiquiátricos hay por cada cama 0.23 psiquiatras y 0.48 de otros trabajadores de salud (Secretaría de Salud de México, 2011).

En cuanto al área de adicciones, dentro del fortalecimiento institucional, el país no ha realizado estudios sobre las repercusiones sociales y económicas de las drogas en los últimos diez años; en reducción de la demanda no cuenta con programas integrales para lograr reducir el consumo y alcanzar la reinserción social y no monitorea o evalúa los programas de prevención que se han implementado; en cuanto a reducción de la oferta, aún está pendiente desarrollar programas de desarrollo integral y sostenible y gestión ambiental derivada de la producción de drogas; por último, dentro de las medidas de control requiere de una planeación efectiva para la prevención del tráfico ilícito de sustancias y estudios específicos de la producción ilícita del país (Organización de los Estados Americanos, 2014).

Aunado a lo anterior y a diferencia de otros países, México no refiere haber consultado a otras instancias para el diseño del Programa de Acción antes mencionado. Por ejemplo, España reunió a instancias gubernamentales, no gubernamentales y comunidades científicas, adaptándose durante la planeación a la factibilidad de las acciones de acuerdo a recursos económicos y humanos. Obteniendo una coordinación nacional orientada a reducir la demanda y la oferta, mejorar el conocimiento a través de la investigación, la formación del recurso humano y mantener una coordinación internacional; estableciendo acciones y metas, determinando los beneficiarios y los responsables, e incluyendo el seguimiento y evaluación de las acciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2013).

Otro ejemplo es Costa Rica que incluye, en su Plan Nacional sobre Drogas, una propuesta para implementar el Modelo de Reducción de Drogas en el uso de sustancias psicoactivas, que involucra al sector público, privado, organizaciones no gubernamentales y comunidad, con perspectiva de género y edad y acciones claras dentro de cada contexto social en el cual serán implementadas (Milanese, 2015).

En México, el concepto de reducción del daño figura en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, y se especifica en una línea de acción Plan de Acción Nacional mencionado con anterioridad *Impulsar medidas para reducir los daños y riesgos por el consumo de sustancias psicoactivas dirigidas principalmente a grupos vulnerables*, más no se establecen indicadores para medir el cumplimiento de dicha línea de acción como se realizó con otras. Además, no

existen guías de operación o bien en los programas gubernamentales del Consejo Nacional contra las Adicciones sobre este modelo.

Los desafíos que presenta nuestro país específicamente en reducción del daño, radican principalmente en: falta de capacitación de recurso humano, poco recurso económico para programas de prevención y tratamiento de las adicciones, nulo desarrollo de programas gubernamentales bajo el modelo de reducción del daño, persistencia de estigma y discriminación en torno al uso y abuso de sustancias.

Oportunidades

Al integrar actividades que sirvan como prevención a distintos fenómenos epidemiológicos, la reducción de daños enfatiza los principios de políticas públicas, programas de intervención y distintas actividades del quehacer del personal de salud, asociadas al uso de drogas. En esta lógica podemos hablar de guías que complementan el prevenir y por ende reducir el consumo de drogas, además de generar opciones que permitan minimizar riesgos al usuario consumidor (Oro & Gómez, 2013).

Las personas usuarias de drogas suelen ser más vulnerables a una serie de perjuicios, como se ha señalado anteriormente se han formulado distintos programas con el fin de disminuir los riesgos para la salud derivados del consumo. Ejemplo de ello son el intercambio de jeringas y agujas, prevención de sobredosis, salas de inyección segura, educación para la salud, intervención en sitios de ocurrencia, y otros faltantes por nombrar (Grover, 2011). El personal de enfermería frecuentemente es el primer contacto con el cliente sano y/o enfermo, además de fungir como eje importante en el trabajo multidisciplinario. Por lo que, dentro de las intervenciones de reducción de daños es factible que participen en estrategias orientadas a la comunicación entre pares, provisión de servicios que mejoren la seguridad de las personas consumidoras, apoyo en el tratamiento médico de sustitución para la dependencia de opiáceos y grupos de ayuda (International Drug Policy Consortium [IDPC], 2017).

El quehacer de enfermería en torno al consumo de sustancias adictivas es muy amplio y ha ido en crecimiento, un ejemplo de ello es en el continente europeo, específicamente en Francia, utilizando las bases de reducción de daños desafía las creencias de enfermería proponiendo una agencia de cuidado para tratar el consumo de dichas sustancias, reforzando el cuidado a personas con problemas de adicciones mediante su cultura y balance de la realidad (Gray, 2014).

La mayoría de la evidencia científica relacionada con ese modelo se orienta a demostrar los beneficios de los programas aplicados a usuarios de drogas ilícitas, principalmente los de drogas inyectables. Sin embargo, el modelo puede aplicarse a los usuarios de alcohol y tabaco. Un estudio en personas con alcoholismo en Canadá, encontró que los usuarios perciben como prioridades para la implementación del modelo, mejorar la interacción con personal de salud, promover el acceso a hogares temporales, mejorar el trato por parte de la policía, asegurar prácticas de reducción de daños, mejorar la asistencia social, entre otros. Lo anterior debido a la violencia y discriminación que viven por parte de las instancias antes mencionadas. Incluso describen la atención del personal de salud como de marginalización y falta de confidencialidad sobre todo en alcohólicos en situación de calle (Harm Reduction International, 2016).

En México, las agencias de cuidado para esta población clave no se encuentran dirigidas por enfermeras, en su mayoría sus directrices son por personal empírico que siguen manuales no certificados por un organismo e ideologías religiosas para el tratamiento, a diferencia de lo que puede ofrecer enfermería, un cuidado biopsicosocial más personalizado y basado en conocimiento científico.

En lo que refiere a los programas que se encuentran en funcionamiento en toda la república mexicana con el objetivo de emplear la metodología de reducción de daños se encuentran los Centros Ambulatorios Para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual [CAPASITS], Hospitales del Centro de Integración Juvenil [CIJ], Clínicas de Metadona los cuales brindan servicios de prevención, tratamiento, además de otorgar apoyo psicológico, servicios de enfermería y de trabajo social, tanto a las personas afectadas como a sus familiares.

Con base a lo previamente mostrado, se hace patente la necesidad de la creación de modelos de atención de enfermería que estén acorde a las características y requerimientos de las diferentes poblaciones y riesgos a los cuales se encuentran expuestos los usuarios de drogas lícitas e ilícitas, el personal de enfermería está capacitado para abordar la detección, seguimiento y prevención, mediante servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social (González, Castañón & Mendoza, 2015).

Una de las ventajas de realizar reducción de daños es que su amplitud de trabajo contempla a usuario y no-usuario de drogas, dentro del *contexto/entorno*; las soluciones claves que se pueden ejecutar son; detección temprana de problemas relacionados con el consumo, ayuda a romper el tabú, intercambio de experiencias, en lo *individual (persona)* se pueden ofrecer; libre discusión entre jóvenes y adultos, monitoreo de consumo, promoción de la salud y las prácticas saludables, en los *rasgos sociales*; análisis, control y certificación de productos farmacológicos, reconocimiento social del consumo y supervisión de enfermería especializada (Beauchsne *et al.*, 2016).

En este sentido se pretende señalar lo primordial que resulta la labor de enfermería como investigador de cultura como respuesta ante el consumo de sustancias adictivas, utilizando la reducción de daños como herramienta en todas las etapas de la vida del ser humano, por ello son necesarias las investigaciones para la prevención de las drogodependencias, que incluyan la tarea de orientación y ayuda en el proceso de formación de la personalidad, principalmente en la conducta y paradigmas de actuación (Rodríguez & Cruz Rodríguez, 2015).

Potencias mundiales se dieron a la tarea desde hace décadas de investigar la terapéutica de la reducción de daños como herramienta para el tratamiento de distintas drogas y actividades que el día de hoy se aplican con un resultado positivo, pero se harán esperar las nuevas líneas de investigación debido a los cambios orgánicos de los pacientes: cambios en las conductas tanto adictivas como de riesgo, biodisponibilidad, cambios en la farmacocinética de los productos genéricos, y sobre todo la combinación con los nuevos productos farmacológicos, causando cambios en el abordaje de estas dependencias (Markez & Póo, 2000).

Existe aún mucho trabajo por hacer, como prioridad se visualiza capacitar y sensibilizar al personal de salud, dar a conocer las ventajas y desventajas de la reducción de daños y con ello ampliar el respaldo a usuarios y no usuarios de drogas (Rojas, García & Medina, 2011).

Como idea final se pueden establecer significativos avances en el modelo de reducción de daños, uno de ellos ha sido la posibilidad de replantear los principios tradicionales de los consumidores de drogas para modificar la manera de atender y brindar los servicios sanitarios desde una visión flexible, realista, integradora y respetuosa. Como tareas pendientes son las de generar más mecanismos de medición de resultados y sensibilizar a los prestadores de servicios sanitarios sobre las experiencias límite de los usuarios y evitar esquemas moralistas que ejercen un tratamiento más punitivo que sanitario, y que

refuerza estereotipos de “junkies” errantes, perezosos y criminales. El cambio de enfoque podrá permitir la generación de mayor conocimiento y métodos que exploren y aporten desde una visión adaptada a la problemática de cada persona.

LITERATURA CITADA

- Antelo, Victoria, I. M., & Diz, Ana. M. M. (2015). Prácticas y sentidos de los riesgos: el autocuidado en los consumidores de drogas. Argumentos. *Revista de Crítica Social*, (17).
- Bedoya, M. A. (2016). La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra, comienzo de una nueva política. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 237-254.
- Beauchesne, L., Del Valle, J., Krawitz, M., Marks, A., Franquero, Ó. P., Rainsford, R., & Avilés, C. S. (2016). Contribuciones & revisión.
- Coalición Internacional de reducción de daños (2001). Harm reduction communication. Spring. Recuperado de <http://harmreduction.org/wp-content/uploads/2011/12/Communication11.pdf>
- Grover, A. (2011). Derechos Humanos y Política de Drogas, Reducción de daños. Harm Reduction International, 1, Reporte informativo 1.
- EL VIH/SIDA y el abuso de drogas: dos epidemias entrelazadas. NIDA. Junio 2012. National Institute on Drug Abuse. 3 Sept, 2012: Web site <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_hiv_spanish_060412.pdf>.
- González, B. G., Castañón, M. A. H., & Mendoza, A. Z. (2014). Competencias profesionales para la atención de las adicciones, en los programas de licenciatura en enfermería de la universidad autónoma de Querétaro, México. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo: RIDE*, 6(11), 2-2.
- Harm Reduction International. (2016). The Global State of Harm Reduction 2016. Recuperado de: https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Secretaría de Salud [SSA]. Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2011: Reporte de Alcohol. Reynales, *et al.*, México DF, México: INPRFM, 2011. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.
- International Drug Policy Consortium. (2016). La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas [UNGASS] sobre el problema mundial de las drogas: Informe del evento. Recuperado de: https://dl.dropboxusercontent.com/u/566349360/library/UNGASS-proceedings-document_SPANISH.pdf
- Kazatchkine, M. (2017). Reasons for drug policy reform: people who use drugs are denied evidence based treatment. *The BMJ*; 356:i6613 doi:10.1136/bmj.i6613. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/356/bmj.i6613>.
- Markez, I., & Póo, M. (2000). *Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Milanese, E. (2015). Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de: <http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/rec-wp/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-de-Reduccion-de-Daños-09-02-15.pdf>
- Mendiburo-Seguela, A., Vargas, S., Oyanedel, J.C., Torres, F., Vergara, E., & Hough, M. (2017). Attitudes towards drug policies in Latin America: Results from a Latin-American Survey. *International Journal of Drug Policy*; 41: 8–13. Retrieved from [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(16\)30305-X/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(16)30305-X/abstract)

- Naciones Unidas. (2016). Asamblea General abril 2016: Compromiso conjunto para abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Recuperado de: NOM, S. N. O. M. 028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Oró, D. P. M., & Gómez, J. P. (2013). Riesgos, daños y placeres. In *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* (p. 23). Editorial Milenio.
- Ramos, R. M. E. (2013). Guía del Modelo de Mitigación de Daños. ISSUU, primera edición, p. 5-68.
- Red mundial para la promoción de un debate abierto y objetivo sobre las políticas de drogas. (2017). Reducción de daños. 25/02/2017, de International Drug Policy Consortium Sitio web: <http://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/coherencia-sistema/reduccion-danos>.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34(4), 351-365.
- Rodríguez, M. D. C., & Cruz Rodríguez, J. (2015). La necesaria relación intersectorial educación-salud en la lucha contra las drogodependencias. *Edumecentro*, 7(4), 229-234.
- Secretaría de Salud. (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Tatarsky, A. (2002). Psicoterapia de Reducción de Daños. En *Psicoterapia de Reducción de Daños Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol* (29-36). Estados Unidos por Jason Aronson, Inc., Lanham, Maryland USA: Jason Aronson Inc.
- Tarantola, D. (2012). Public health, public policy, politics and policing. *Harm Reduction Journal* 9:22. doi:10.1186/1477-7517-9-22. Retrieved from <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/22>
- Tendencias Nacionales. NIDA. Junio 2013. National Institute on Drug Abuse. 3 Sept, 2013: Web site <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_nationwidetrends_sp_06-25-13_final_0.pdf>.
- Ti, L & Kerr, T. (2014). The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm Reduction Journal* 11:7. doi:10.1186/1477-7517-11-7. Retrieved from <http://www.harmreductionjournal.com/content/11/1/7>
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, ML., Oliva, N., Bretón, M., *et al.*, (2011). Tendencias del uso de Drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental* 2011; 34(2):81-94.
- Velázquez, B. D., Friman, R. N., & González, G. M. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *Correo Científico Médico*, 20(4), 804-809.
- UNODC. (2016). Informe mundial sobre las drogas 2016. Recuperado de: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

SÍNTESIS CURRICULAR

Arodi Tizoc Marquez

Integrante de la Red Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería para la reducción de la demanda de drogas. Miembro de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau Internacional de Enfermería, experiencia en prevención de adicciones a las drogas: adolescentes, jóvenes y familia, además de ser integrante del grupo de estudiantes de enfermería contra las adicciones. Colaborador de CA de Facultad de Enfermería Salud Comunitaria. Representante de la Facultad de Enfermería en el Subcomité Estatal de Enfermería del

Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recurso Humano e Investigación en Salud de Baja California. Correo: atizoc@uabc.edu.mx

Karina Rivera Fierro

Maestría en Ciencias de la Salud, Especialización en adicciones a través del Centre of Addiction and Mental Health y la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas y Estudiante del Doctorado de Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública. Colaborador del Cuerpo Académico Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería. Integrante de la Red Mexicana de Escuelas y Facultades para la Reducción de la Demanda de Drogas, de la Alianza contra las Adicciones y la Violencia de Mexicali, y Secretaria Técnica del Subcomité Estatal de Enfermería del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recurso Humano e Investigación en Salud de Baja California. Correo: riverok@uabc.edu.mx

Ulises Rieke Campoy

Maestro en Ciencias de la Salud, director de la Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Baja California, Integrante del Cuerpo Académico Salud Comunitaria, Integrante de la Red Mexicana de Escuelas y Facultades para la Reducción de la Demanda de Drogas. Presidente del Subcomité Estatal de Enfermería del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recurso Humano e Investigación en Salud de Baja California. Correo: rieke@uabc.edu.mx

Manuel Cruz Palomares

Licenciatura en Psicología con énfasis en Psicología de la salud en proceso de obtención del título de Maestría en Ciencias de la Salud con, experiencias en intervenciones con poblaciones ocultas de difícil acceso vulnerables frente al VIH: Mujeres Trabajadoras Sexuales, Personas Transexuales/Transgénero/Travesti, Hombres que tienen Sexo con Hombres, Personas privadas de Libertad, Migrantes. Experiencia en intervenciones con personas vulnerables frente al uso de drogas inyectables bajo el modelo de Reducción de Daños, experiencia en detección y consejería en VIH/SIDA, metodologías de comunicación para el cambio de comportamiento y mercadeo social en salud. Correo: manuel.cruz.palomares@uabc.edu.mx



EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO PARA ADQUIRIR SOBREPESO Y OBESIDAD

ALCOHOL CONSUMPTION AS A RISK FACTOR TO ACQUIRE OVERWEIGHT AND OBESITY

José Luis **Higuera-Sainz**¹; José Alfredo **Pimentel-Jaimes**¹; Geu Salomé **Mendoza-Catalán**¹; Ulises **Rieke-Campoy**²; Gisela **Ponce y Ponce de León**³ y Adriana **Camargo-Bravo**³

¹Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor de la Facultad de Enfermería Campus Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California.

²Maestro en Ciencias de la Salud. Profesor de la Facultad de Enfermería Campus Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California. ³Doctora. Profesora de la Facultad de Enfermería Campus Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California.

RESUMEN

El presente capítulo describe el panorama epidemiológico del sobrepeso, la obesidad y presenta el consumo de alcohol como un factor de riesgo importante para adquirir dichas condiciones de salud. Se describe también la definición de alcohol, su farmacología, el papel del consumo de alcohol en el sobrepeso y la obesidad, la combinación de las bebidas alcohólicas con las bebidas azucaradas y se concluye con una serie de recomendaciones para limitar el consumo de alcohol y en consecuencia evitar o disminuir el sobrepeso y la obesidad ocasionadas en parte por el abuso de esta sustancia.

Palabras clave: consumo de alcohol, sobrepeso, obesidad.

SUMMARY

This chapter describes the epidemiological panorama of overweight, obesity and presents alcohol consumption as a major risk factor for acquiring these health conditions. It also describes the definition of alcohol, its pharmacology, the role of alcohol consumption in overweight and obesity, the combination of alcoholic beverages with sugary drinks and concludes with a series of recommendations to limit alcohol consumption and in consequence to avoid or reduce the overweight and obesity caused in part by the abuse of this substance.

Key words: alcohol consumption, overweight, obesity.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015) el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, una de ellas son el sobrepeso y la obesidad. El sobrepeso y la obesidad son definidos como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medirlos es a través del índice de masa corporal (IMC), esto es, el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{peso (kg)} \div \text{altura (en metros)}^2$). Una persona con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso y con un IMC igual o superior a 30 es considerada con obesidad (OMS, 2016).

El sobrepeso y la obesidad son consideradas como una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, no exclusiva de países económicamente desarrollados, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. A nivel mundial, durante el año 2014, más de 1, 900 millones de personas de 18 años o más tenían sobrepeso y más de 600 millones tenían obesidad, lo que representa alrededor del 39% de la población mundial de los adultos con sobrepeso y 13% con obesidad para ese año, mostrando mayor carga en ambos casos en el sexo femenino (40% vs 38% para sobrepeso y 15% vs 11% para obesidad) la suma de las prevalencias de sobrepeso y obesidad ascendía a 52%, es decir, más de la mitad de la población mundial (OMS, 2016), razón por la cual, la OMS denomina a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI”.

Por otro lado, también se ha considerado al sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública debido a su impacto sobre la morbilidad, calidad de vida y gasto sanitario, todo esto sin considerar las repercusiones del consumo de alcohol, ya que en el presente capítulo nos limitaremos a describirlo como un factor de riesgo importante para el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Según reportes de la OMS a nivel mundial la obesidad ocupa el quinto lugar de mortalidad y cada año fallecen cerca de 2.8 millones de adultos por esta causa. Aunado a lo anterior la OMS reportó que el 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23% de cardiopatía isquémica y del 7 al 41% de ciertos tipos de cáncer son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (OMS, 2008).

En el caso particular de México, la obesidad ocupa actualmente el segundo lugar a nivel mundial, ligeramente por debajo de los Estados Unidos con una prevalencia de 30%, pero casi diez veces mayor que la de países como Japón y Corea con prevalencias de casi 4% (OMS, 2016).

En nuestro país, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes (etapa del desarrollo en la que se inicia el consumo de alcohol), fue de 36.3% (22.4% de sobrepeso y 13.9% de obesidad). El sobrepeso en las mujeres fue mayor con 26.4% al observado en los hombres de 18.5% (Encuesta Nacional de Salud [ENS], 2000). Sin embargo, este problema se muestra con mayor gravedad en la población de Adultos. Considerando los resultados de las últimas cuatro encuestas Nacionales de Salud y Nutrición: las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad han aumentado de manera progresiva y alarmante, de 61% en 1999 a 71.9% en el 2006, 71.3% para el 2012 y 72.5% para 2016, por lo que aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de este problema (y de los factores causales como el consumo de alcohol) son una prioridad para el sistema de salud que sin duda alguna debe ser abordada con mayor fuerza en el primer nivel de atención (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] & Secretaría de Salud [SS], 2016; INSP & SS, 2012; INSP & SS, 2006; INSP & SS, 2000).

De acuerdo con la OMS (2016), la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad se debe a un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Sin embargo, se reconoce que la obesidad tiene un origen de múltiples factores, en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida (entre ellos, el consumo de alcohol) y del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización, el entorno político y social. En este fenómeno juegan un papel importante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (OMS, 2000).

Por su parte, haciendo énfasis en el alcohol, este se considera como el segundo alimento con mayor densidad energética después de la grasa (7.1 Kcal/g de alcohol), además de que aumenta el apetito y disminuye la saciedad, lo que conlleva a un aumento de la ingesta energética, el añadir alcohol a la comida disminuye la oxidación de los lípidos, por lo que puede inducir un acúmulo de grasa en el organismo, pero, por otro lado, el alcohol también provoca un aumento de la termogénesis, que hace que la energía final aportada sea prácticamente ineficiente, comparado con otros alimentos. Aunado a lo anterior, se ha observado que la ingesta moderada de alcohol aumenta la sensibilidad a la insulina, lo que a su vez también podría contribuir al aumento del peso corporal (Yeomans, 2010).

Diversos estudios de seguimiento han analizado los efectos de los cambios en el estilo de vida sobre el peso corporal y reportaron que las bebidas alcohólicas tienen un efecto prácticamente neutro, ya que sólo se consideraron responsables de un aumento medio de 150 gr de peso por año (Bendsen *et al.*, 2013; Mozaffarian & Capewell, 2011). Sin embargo, la mayoría de los estudios que han investigado los efectos del consumo de alcohol sobre el peso corporal, sugieren una relación tanto inversa como positiva sobre el peso y la grasa corporal (Traversy & Chaput, 2015) lo que indica una falta de consenso, un vacío de

conocimiento y muestra la necesidad de incrementar la información al respecto, razón por la cual el propósito de este capítulo es describir la relación entre el consumo de alcohol.

DESARROLLO

El alcohol es conocido por la mayoría de las personas gracias sus múltiples usos y efectos, tanto positivos como negativos relacionados estrechamente con la cantidad y el tiempo en el que se consume. Estos efectos se muestran a través del tiempo en un corto, mediano o largo plazo, en el presente capítulo abordaremos el consumo de alcohol explicando su farmacología y su relación con el sobre peso y la obesidad a mediano plazo.

Farmacología del alcohol

En 1970 los Médicos Sydney E. Salmon, Robert W. Schrier, Lloyd H. Smith, Jr. y el Dr. Charles E. Becker, publicaron uno de los artículos más leídos acerca de la Farmacología del alcohol, este artículo fue extraído a partir de un ciclo de conferencias semanales llevadas a cabo en el Departamento de Medicina de la Universidad de California en San Francisco, a partir de esta información considerada como clásica partiremos para explicar la Farmacología de esta droga.

El alcohol es una droga única, debido a su peso molecular (46) y su infinita solubilidad con el agua. Es un líquido inflamable, incoloro y transparente que absorbe agua rápidamente desde el aire. Su punto de ebullición es de 78.5°C, y su punto de congelación es de -130°C. El alcohol se produce generalmente por la fermentación de azúcar por la parte de la levadura. Pero, dado que la levadura no sobrevive en soluciones con más del 15 por ciento del alcohol, se preparan soluciones más fuertes de alcohol por destilación como el vino, y la cerveza que en general contiene entre 2 a 20% de alcohol, mientras que la preparación destilada contiene entre 30 y 60% de alcohol (Leake & Silverman, 1966).

El alcohol en su estado natural (USP) contiene 49 por ciento de alcohol etílico en volumen (de 42 por ciento en peso). En los Estados Unidos alcohol 100 prueba contiene alcohol etílico al 50 por ciento en volumen. Durante el proceso de fermentación se forma la mezcla de alcoholes superiores; estos se convierten en sus ésteres, este proceso de envejecimiento imparte al producto final algo del sabor distintivo.

Absorción, distribución, excreción

Alcohol, una pequeña molécula que es neutral en solución con el agua, es una de las pocas sustancias que pueden ser absorbidas directamente por difusión simple en el estómago y el tracto gastrointestinal. A diferencia de los carbohidratos, proteínas y grasas este no tiene que ser absorbido antes de ser digerido ya que involucra procesos no activos en su absorción. Alrededor del 30 por ciento del alcohol que se ingiere por vía oral se absorbe en el estómago y el resto proximal del intestino delgado (Sardesai, 1969).

Durante la absorción temprana desde el tracto gastrointestinal, la concentración de alcohol en la sangre arterial se puede comportar de manera significativamente superior a la concentración comparada con la de la sangre venosa para al menos una hora. A continuación, ocurrirá la absorción activa de alcohol, el análisis tarde del aliento tenderá a correlacionar mejor los niveles de alcohol que el análisis de sangre venosa con los efectos de la depresión alcohólica del sistema nervioso central. El alcohol vaporizado puede ser absorbido por los pulmones, pero la absorción a través de la piel es mínima (Forney & Hughes, 1968).

La concentración de alcohol, la velocidad con la que es ingerido, los diluyentes con que se mezcla, la comida en el estómago, y el tiempo de vaciado intrínseco de todo el estómago influyen en la velocidad de absorción de esta droga. La absorción de alcohol se retrasa en especial cuando se toma con alimentos grasos. Por esta razón, después de la gastrectomía, los pacientes son extremadamente sensibles al efecto del alcohol, ya que su absorción es más eficiente en el intestino.

La carbonatación mejora la absorción de alcohol por su contribución al aumento de vaciado gástrico. Debido a este efecto el champagne (y su proceso de carbonatado) es conocido por su rápido efecto. Por otro lado, algunas cervezas y vinos que contienen ciertos alimentos retrasan el proceso de absorción. Dado que la absorción del alcohol es mucho más eficiente que su metabolismo, los niveles en sangre farmacológicamente importantes se alcanzan rápidamente y los niveles más altos son observables entre los 30 a 60 minutos después de la ingestión y la caída del efecto entre las ocho a diez horas (Salmon, Schrier, Lloyd, Smith, y Becker 1970).

El alcohol se oxida entre el 90 a 98% en el hígado; el resto se excreta sin cambios en la orina, la respiración, la transpiración, lágrimas, leche, saliva o la bilis. Por lo tanto, la diuresis o la hiperventilación inducida no acelerarán significativamente la desintoxicación. Incluso sin la ingesta exógena, la sangre humana normal contiene cantidades de alcohol en concentraciones de hasta 1.5 mg por litro (Lester, 1962).

Las tasas combinadas de absorción de alcohol, distribución, metabolismo y excreción se reflejan en la concentración de alcohol en sangre. Está claro que los niveles de alcohol en la sangre están muy afectados por las características de la bebida y la presencia de alimentos en el tracto digestivo. Los niveles más agudos de presencia de alcohol en la sangre son producidos por las bebidas registradas como "clínicamente más potentes", como es el caso de la ginebra y el vodka (Leake & Silverman, 1966).

El papel del consumo de alcohol en el sobrepeso y la obesidad

Aunque el estudio entre la asociación del consumo de alcohol el sobrepeso y la obesidad no es nuevo; existen muchos esfuerzos por explicar de manera experimental dicha asociación. Para comprender el papel del consumo de alcohol en el sobrepeso y la obesidad, se mencionará de manera breve el mecanismo y las relaciones que explican este fenómeno de manera parcial. Podemos partir del hecho que, 1 gr de alcohol proporciona 7.1 kcal. El aumento de la ingesta de energía a través del consumo de alcohol puede ciertamente promover un balance de energía positivo y en última instancia, el aumento de peso (Yeomans, 2010).

Al resumir la literatura científica actual parece que el consumo ligero y moderado de alcohol es un factor protector y el consumo en excesivo un factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad. Algunas de las posibles explicaciones para la influencia del alcohol sobre el aumento de peso o la obesidad es que, además de la energía que proporciona el alcohol por sí solo, el alcohol puede realmente estimular la ingesta de otros alimentos de manera simultánea (Kase, Piers, Schaumburg, Forman & Butryn, 2016; Schrieks *et al.*, 2015; Yeomans, 2010). Es común que, durante un evento o reunión social, además de adquirir bebidas alcohólicas para el consumo, estas se acompañen con bebidas azucaradas y de frituras como botana, además de ciertos alimentos con alto contenido calórico como carnes rojas y embutidos como salchichas para asar.

Por otro lado, se ha demostrado fisiológicamente que el alcohol influye en una serie de hormonas vinculadas a la saciedad. Los resultados de varios estudios proponen que el alcohol puede influir en el consumo de energía mediante la inhibición de los efectos de la leptina (hormona responsable de la

saciedad), o péptido similar al glucagón-1 (GLP-1) (Raben, Agerholm-Larsen, Flint, Holst, & Astrup, 2003; Röjdmarm, Calissendorff & Brismar, 2001). El alcohol también puede influir en el hambre a través de varios mecanismos centrales. Los efectos del alcohol sobre los opioides, serotoninérgicos, y las vías GABAérgicas en todo el cerebro sugieren el potencial para aumentar el apetito y la ingesta de energía (Yeomans, Caton & Hetherington, 2003; Widdowson & Holman, 1992).

Aparte de la influencia inmediata sobre el apetito que genera el consumo de alcohol, también hay efectos en el almacenamiento de energía. El alcohol inhibe la oxidación de las grasas, es decir evita que la grasa sea aprovechada como energía, lo que sugiere que el consumo frecuente de alcohol a largo plazo podría dar lugar a la conformación de más grasa en lugar de aprovechar la grasa existente como energía, lo que se traduce mayor probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad (Yeomans, Caton & Hetherington, 2003).

La información con la que contamos hasta el día de hoy respecto al papel del alcohol en la generación de la obesidad es un producto de muchos factores (por ejemplo, el sexo, el tipo, la frecuencia y la cantidad de alcohol consumido, el patrón de consumo (frecuencia y cantidad), nivel de actividad física realizada, hábitos de sueño y horas dormidas por día, síntomas de depresión, problemas psicosociales, enfermedades crónicas, uso de medicamentos, hábitos alimenticios, historia de consumo de alcohol, una predisposición a ganar peso, etc.). No tener en cuenta alguno de estos factores de confusión potenciales sin duda puede dar lugar a estimaciones erradas de la relación entre el consumo de alcohol y el peso corporal dado que existen grandes variaciones entre los individuos (Traversy & Chaput, 2015).

Por ejemplo, la asociación entre el consumo de alcohol y el aumento del peso corporal se presenta por lo general de forma más fuerte en los hombres que en las mujeres (French, Norton, Fang & Maclean, 2010) sobre todo debido que los hombres beben alcohol en mayores grados de dilución y mayores cantidades de forma más consuetudinaria. Por otro lado, los hombres también son más propensos a beber cerveza, que es rica en hidratos de carbono, y proporciona mayor cantidad de energía que una copa estándar de vino (Yeomans, 2010).

En congruencia con lo anterior, diversos estudios han mostrado una asociación positiva en la que a mayor consumo de cerveza es también mayor la circunferencia abdominal, a este fenómeno se le ha denominado como "panza de cerveza" siendo más frecuente entre los hombres. Otro factor importante es que los bebedores de cerveza parecen tener hábitos alimenticios más deficientes en comparación con los bebedores de vino (Bendsen *et al.*, 2013). Existe la creencia que el consumo de vino en particular es una costumbre de la clase social alta.

También se ha demostrado que un mayor consumo de alcohol se asocia con la falta de sueño y el exceso de peso corporal en adultos (Chaput, McNeil, Després, Bouchard & Tremblay, 2012). Lo anterior se puede explicar claramente debido a que, en los adultos, dormir menos de 6 horas por noche se asocia con una mayor ingesta de alcohol, un aumento del riesgo de exceder las directrices para el consumo semanal de alcohol, mayor consumo de alimentos y en consecuencia un mayor índice de masa corporal.

Los aspectos genéticos también pueden desempeñar un papel importante en la predisposición de los individuos para ganar peso como resultado del consumo de alcohol. Los hallazgos recientes muestran que algunos polimorfismos genéticos afectan la susceptibilidad del alcoholismo y pueden afectar el peso corporal a través de diferencias en genes asociados a la utilización de la energía (Yokoyama *et al.*, 2013).

Si bien la evidencia anterior sugiere que el consumo elevado de alcohol puede contribuir al sobrepeso y la obesidad, es importante mencionar que el alcohol no solo se ingiere mediante el vino y la cerveza, dado

que existe un sin número de bebidas con diversos ingredientes entre los que figuran: las bebidas carbonatadas (refrescos), el zumo de frutas, jugos preparados a base de productos dulces, ácidos o salados, inclusive algunas bebidas preparadas contienen algunos ingredientes como los mariscos.

Algunas revisiones sistemáticas reportan que el consumo de bebidas dulces como algunas con las que se acostumbra a combinar el alcohol (refrescos y jugos), podrían incrementar aún más el riesgo de obesidad debido al incremento energético de la bebida ingerida, además de presentarse otra serie de factores como: una absorción más rápida y una menor sensación de saciedad que podría provocar una mayor ingestión energética.

Un ejemplo mencionado es que un vaso con 350ml de zumo de naranja podría ser aproximadamente igual a consumir 4 naranjas, pero consumir 4 naranjas produce mayor saciedad en comparación con la cantidad líquida de jugo a pesar de contener la misma cantidad de energía (Poppitt, 2015). Es decir, que aquellos que consumen alcohol y este tipo de bebidas estarían consumiendo las calorías del alcohol, las que integran a la bebida carbonatada, azucarada o zumo sin que esto aporte cierta sensación de saciedad, por contrario a esto se presume que este tipo de bebidas aumentan la tolerancia del paladar para ingerir mayores cantidades de alcohol.

Por su parte, Mattes *et al.*, (2010), aporta evidencia importante relacionada con este fenómeno, tras un estudio realizado en 47 adultos de 20-50 años de edad, donde los participantes fueron divididos en cuatro grupos para ingerir un litro al día de Coca Cola regular, leche, soda de dieta o agua. Después de 26 semanas se observó un aumento significativo de la grasa visceral/grasa subcutánea abdominal en el grupo que consumió Coca Cola regular.

En definitiva, es importante tener en cuenta que son múltiples los factores que contribuyen en el incremento de peso y que se debe considerar que el consumo de alcohol no solo acarrea problemas mentales y del comportamiento, si no también puede ser un factor que aporte de manera significativa a la aparición de sobrepeso y obesidad por los mecanismos que ya se explicaron a detalle en este documento.

Para dejar más clara la explicación anterior acerca del efecto del alcohol sobre la ganancia de peso, citaremos algunos ejemplos de estudios que sugieren el efecto del alcohol sobre el apetito: En 2004 Caton, Ahern y Hetherington evaluaron los efectos del consumo de alcohol en el apetito y la ingesta de alimentos. Para analizar este efecto citaron a 12 hombres en un laboratorio en tres ocasiones, en cada cita se registraron los niveles de hambre y estado de ánimo, posteriormente algunos participantes ingirieron 330 ml de cerveza lager (sin alcohol etílico) y otros ingirieron otra bebida con 32gr de alcohol etílico, treinta minutos después se les dio un desayuno estándar, tres horas más tarde el almuerzo, y la cena 4 horas después.

En sus resultados, los investigadores reportan que los participantes que consumieron la carga de 32gr de alcohol presentaron mayores niveles de hambre y consumieron mayor cantidad de alimentos especialmente alimentos salados y ricos en grasas durante el almuerzo y la comida. Concluyendo que, al consumir cierta cantidad de alcohol se estimula el apetito debido a través de un aumento en los niveles de hambre. Cuando esto ocurre, el consumo de alimentos no se reduce en las comidas posteriores. Por lo tanto, el alcohol podría contribuir en la ganancia de peso a través de sus efectos en la ingesta total de alimentos y la estimulación del apetito a corto plazo.

En un estudio más actual, Schrieks y colaboradores (2015) evaluaron también el efecto estimulante del consumo moderado de alcohol sobre la ingesta de alimentos en 24 hombres sanos. Al inicio del día los hombres bebieron una cantidad de vodka con jugo de naranja (20 g de alcohol) o solamente jugo de naranja (sin alcohol), 45 minutos después de la ingestión de alcohol se evaluó la preferencia entre cuatro categorías de alimentos (alto contenido en grasa, baja en grasas, dulces y salados) mediante una escala de antojo y deseo. Los investigadores reportaron que los hombres con mayor consumo de alcohol tuvieron también mayor consumo de alimentos, especialmente por alimentos salados y ricos en grasa. Concluyendo que inclusive el consumo moderado de alcohol estimula la ingesta de alimentos a través de un efecto estimulante en el estómago e intestino.

Rose, Hardman y Christiansen realizaron un estudio en 2015 con el objetivo de investigar los efectos de una dosis de cebada y alcohol en un ambiente relacionado con el consumo de alcohol y el comportamiento de las personas durante la merienda. Para realizar este experimento se citó en cuatro momentos a ciento catorce hombres que bebían alcohol en fiestas y ocasiones sociales, los hombres recibieron una dosis de cebada y Alcohol (.6g / kg) o refresco en un laboratorio tipo bar o un laboratorio común. A cada participante se le aplicó un cuestionario donde proporcionó una clasificación del apetito antes y después de consumir alcohol y el impulso o el deseo de alcohol antes y después de la merienda.

Los participantes realizaron una prueba de alimentos salados y dulces, sanos y no saludables antes de completar los autoinformes. Pudiéndose observar que: el deseo de apetito y de comer algún aperitivo aumentó de forma significativa posterior al consumo de alcohol, y disminuyó en menor medida después de la prueba de sabor en relación con el refresco. Asimismo, el total de calorías (incluyendo las calorías de la bebida) consumidas fue significativamente mayor en los grupos que ingirieron la bebida con alcohol.

Por otro lado, es importante mencionar un efecto marginal del medio ambiente que jugó un papel importante, identificado en aquellos que estuvieron en el laboratorio tipo bar ya que consumieron una mayor proporción de alimentos no saludables en comparación con aquellos que estaban en un laboratorio común, lo que podría explicarse en base a su comportamiento más desinhibido.

Finalmente, los autores concluyen que a pesar de que el alcohol no puede aumentar el consumo de alimentos per se, si puede interrumpir agudamente las señales del apetito, tal vez a través de procesos de recompensa y control inhibitorio, lo que resulta en una mayor ingesta calórica, debido a que las personas que generalmente están desinhibidas pueden ser más vulnerables a los efectos del alcohol y los ambientes de beber durante el comportamiento alimenticio.

CONSIDERACIONES FINALES

En general, la obesidad es una enfermedad multifactorial y es difícil evaluar la contribución específica de la ingesta de alcohol en el riesgo de padecer obesidad. La evidencia de observación se ve obstaculizada por la posibilidad de confusión debido a variables que aún no han sido medidas o consideradas, además de que la evidencia experimental está limitada por el período de seguimiento a corto plazo de los estudios sobre este fenómeno y la dificultad para controlar todos los hábitos y estilo de vida de las personas. Tomando en cuenta lo anterior, el lento desarrollo de la obesidad y la naturaleza polifacética de esta condición, realmente se complica la posibilidad de mostrar una relación de causa y efecto entre el consumo de alcohol y el aumento de peso. Por lo tanto, tenemos que confiar en los estudios de intervención a corto plazo y estudios epidemiológicos, cada uno de los cuales tienen claras sus limitaciones en las cuales muestran el efecto de la ingesta de alcohol en la vulnerabilidad para ganar peso. Sin embargo,

la preponderancia de las pruebas tomadas en su conjunto sugiere que el alcohol puede ser un factor de riesgo para la obesidad en algunas personas, especialmente cuando se consume en grandes cantidades (Traversy & Chaput, 2015).

En conclusión: el consumo de bebidas alcohólicas se ha asociado anteriormente con las fiestas, celebraciones, reuniones con amistades, eventos especiales e inclusive como una puerta de escape mediante un momento de relajación y des estrés. Sin embargo, hoy en día, se presenta con mayor frecuencia e inclusive en algunos casos puede ingerirse antes y después de la comida, tomándose esta situación como un momento común para consumir bebidas alcohólicas. ¿Por qué?, algunos autores mencionan que el alcohol proporciona un placer adicional a la comida además de abrir y aumentar el apetito.

Parte del problema del consumo de esta sustancia, es su aumento de forma progresiva y alarmante, donde, sin darse cuenta las personas son capaces de tolerar mayores cantidades de alcohol y consumirlo inclusive con mayor frecuencia. Ante este tipo de casos y la prevención de los mismos, es de suma importancia prestar especial atención, debido a que como se ha comentado la cantidad de energía aportada por una bebida con alcohol, el efecto inhibitor de la saciedad y la cantidad ingerida de comida en ese acto puede traducirse en una ganancia incluso excesiva de peso, lo cual podría depender o determinarse mediante las cantidades ingeridas.

Por ende, es necesario disminuir el consumo de alcohol de forma gradual, una forma de poder lograrlo es a través de la búsqueda de apoyo por parte de personal profesional, evitar las situaciones que se presentan como un riesgo para su consumo, tratar de evitar el consumo de alcohol durante la ingesta de alimentos en especial con aquellos que son ricos en carbohidratos, proteínas y grasas.

LITERATURA CITADA

- Bendsen, N. T., Christensen, R., Bartels, E. M., Kok, F. J., Sierksma, A., Raben, A., & Astrup, A. (2013). Is beer consumption related to measures of abdominal and general obesity? A systematic review and meta-analysis. *Nutrition reviews*, 71(2), 67-87.
- Caton, B. M., Ahern A. y Hetherington M. M. (2004) Dose-dependent effects of alcohol on appetite and food intake. *Physiol Behav.* 81(1):51-8.
- Chaput, J. P., McNeil, J., Després, J. P., Bouchard, C., & Tremblay, A. (2012). Short sleep duration is associated with greater alcohol consumption in adults. *Appetite*, 59(3), 650-655.
- Forney R. B., & Hughes 'F. W. (1968) Combined Effects of Alcohol and Other Drugs. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, pp 42-1018
- French, M. T., Norton, E. C., Fang, H., & Maclean, J. C. (2010). Alcohol consumption and body weight. *Health economics*, 19(7), 814-832.
- Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud. (2000). Encuesta Nacional de Salud. Recuperada de http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperada de <http://ensanut.insp.mx/>
- Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperada de <http://ensanut.insp.mx/>
- Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperada de <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2016.pdf>

- Kase, C. A., Piers, A. D., Schaumburg, K., Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2016). La relación del consumo de alcohol para la pérdida de peso en el contexto del tratamiento de la pérdida de peso de comportamiento. *Apetito*, *99*, 105-111.
- Leake, C. D., & Silverman, M. (1966) *Alcoholic Beverages in Clinical Medicine*. Chicago, Yearbook Medical Publishers, Inc., pp 54-55.
- Lester, D. (1962). The concentration of apparent endogenous ethanol. *Quart J Stud Alcohol*. *23*: 17-25.
- Mattes, R. D., Shikany, J. M., Kaiser, K. A., & Allison, D. B. (2011). Nutritionally sweetened beverage consumption and body weight: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obesity*. Rev. *12*: 346-365. doi: 10.1111 / j.1467-789X.2010.00755.x.
- Mozaffarian, D., & Capewell, S. (2011). United Nations' dietary policies to prevent cardiovascular disease. *Bmj*, *343*(1), 5747-5747.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Alcohol. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Alcohol. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2010). Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat. Recuperado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/46044572.pdf>
- Poppitt, S. D. (2015). Beverage Consumption: Are Alcoholic and Sugary Drinks Tipping the Balance towards Overweight and Obesity? *Nutrients*; *7* (8): 6700-6718. PMID: PMC4555143 doi: 10.3390 / nu7085304
- Raben, A., Agerholm-Larsen, L., Flint, A., Holst, J. J., & Astrup, A. (2003). Meals with similar energy densities but rich in protein, fat, carbohydrate, or alcohol have different effects on energy expenditure and substrate metabolism but not on appetite and energy intake. *The American journal of clinical nutrition*, *77*(1), 91-100.
- Röjdmarm, S., Calissendorff, J., & Brismar, K. (2001). Alcohol ingestion decreases both diurnal and nocturnal secretion of leptin in healthy individuals. *Clinical endocrinology*, *55*(5), 639-647.
- Rose, A. K., Hardman, C. A., & Christiansen, P. (2015). The effects of a priming dose of alcohol and drinking environment on snack food intake. *Appetite* *95*, 341-348. doi: 10.1016/j.appet.2015.07.016. PMID: 26210606
- Salmon, S. E., Schrier R. W., Smith, L. H., & Becker, C. E. (1970). The Clinical Pharmacology of Alcohol. Medical Staff Conference. *California Medicine. The Western Journal of Medicine*. *37-4*.
- Sardesai, V. M. (1969). *Biochemical and Clinical Aspects of Alcohol Metabolism*. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, pp 3-7.
- Schrieks, I. C., Stafleu, A., Griffioen-Roose, S., de Graaf, C., Witkamp, R. F., Boerrieger-Rijneveld, R., & Hendriks, H. F. (2015). Moderate alcohol consumption stimulates food intake and food reward of savoury foods. *Appetite*, *89*, 77-83.
- Traversy, G., & Chaput, J. P. (2015). Alcohol consumption and obesity: an update. *Current obesity reports*, *4*(1), 122-130.
- Widdowson, P. S., & Holman, R. B. (1992). Ethanol-Induced Increase in Endogenous Dopamine Release May Involve Endogenous Opiates. *Journal of neurochemistry*, *59*(1), 157-163.
- Yeomans, M. R. (2010). Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor for obesity? *Physiology & behavior*, *100*(1), 82-89.

Yeomans, M. R., Caton, S., & Hetherington, M. M. (2003). Alcohol and food intake. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 6(6), 639-644.

Yokoyama, A., Yokoyama, T., Matsui, T., Mizukami, T., Matsushita, S., Higuchi, S., & Maruyama, K. (2013). Alcohol Dehydrogenase-1B Genotype (rs1229984) is a Strong Determinant of the Relationship Between Body Weight and Alcohol Intake in Japanese Alcoholic Men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(7), 1123-1132.

SÍNTESIS CURRICULAR

José Luis Higuera Sainz

Licenciado en Enfermería por la UAS. Maestro en Ciencias de Enfermería por la UANL. PTC de la Facultad de Enfermería de la UABC. Perfil PRODEP. Publicación de capítulos de libros, publicaciones en revistas indexadas. Integrante de la REMFEE, FAEN-UANL/FEMAFEE/CICAD-OEA y la Red de Estilo de vida de la Universidad de Guanajuato. Email: higueraj99@uabc.edu.mx, Mexicali, Baja California, México, CP 21100. Tel:6863477207

José Alfredo Pimentel Jaimes

Licenciado en Enfermería por la UAGro. Maestro en Ciencias de Enfermería por la UANL. PTC de la Facultad de Enfermería de la UABC (Campus Mexicali). Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad de Guanajuato. Investigador y Multicongresista. Email: alfredo.pimentel@uabc.edu.mx, Mexicali, Baja California, México.

Geu Salomé Mendoza Catalán

Doctor en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Publicación de capítulos de libros, publicaciones en revistas indexadas. Email: mendoza89@hotmail.com, Monterrey, Nuevo León México.

Gisela Ponce y Ponce de León

Doctor en Ciencias. Profesor de Tiempo Completo y Coordinadora de Posgrado e Investigación en la Facultad de Enfermería, UABC. Perfil deseable PRODEP. Publicación de tres libros y participación en capítulo de libro, publicaciones en revistas indexadas. Integrante de la REMFEE, FAEN-UANL/FEMAFEE/CICAD-OEA y Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable. Email: giselaponce@uabc.edu.mx, Mexicali, Baja California, México.

Adriana Camargo Bravo

Doctor en Ciencias por la UABC, Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, de la UABC. Perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I y Perfil deseable PRODEP. Publicación de un libro, capítulos de libro y artículos científicos. Colaborador el Cuerpo Académico Salud Comunitaria. Email: adriana.camargo.bravo@uabc.edu.mx, Mexicali, Baja California, México.



PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN EL USO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

PERCEPTION OF SATISFACTION OF STUDENTS IN THE USE OF CLINICAL SIMULATION

Lubia del Carmen **Castillo-Arcos**¹ y Lucely **Maas-Góngora**¹

¹Profesora-Investigadora de Tiempo Completo, Universidad Autónoma del Carmen, Facultad Ciencias de la Salud, AV. Central S/N Esquina con Fracc. Mundo Maya. C.P. 24115. Responsable: Lubia del Carmen Castillo-Arcos. lubiacastilloa@gmail.com

RESUMEN

El presente estudio determina la percepción de satisfacción de los estudiantes en el uso de la simulación clínica como técnica de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de la competencia "Cuidado de enfermería". La metodología consistió en un diseño cualitativo, la muestra fue no probabilística, a través de un grupo focal integrado por ocho estudiantes del cuarto semestre de la Licenciatura de Enfermería en la Universitaria Autónoma del Carmen. Se elaboró la entrevista semiestructurada de acuerdo al modelo de Miller para la evaluación de las competencias profesionales. En los resultados, los estudiantes refirieron que la simulación clínica es una excelente estrategia de aprendizaje que les permite integrar la teoría y práctica sin dañar a terceros, afirmaron que el contacto previo con la simulación clínica mejora el pensamiento crítico, refuerza los conocimientos, habilidades, destrezas, toma de decisiones y la ética profesional. La integración de esta metodología, mejora el desarrollo de la competencia clínica "Cuidado de enfermería". En conclusión, la Simulación Clínica es un método de innovación docente de gran interés, que se debe aplicar en los planes de estudios de Ciencias de la Salud, debido a su eficacia como estrategia de aprendizaje en la formación de estudiantes de enfermería.

Palabras claves: Modelo Miller, Prácticas, Docencia, Competencia, Cuidado.

SUMMARY

This study determines the perception of student satisfaction in the use of clinical simulation as a technique of teaching and learning to the development of "nursing care" competition. An assumption was raised; a greater perception of student satisfaction in the use of clinical simulation, the greater the development of competition. The methodology consisted of a qualitative design was used, the sample was not random, through a focus group composed of eight students of the fourth semester of the Bachelor of Nursing at the Autonomous University of Carmen. Semi-structured interview according to Miller model for the evaluation of skills was developed. In the results, the students reported that clinical simulation is an excellent learning strategy that allows them to integrate theory and practice without harming others, stated that previous contact with clinical simulation improves critical thinking, strengthen the knowledge, skills, decision making and professional ethics. The integration of this methodology improves develops clinical competence "nursing care". In conclusion, the Clinical Simulation is a method of teaching innovation of great interest, to be applied in the curricula of Health Sciences, due to its effectiveness as a learning strategy in the training of nursing students.

Key words: Miller Model, Practices, Teaching, Competition, Care.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería tiene un papel muy activo en todas las actividades realizadas para el mantenimiento o mejoría de la salud y se espera que posea el pensamiento crítico y las habilidades necesarias para el ejercicio de la profesión (Francisco, 2008). Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) establece la necesidad de estándares para la educación de enfermería, en el cual los docentes desarrollen currículos para preparar a los estudiantes integrándolos a programas educativos básicos que abarquen temas de salud y permitan el desarrollo de estudiantes altamente competentes para su área laboral (Law, 2011).

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2011) promueve el uso de la ciencia, tecnología y otras innovaciones a los programas de educación que pueden recopilar, transmitir y facilitar instrucciones o materiales educativos a través de audiovisuales, radio, televisión, internet, software y dentro de ellas el uso de los simuladores como un método para la enseñanza en la educación superior. La calidad de los servicios educativos tiene mucha importancia, de esta depende la capacitación, el desarrollo de las destrezas, la confianza y los conocimientos necesarios para que los estudiantes se desenvuelvan en el ambiente clínico (USAID, 2011).

De acuerdo a Sok (2011) adquisición de nuevos conocimientos es cada día más factible debido a los avances tecnológicos que ha permitido la expansión de información con diferentes fines para satisfacer las distintas necesidades de las personas, con dicho avance tecnológico se han desarrollado herramientas educativas para la formación de profesionales de la salud como es el caso de enfermería.

Por su parte Salas y Ardanza (1995) mencionan que a través de la simulación clínica los estudiantes y el personal de enfermería se enfrentan a situaciones similares a la realidad, por lo que es considerada un buen método de enseñanza. Además, la simulación clínica permite al estudiante demostrar lo aprendido, así como experimentar cómo se reaccionaría en el campo laboral; por tanto, permite al alumno autoevaluarse e identificar el nivel de conocimiento que posee.

Sin duda, que este método de aprendizaje contribuye a la satisfacción de los estudiantes en su formación como profesional, es necesario que los docentes conozcan las necesidades de sus alumnos y cubrir las de manera que se logre el objetivo del curso, para llegar a dicho objetivo se necesita entender la percepción de los alumnos sobre la forma en la que se les evalúa. Esto se puede lograr por medio de la medición de la satisfacción de los alumnos para conocer en que se encuentran insatisfechos, identificarlas y modificarlas (Bravo & Cazares, 2006).

La OMS (2013) refiere que cada año millones de pacientes de todo el mundo sufren daño como consecuencia de una atención sanitaria no segura. Comprender las características y la magnitud del problema en hospitales y centros de atención primaria es el primer paso hacia la mejora de la seguridad del paciente. La seguridad del paciente es definida como la prevención y mejora de la salud por la atención clínica; sin embargo, las consecuencias de una práctica clínica incorrecta pueden tener consecuencias negativas en el paciente incluso, causar la muerte.

Bremner (2008) señaló que para convertirse en una enfermera experta se necesita, la adquisición de conocimientos por medio de la experiencia clínica, el uso de la simulación ha sido una herramienta útil para satisfacer esta necesidad. Carrillo *et al.*, (2013) indican que partir de 1990 cualquier avance importante en la enseñanza de enfermería se produjo a través de la simulación clínica.

Es importante el desarrollo de competencias específicas sobre los cuidados de enfermería que constituyen el perfil profesional en la que se incorporan estrategias para la enseñanza entre ellas la simulación clínica, que permite al estudiante desarrollar habilidades para enfrentarse a la práctica clínica diaria. Jeffries y Rizzolo (2006) mencionan que son mayores los niveles de satisfacción, confianza, aumento de la capacidad de proporcionar información y niveles de aprendizaje cuando se realiza la práctica con la simulación clínica. Así mismo, refieren que para los estudiantes, el aprendizaje obtenido por los simuladores como el componente más importante de su experiencia educativa.

El sustento teórico de este estudio fue el modelo de Miller (1990), que evalúa el desempeño de las competencias profesionales por medio de una pirámide de cuatro niveles. En los dos primeros niveles

inferiores se encuentran los conocimientos (saber) y cómo se aplica en casos específicos (saber cómo), en el tercer nivel (demostrar cómo) hace referencia a la competencia, es medida en cuatro ambientes “in vitro” (simulados) el profesional demostrara lo que es capaz de hacer. En el ultimo nivel, se halla el desempeño (hacer) del profesional en la práctica real, demostrando lo que realmente es capaz de hacer (competencia; Duarte, 2006).

Cada nivel del modelo de Miller está conformada por acciones que son observables, valoradas y usadas como evaluación, permite que las situaciones en la que es evaluada la competencia sea lo más posible parecida a la situación en la que la competencia deba ser utilizada a la realidad, en este caso a la práctica clínica. Cuanta más auténtica sea la estrategia para el aprendizaje y la evaluación, más información será incorporada en el proceso de dicho aprendizaje. Miller, utilizá las simulaciones para evaluar la actuación, se basa reproduciendo situaciones similares de la vida real, permitiendo que los estudiantes puedan analizar las actuaciones específicas que se pretenden evaluar. Este método incluye, las simulaciones a través de software y los dummies simulados estandarizados (Duarte 2006; Lago & Ferreiro 2006).

Con base a lo anterior, se plantea el objetivo analizar la percepción de satisfacción de los estudiantes en el uso de la simulación clínica como técnica de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de la competencia “Cuidado de enfermería”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de Estudio

Se utilizó un diseño cualitativo con abordaje descriptivo-exploratorio, para la recolección de la información se realizaron grupos focales buscando obtener información desde los actores principales del aprendizaje

Sujetos de investigación

Se conformó por 8 estudiantes de entre 19 a 25 años del cuarto semestre de la Licenciatura de Enfermería, inscritos en el curso de Práctica de propedéutica, la participación en el grupo focal fue voluntaria y se realizó una sesión. A los participantes del presente estudio se les asignó un código de identificación para conservar el anonimato, marcado como E y un número secuencial.

Escenario de estudio

La investigación tuvo lugar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), ubicada en el sureste de México, desde 1990 oferta la Licenciatura en Enfermería, en 2010 reestructura el programa dando un enfoque por competencias.

Instrumento

Se desarrolló una entrevista Semiestructurada “Percepción de satisfacción de los estudiantes en el uso de la simulación clínica como técnica de enseñanza y aprendizaje” para profundizar en los conceptos de interés, se diseñó por preguntas abiertas las cuales se establecen como generadoras de opiniones y estructuradas en base a los cuatro pilares para la educación del siglo XXI planteadas por la UNESCO (Delors, 1996) y el modelo de Miller (1990).

Procedimiento de Grupos Focales

La información obtenida de los estudiantes se obtuvo de forma anónima, no se relacionaron nombres con opiniones. El grupo focal se realizó con 8 de participantes, conducido por dos facilitadoras, una ejerció el papel de conducción, la segunda como observadora y tomó notas complementarias, toda la sesión fue grabada, se utilizó una grabadora digital Sony modelo ICD 312. La observadora se mantuvo en silencio, solo sugirió de forma escrita a la facilitadora profundizar algunos puntos en el tema, no interpretaron ni explicaron, solo preguntaron para dirigirse a los objetivos de la investigación. La observadora llevo el tiempo-se pidió la palabra a algunos de los participantes que no habían opinado con la finalidad de que las conclusiones se cercaran lo más posible a una opinión de grupo y no de forma individual, la entrevista del grupo focal tuvo una duración de 46 minutos, cada tema se cerró cuando se observó la saturación de opiniones.

Análisis de la información

El software utilizado para el análisis de textos fue MAXQDA versión 11, la grabación del grupo focal fue transcrito al Office Word e importado al software MAXQDA. Se realizó el análisis de contenido, línea por línea, párrafo por párrafo de las narraciones del grupo focal de la cual se obtuvo los códigos de los núcleos y subnúcleos con el fin de clasificar las variables y vincularlas de acuerdo al comentario de los estudiantes. Al terminar dicha codificación se hizo la recuperación del documento, así también se realizó el mapa de los códigos en la opción MAXmapa y tablas cruzadas para obtener los resultados.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se tomó en cuenta el artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987), se respetó la dignidad, anonimato, protección de los derechos y bienestar de los participantes en el estudio, durante el reclutamiento, selección de los participantes,

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las respuestas obtenidas en el grupo focal surgen de las experiencias reales y vividas por los estudiantes durante su proceso de formación, de acuerdo con las notas recopiladas del sistema de códigos, se obtuvieron los siguientes núcleos y subnúcleos.

Del nivel 1 Saber que Hacer emerge la categoría: la simulación clínica evalúa el conocimiento teórico, de esta categoría se obtiene los núcleos: teoría y simulación cada uno con sus respectivos subnúcleos (*Figura 1*). A continuación, se describen.

En el núcleo *teoría* se determina que los conocimientos teóricos son esenciales para proporcionar atención de enfermería. Acudir al campo clínico solo con la experiencia teórica genera en el estudiante nerviosismo, inseguridad y falta de experiencia práctica (subnúcleos): frenando así el desempeño. Resultados que son similares a los encontrados por Antolín (2012) quienes mencionan que los factores que ocasionan ansiedad y desconcierto en los estudiantes de enfermería durante las practicas hospitalarias, es encontrarse en una situación sin saber qué hacer, en una situación de urgencia o recibir órdenes contradictorias. Para respaldar este hecho los entrevistados afirman lo siguiente.

Asistir a la práctica clínica solo con conocimiento teórico produce:

a) Nervios

E8: *“No con esa seguridad de que ya sabes teoría... los nervios te traicionan... no eres capaz de hacer todos los procedimientos tal cual lo debes hacer”.*

E2: *“Claro muchas veces tenemos nervios con el paciente y también con el simulador, con la práctica ya vamos perdiendo todo eso”.*

E6: *“No hicimos esa práctica anteriormente, entonces no sabemos cómo desenvolvernos, actuar en el lugar”.*

b) Inseguridad

E2: *“Bueno, yo no me siento muy capaz de hacerlo... no podré hacerlo yo sola, porque sé que me falta conocimientos por adquirir y no pues no estoy segura”.*

E3: *“No me siento con la seguridad para desempeñar bien mis procedimientos con un paciente real, necesitaría un asesoramiento, porque sobre todo la seguridad es lo que... no, no me siento todavía capaz”.*

E8: *“Para llegar a un paciente real yo creo que todavía... te da miedo o nervios el impulso de que algo... y pues hay que preguntar, todos los conocimientos hay que aprenderme lo bien”.*

c) Falta de experiencia práctica

E2: *“La teoría si la podremos saber pero... es muy diferente tener teoría y práctica porque, no vamos a ver que como realizarla”.*

E6: *“Ir solo con conocimientos es ir sin experiencia; por tanto, si voy con conocimientos y sin experiencia no doy el mayor trato a mi paciente”.*

E4: *“Si no tienes los conocimientos debidos, no te puedes desenvolver en un campo laboral por que no sabes”.*

Los participantes reconocen lo importante que es tener los conocimientos teóricos para su actuar en futuras situaciones críticas de salud; también, refieren sentir algún tipo de miedo e inseguridad al pensar que tendrán que ir en algún momento a prácticas clínicas sin tener experiencia.

Con respecto al núcleo simulación se detectó que la simulación clínica es una estrategia útil en la enseñanza y aprendizaje, ya que refuerza los conocimientos. Lo que se muestra en los subnúcleos confianza, mejora habilidades y supervisión de los procedimientos. En este sentido, Botero y López (2011) manifestaron que la simulación clínica es considerada como una estrategia para adquirir conocimientos y habilidades con el fin de disminuir errores; además proporciona realismo y familiariza con el ambiente clínico real. De igual manera, Schlairet y Pollock (2010), Hauber, Cornier y Whyte (2010) demostraron que entre la simulación de alta fidelidad y las prácticas tradicionales, la simulación clínica es elegida como; la estrategia de enseñanza de primera elección. Para confirmar lo anterior los participantes mencionan lo siguiente.

a) Mejora habilidades

E4: *“Influye mucho cuando tienes tu práctica...adquieres experiencia, aprendes a manejar la situación”.*

E5: *“Si, más que nada te ayuda al momento de la interacción con el paciente... si es un muñeco, pero te ayuda a que te desenvuelvas”.*

b) Confianza

E7: *“Hacemos los procedimientos ahí en el laboratorio con nosotros mismos, no la confianza al 100% pero... podemos llegar a una práctica real atender a nuestros pacientes”.*

E2: “Es importante trabajar con los simuladores eso nos crea más confianza, más confianza y experiencia para cuando llegemos con una persona real; sea más fácil”.

E4: “Te sientes más seguro, adquieres experiencia, aprendes a manejar la situación”.

c) Supervisión en procedimientos

E3: “Para poder desempeñar bien mis procedimientos...necesitaría un asesoramiento”.

E2: “No me siento...muy capaz de hacerlo yo sola, necesito de alguien que me esté supervisando...”

De acuerdo a lo anterior, los conocimientos teóricos son uno de los pilares importantes en la formación de los estudiantes, ya que de este depende; el saber cómo actuar. Los docentes deben utilizar la mejor estrategia de aprendizaje para que los estudiantes alcancen el nivel de conocimiento teórico-científico necesario para enfrentarse a los retos del campo clínico. La simulación clínica es una de las estrategias de aprendizaje que permite evaluar el conocimiento adquirido y corregir las deficiencias antes de ir a las prácticas clínicas reales. Lo que concuerda con Niño, Vargas y Barragán (2015) quienes afirman que la simulación clínica desarrolla mayor autonomía en los estudiantes y por lo tanto un aprendizaje significativo.



Figura 1. La simulación clínica evalúa el conocimiento teórico.

Nivel 2. Saber Cómo, en este nivel sale la categoría teoría y simulación esencial para la práctica clínica.

En el segundo nivel del modelo de Miller se encuentra; el saber cómo, es decir, la organización mental y racional de los conocimientos adquiridos, para poder interpretar lo aprendido, desarrollando así, el pensamiento crítico. Los estudiantes “sabrán cómo” actuar si sus fundamentos teóricos son sólidos; más aún, si interpretan mentalmente el desarrollo de algún procedimiento clínico, la experiencia simulada será satisfactoria y a su vez, existirá familiaridad con el ambiente practico real obteniendo; experiencia, seguridad, habilidades y ambiente satisfactorio (Figura 2) Los resultados muestra que, efectivamente los estudiantes adquieren habilidades, destrezas y confianza, mejoran el pensamiento crítico para la toma de decisiones, adquieren y refuerzan los conocimientos, les ayudo a trabajar en equipo; todo esto es motivo de interés para los estudiantes a seguir haciendo uso de la simulación clínica. Lo anterior concuerda con el estudio de Sanjuán, Marco, García y Castejón (2014) y Cabellos *et al.*, (2014), Piscotty, Grobbel y Tzeng (2011). Con base a esto algunos entrevistados afirman lo siguiente:

Teoría y la simulación permite el desarrollo de aptitudes.

a) Habilidad, seguridad, experiencia, confianza y desempeño

E6: "En enfermería no se puede saber métodos empíricos..."

E2: "La teoría nos marca como realizar la técnica... marca como va todo, entonces hay que ingeniárselas para poder este... hacer... algo igual y podamos realizar bien la técnica".

E1: "Nos da más confianza... aunque no sea real, pero pues tú tienes en tu cabeza "no pues es real y voy a dar lo mejor de sí".

E8: "En la teoría te dan todos los datos significativos... datos que yo necesito... un mapa completo... para hacer un proceso".

Los estudiantes describen lo necesario que es tener conocimientos sólidos para su actuar práctico. Así mismo, el desarrollo del pensamiento crítico se logra mediante el análisis de lo que se sabe o se aprendió en su momento, para saber cómo actuar posteriormente en una situación de salud. También permite alcanzar actitudes positivas para el mejor desempeño en la práctica clínica simulada.

De igual manera, existe la oportunidad de poner a prueba los conocimientos teóricos por medio de la práctica clínica y a su vez conocer el actuar del estudiante ante una problemática de salud. Lo que coincide con Juguera *et al.*, (2012) y Jefries, (2005) mostraron que la simulación clínica, mejora habilidades técnicas, aumenta la seguridad y confianza, se logra el desarrollo del razonamiento crítico y toma de decisiones, se fomenta la comunicación entre los miembros del equipo y ayuda a priorizar actuaciones de enfermería y mejora la competencia clínica.

Al respecto los participantes mencionaron lo siguiente:

b) La integración teórica y práctica

E8: "La teoría es algo que tenemos que aprender nosotros. No vamos a llegar y... ¡juhh ya sabemos que hacer!, se nos dice ¡tal día vamos a ver tal cosa! y... tenemos que aprender, para ya luego llevarlo a la práctica".

E6: "Yo digo que es mejor integrar la teoría con la práctica, son un complemento y se nivelarían las 2; tengo práctica y tengo teoría, tengo el conocimiento".

E1: "Como ya tienes parte de la teoría... entonces ya más o menos te vas dando una idea, para cuando llegues al campo clínico digas; ¡esto es así! Y... ¡así! Y... pues más o menos capto".

Los estudiantes de enfermería perciben lo importante que es complementar la parte teórica con la parte práctica y la simulación clínica (SC) es una herramienta que integra ambas partes, refuerza los conocimientos desde la base teórica a la práctica clínica real y así tener la certeza de que los estudiantes desarrollan el pensamiento crítico para la toma de decisiones (Jefries, 2005).

También, permite al estudiante ver de forma recreativa e innovadora a través del uso de los simuladores (dummies) el aprendizaje, esto se evidencia a través de las siguientes opiniones de los estudiantes de enfermería:

c) Recrea el ambiente

E8: "El muñeco no te patalea, no te grita, no se mueve... pero si te ayuda, tiene que haber conocimiento previo en la teoría como en la práctica".

E6: "De cierta forma te recrea el ambiente y todo, pero el dummies no hace lo mismo que el paciente, nunca va a ser igual; por lo tanto, son diferentes experiencias".

E2: “La teoría si la podemos saber, pero no cómo desarrollarla; porque, es muy diferente la teoría y la práctica”.

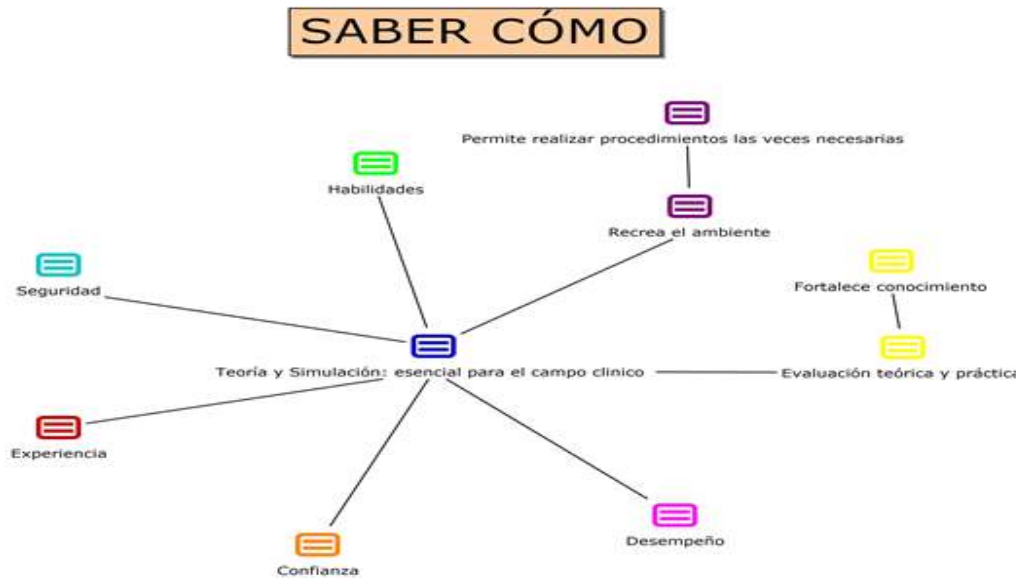


Figura 2. Teoría y Simulación: esencial para la práctica clínica.

En el nivel 3, para los participantes, la práctica de procedimientos representa un apoyo importante en su aprendizaje, les permitirá relacionar la teoría con el saber cómo hacer; además, proporciona el tiempo necesario para recordar lo aprendido y hacer uso de dicho conocimiento, teniendo un mejor desempeño clínico, ya que han tenido la oportunidad de practicar (ver figura 3). Lo anterior concuerda con el estudio de Medina y Da Silva (2014) y Galindo (2013) quienes reportaron que la simulación realista fue eficaz en estudiantes para la adquisición del conocimiento y seguridad, además de desarrollar el pensamiento crítico que es necesario aplicar en situaciones clínicas reales.

Según Miller, una vez que el estudiante ha obtenido el conocimiento teórico y sabe cómo va actuar mediante el pensamiento crítico, llega el momento de demostrar cómo aplicar lo aprendido, es decir; la ejecución de los conocimientos y la respuesta del estudiante ante tal evaluación (Figura 3).

Los participantes opinan que la simulación ayuda a mejorar sus habilidades técnicas para brindar mejor servicio de salud al paciente, así lo demuestran sus siguientes afirmaciones:

La simulación permite el desarrollo del pensamiento crítico.

a) Mejor trato al paciente y mayor desempeño

E7: “A pesar de que es un muñeco, te empiezas a desenvolver para tener confianza en ti mismo y de cómo tratar al paciente...”

E5: “Te enseña cómo vas hablar con el paciente, al momento de que llegues a la etapa clínica, en eso ayuda mucho”.

E7: “Todos los pacientes son diferentes, tenemos que tratarlos cada uno de diferente manera”.

b) Ejecución de procedimientos

E7: "Ya sabemos qué los dummies no contestan, ella (profesora) hacía el trabajo del dummies en contestar, se quejaba, así como un paciente, [...] después de esa práctica tuvimos platica general, donde comentamos en que habíamos fallado, en que nos benefició y en que podemos ayudarnos nosotros mismo".

E4: "Hablando de los casos clínicos si nos ayudó mucho [...] al menos yo en mi persona, lo que tienes de conocimientos ellos (pacientes) no lo tienen y hay que explicarlo ¡porque te lo piden!, entonces yo creo que eso nos ayudó mucho en la práctica".

E6: "Sí, en toma de presión, toma de signos vitales, ya en el apartado farmacológico ya no me meto porque todavía no he llevado la materia".

Los estudiantes confirman la eficacia que tiene la simulación clínica; la facilidad con la que se realizan los procedimientos clínicos sin dañar a terceros y la presencia del docente que garantiza la asesoría inmediata y guía para él estudiante en la actividad programada. Para los estudiantes, la compañía del docente es sinónimo de lo que se está haciendo y aprendiendo es correcto y en cualquier momento que lo deseen cuentan con su apoyo y asesoría. Del mismo modo Jeffries, Smith y Roehrs (2009) reportó que los estudiantes demostraron satisfacción y autoconfianza por el uso de la simulación de alta fidelidad (HFS), la tecnología apoya el proceso enseñanza y aprendizaje.



Figura 3. La simulación clínica desarrolla el pensamiento crítico.

Con los resultados obtenidos en la práctica simulada, los estudiantes pueden llevar a cabo los cuidados de enfermería en un entorno que les proporcione seguridad y realismo (Figura 4).

Por último, en el nivel 4, hacer, la simulación clínica ofrece a los estudiantes de enfermería la oportunidad de practicar y dar atención integral a un paciente inanimado, poniendo a prueba sus habilidades técnicas y conocimientos teóricos. Se determinó que la percepción de satisfacción y desarrollo de competencia, son el resultado de las prácticas simuladas, en donde los estudiantes obtienen mejores niveles de conocimientos, habilidades y actitudes; lo anterior se relaciona con el estudio de Champin (2014) donde expone que los métodos para evaluar la competencia, además de las pruebas tradicionales; exámenes orales y pruebas escritas, se puede evaluar la capacidad teórica por medio de la simulación escrita de un caso clínico para resolver problemas de salud, un método para evaluar el actuar del estudiante como futuro profesional de enfermería.

A continuación, se presentan los comentarios emitidos por los participantes:

El uso de la simulación clínica produce satisfacción en el aprendizaje.

a) Trabajo en equipo

E2: *“La verdad si nos ayudó demasiado, trabajamos muy bien en equipo, aunque hubo disgustos, es normal, queríamos que todo saliera perfecto. Veíamos a los compañeros que pasaban, nos fijábamos en sus errores, todos nos estuvieron observando”.*

E4: *“La verdad si nos ayudó mucho, el trabajo en equipo nos ayudó a tener comunicación con nuestro compañero... en el área laboral van a ver persona con las que nos vamos a llevar bien o nos vamos a llevar mal, pero, tenemos que ser un poco más éticos”.*

b) Actitud positiva

E5: *“Si, yo sentí que lo constructivo de todo fue decir nuestros errores ¡fíjate que fallaste en esto, esto y en lo otro! de manera positiva, no negativa, porque al fin y al cabo todos estábamos aprendiendo”.*

E4: *“Nos ayudó mucho, para poder emplear los procedimientos y agarremos práctica, y ya cuando estemos en el campo sepamos que hacer”.*

Los escenarios de simulación permiten la interacción y trabajo en equipo al realizar los procedimientos. Además, les permite aumentar las habilidades, destrezas y refuerzan los conocimientos (Figura 5). De acuerdo al último elemento del modelo de Miller (1990), los estudiantes aplican lo aprendido en la práctica simulada a la práctica real “el hacer”. En el último pilar de la educación “la convivencia o interacción”, los estudiantes acudieron a prácticas clínicas donde tuvieron la oportunidad de interactuar con pacientes reales y aplicaron lo aprendido en el laboratorio de simulación clínica. A continuación, se presentan los comentarios que confirman lo anterior:

c) Confianza

E6: *“El dummies no hace lo mismo que el paciente, nunca va a ser igual; por lo tanto, son diferentes experiencias”.*

E5: *“La simulación clínica ayuda al momento de la interacción con el paciente”*

E2: *“Trabajar con los simuladores es importante, crea más confianza y experiencia, la práctica con el simulador ayuda a perder los nervios”.*

Con base a lo anterior, la simulación clínica es una estrategia de aprendizaje muy importante que cumple con las expectativas del estudiante, tener contacto con la simulación pone a prueba al estudiante, sus conocimientos y habilidades esenciales para el campo clínico; De la Horra y Beneit (2010) mencionan que la simulación clínica en el futuro profesional de enfermería permite el desarrollo de habilidades, pensamiento crítico, toma de decisiones; por tanto, mejorar el desempeño disciplinar. Al respecto los estudiantes opinan los siguientes:

d) Satisfacción en evaluaciones simuladas

E5: *“Pues de cierta forma al final del semestre pudimos trabajar con algunos compañeros y eso fue lo que ya nos hizo mejor complementar lo que habíamos aprendimos con el dummies y la teoría”.*

E7: *“Para mí en lo particular, hicimos nuestro trabajo, trabajos en equipo, nos apoyamos, trabajar con los dummies nos ayudó mucho, fue de gran, gran ayuda”.*

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8: *“Logramos superar nuestros temores y desconfianza, nos gustaría seguir trabajando con previa simulación clínica antes de ir a las prácticas clínicas”.*

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8: *“La simulación permite mejorar las habilidades técnicas, calificamos con 8 nuestra satisfacción sobre la practica en simulación clínica, permitió desarrollar el pensamiento crítico”.*

E1: “Nos da más confianza, aunque no sea real, como ya tienes parte de la teoría... entonces tú ya más o menos te vas dando una idea”

Por lo anterior, la simulación clínica integra los conocimientos teóricos con la práctica; el pensamiento crítico les permite desarrollar la capacidad de tomar decisiones para la solución de problemas de salud. Promueve el trabajo en equipo, la ética y amabilidad con sus compañeros. Por lo que representa una excelente estrategia para mejorar el proceso enseñanza-aprendizaje. Lo anterior, coincide con los resultados encontrados por Juguera *et al.*, (2012) y Fero (2010) quienes mencionan que la percepción de los estudiantes es positiva, valoran la adquisición de conocimientos y habilidades. Además, consideran que la priorización, refuerzo de conocimientos, confianza, trabajo en equipo, comunicación, rectificación de errores, entrenamiento previo a la práctica real, les permitió sentirse más seguros y con las habilidades necesarias.



Figura 4. Simulación Clínica: satisfacción en el aprendizaje.

CONCLUSIONES

Se utilizó la simulación clínica como estrategia de enseñanza y aprendizaje para la integración de la teoría y práctica, los estudiantes están motivados a seguir utilizando la SC para el desarrollo de habilidades y conocimientos teórico-prácticos para reducir el daño a pacientes durante las prácticas hospitalarias. Con el análisis de los resultados y revisión bibliográfica, se concluye que la SC es un método de innovación docente de gran interés, que se está aplicando en los planes de estudios de Ciencias de la Salud, debido a su eficacia como estrategia de aprendizaje en la formación de estudiantes de enfermería.

Existe mayor satisfacción personal con la experiencia simulada, así lo demostraron los estudiantes al integrar la teoría con la práctica; permitiendo el desarrollo del pensamiento crítico al priorizar acciones, el desarrollo de habilidades técnicas, destrezas, seguridad clínica, la comunicación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones y la ética profesional. La integración de esta metodología, mejora el desarrollo de la competencia clínica “Cuidado de enfermería”.

En base al modelo de Miller, el profesional necesita conocimientos para desarrollar sus tareas profesionales con eficacia, ese conocimiento es importante para desarrollar la capacidad de saber cómo interpretar la información. El estudiante demostró cómo utilizar dicha información para realizar sus

procedimientos, conociendo su actuación simulada ante una situación clínica de salud, que posteriormente, aplico en su práctica clínica real obteniendo resultados favorables.

Es así como, el modelo de Miller es importante para desarrollar las competencias cognitivas, psicomotoras y afectivas en el ensayo y error, aumentando la seguridad y confianza, además mejorar la competencia y prioriza las actuaciones de enfermería y el trabajo en equipo. La simulación clínica, es el método utilizado para evaluar el ultimo nivel del modelo de Miller que intenta reproducir situaciones similares al de la vida real, el paciente simulado es un instrumento educativo y evaluativo que garantiza el desarrollo de las competencias clínicas para el encuentro estudiante-paciente

LITERATURA CITADA

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2011). Educación oportunidad a través del aprendizaje. Disponible en http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/2151/USAID_Estrategia_Educacion_Versión_Final.pdf
- Antolín, R, Pualto, MJ, Moure, ML, Fernández, ML, Antolín, T. (2007). Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enfermería Global* 10, 1-12. Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/264/219>.
- Botero, MC. & López, PA. (2011). *Percepción de los estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana sobre el uso de la simulación clínica como estrategia de aprendizaje*. Tesis doctoral, Pontificia Universidad Javeriana; Disponible en <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9681/1/tesis19-9.pdf>
- Bravo, LG. & Cáceres, MM. (2006). El proceso de enseñanza-aprendizaje desde una perspectiva comunicativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 38(7), 1-7. Disponible en <http://www.rieoei.org/deloslectores/1289Bravo.pdf>
- Bremner, M. A. (2008). Evidence-based practices related to the human patient simulator and first year baccalaureate nursing student's anxiety. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*. Disponible en http://ojni.org/12_1/bremner.html.
- Cabellos, AC., Fortea, GE., Marín, MP., Escalada, HP., Gea, VA., Gimenez, EC. & Giner, EM. 2014. *Simulación clínica a escala real en Enfermería, reforzando conocimientos y Generando autoconfianza*. X Jornadas Internacionales de Innovación Universitaria. Educar para transformar.
- Carrillo, AJm, García, L., Cárdenas. CM,, Díaz IR. & Yabrudy. WN. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Revista Enfermería Global*; 32(1), 346-361 Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>
- Champin, D. (2014). Evaluación por competencias en la educación médica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*; 31(3), P. 566-571.
- De la Horra, G. & Beneit, M. (2010). La simulación Clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería. *Reduca, Enfermería, Fisioterapia y podología*; 2 (1), 549-580.
- Delors, J. (1996): "Los cuatro pilares de la educación" en *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*, Madrid, España: Santillana/UNESCO. pp. 91-103.
- Durante, E. (2006). Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*; 26 (2), 55-61.
- Fero, LJ. (2010). Critical thinking skills in nursing students: comparison of simulation-based performance with metrics. *Journal of advanced nursing*; 66(10), 2182-2193.

- Francisco, J. C. (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Disponible en: http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/2700/Tesis_De%20la%20pr%C3%A1ctica%20a%20la%20teor%C3%ADa.pdf?sequence=1
- Galindo, ZC. (2013). *Percepción de los estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana*. Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/13763/1/GalindoZambranoCarolAndrea2013.pdf>
- Hauber R, Cormier E, Whyte J. (2010). An exploration of the relationship between knowledge and performance-related variables in high-fidelity simulation: Designing instruction that promotes expertise in practice. *Nursing Education Perspectives*; 31(4), 242-246.
- Jefries, P. R. (2005). A frame work for desinng, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing. Education Perspectives*; 26, 96-103.
- Jeffries, P. & Rizzolo, MA. (2006) SUMMARY REPORT. Designing and Implementing Models for the Innovative Use of Simulation to Teach Nursing Care of Ill Adults and Children: A National, Multi-Site, Multi-Method Study.
- Jeffries, P., Smith, SJ. & Roehrs, CJ. (2009). High-fidelity simulation: factors correlated with nursing student satisfaction and self-confidence. *Nursing Education Perspectives*; 30(2), 74-78.
- Juguera, RL. Díaz, JL., Pérez, ML., Leal CC., Rojo, RA. & Echevarría, PP. (2014). La simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Revista Enfermería Global*; 33(1). 175-190.
- Lago, DF. & Ferreiro GJ. (2006). Formación Continua y Evaluación: Dos realidades interconectadas. Portafolio: una herramienta de evaluación formativa para el médico de familia. (13), 95-100.
- Law, W. L. (2011). Preparando a los enfermeros para la atención a la salud global. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 19(6), 350-360. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_01.pdf
- Medina, VA. & da Silva MM. (2014). Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a simulação realística e o estágio curricular em cenário hospitalar. *Revista brasileira*. 27(2), 138-43.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills competence performance. *Academia Medica*; 65 (9), 63-67.
- Niño, C., Vargas N. & Barragán, J. (2015). Fortalecimiento de la simulación clínica como herramienta pedagógica en enfermería: experiencia de internado. *Revista Cuidarte*; 6(1). 970-975.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Seguridad del paciente; curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/.
- Piscotty, R., Grobbel, C. & Tzeng, H. (2011). Integrating quality and safety competencies into undergraduate nursing using student-designed simulation. *Journal of Nursing Education*; 23, 157-166.
- Salas, PR., & Ardanza, ZP. (1995). La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. *Educ Med Super*; 9(1-2), 14-23.
- Sanjuán, QA,, Marco, GD,, García, AN, & Castejón, E. (2014). Simulación clínica para aumentar la seguridad de los pacientes. Satisfacción del alumnado. Universidad de Alicante. Disponible en <http://web.ua.es/va/ice/jornadas-redes-2014/documentos/comunicacions-posters/tema-3/393190.pdf>
- Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (México). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Schlairet, MC. & Pollock, JW. (2010). Equivalence testing of traditional and simulated clinical experiences: undergraduate nursing students' knowledge acquisition. *Journal of Nursing Education*. 49(1), 43-47.

Sok, YL. (2011). Intergration of simulation-based learning in the nursing programme: a reflection. *Singapore Nursing Journal*; 38 (4) 28-31.

AGRADECIMIENTO

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (45455).

SÍNTESIS CURRICULAR

Lubia del Carmen Castillo Arcos

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de tiempo Completo de la Universidad Autonoma del Carmen. Facultad Ciencias de la Salud. Integrante del Cuerpo Académico “Enfermería, Salud y Educación”. LGAC “Cuidados de enfermería y Procesos educativos. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), CONACYT-México. Correo electrónico: lubiacastilloa@gmail.com

Lucely Maas Góngora

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo Completo de da Universidad Autonoma del Carmen. Facultad Ciencias de la Salud. Integrante del Cuerpo Académico “Enfermería, Salud y Educación”. LGAC “Cuidados de enfermería y Procesos educativos. Correo electrónico: lmaas@pampano.unacar.mx



MODELOS EDUCATIVOS: UN RETO PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD

EDUCATIONAL MODELS: A CHALLENGE FOR HEALTH EDUCATION

GINNE USSI GUADALUPE **Apodaca-Orozco**¹; LOURDES PATRICIA **Ortega-Pipper**¹; LUZ ESTER **Verdugo-Blanco**¹ y LAURA ELENA **Reyes-Barribas**¹

¹Profesora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Calle Poseidón s/n, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

RESUMEN

La sociedad actual experimenta cambios importantes en todos sus ámbitos; la globalización y liberación de la economía, la competitividad pero también la colaboración internacional en materia de capitales, bienes y servicios, ha conducido a la necesidad de modificar el modelo tradicionalista hacia un modelo moderno, donde el docente tiene que realizar una síntesis de distintas teorías y nuevos enfoques pedagógicos que orienten a la construcción de programas de estudio de calidad lo que permita mejorar el proceso enseñanza- aprendizaje. Referente al modelo educativo para la formación de recursos humanos en salud debe considerar las competencias científicas, tecnológicas y humanistas, inculcando un fuerte compromiso social, cuyo paradigma sea la formación de profesionales preparados para la demanda social de manera íntegra, competente, con preparación científica para aceptar los retos de la sociedad moderna y con un amplio desarrollo humanístico para vivir en la sociedad de esta época y servirla con sencillez y modestia, con los valores como pilar fundamental de su formación.

Palabras clave: Docente, modelo educativo, ética profesional, humanismo, salud.

SUMMARY

The actual society is undergoing major changes in all its fields; the globalization and liberation of the economy, competitiveness but also international collaboration in capital, goods and services, has led to the need to modify the traditionalist model towards a modern model, where the teacher has to make a synthesis of different theories and new pedagogical approaches that guide the construction of quality study programs that allow to improve the teaching-learning process. Regarding the educational model for the development of human resources in health, it should consider the scientific, technological and humanistic competences, instilling a strong social commitment, whose paradigm is the formation of professionals prepared for the social demand in an integral, competent way, with scientific preparation to accept the challenges of modern society and with a humanistic broad development to live in the society of this time and to serve it with simplicity and modesty, with values as a fundamental pillar of its development.

Key words: Teacher, educational model, professional ethics, humanism, health.

INTRODUCCIÓN

Evolución histórica de modelos educativos

Cada inicio de siglo se ha caracterizado por una urgente necesidad de darle sentido a valores y actitudes, bajo los cuales se orienten las condiciones para el desarrollo de ideas, proyectos y estrategias, que permitan la preservación y reproducción de la vida material y social, facilitando en el ser humano la contemplación e incorporación de su realidad desde una perspectiva integral, basada en evidencias y acontecimientos significativos e incluyentes, que le dimensionen históricamente. Durante el transcurso del tiempo las necesidades humanas han sufrido transformaciones, debido a esto se han modificado los

diferentes procesos humanos, tal como la educación en general, el aprendizaje en forma particular; considerando la educación un proceso dinámico.

Dentro del proceso histórico de la educación, Olivera (2009) menciona siete procesos importantes: “1. El proyecto de educación nacionalista, 2. El proyecto de educación rural, 3. El proyecto de educación socialista, 4. El proyecto de educación técnica, 5. El proyecto de unidad nacional, 6. El Plan de Once Años y 7. Los proyectos de reforma, descentralización y modernización de la educación básica”. Muchos han sido los personajes que han encabezado los cambios importantes dentro del ámbito educativo como fue José Vasconcelos quien creó y promovió el Proyecto de Educación Nacionalista (1921-1924), en donde fungió como primer secretario de educación pública. Posterior a este proyecto surge Proyectos de Educación Rural e Indígena (1924-1942), movimiento que surge durante la Revolución Mexicana, para dar respuesta a necesidades económicas, sociales y para brindar educación a los campesinos, dicho movimiento estaba integrado por José Vasconcelos, junto a un grupo de profesores que se dedicaron a esta área.

En relación a ello la labor de Vasconcelos para llevar educación a las poblaciones indígenas y rurales más apartadas del país, fue valorada posteriormente por el Secretario de Educación Pública José Manuel Puig Casauranc y del Subsecretario Moisés Sáenz. También las Escuelas Rurales Campesinas se organizaron como internados mixtos y alcanzaron su máximo desarrollo con el presidente Lázaro Cárdenas. No obstante, estas buenas apreciaciones, el modelo fracasó al descontextuarse de los principios de la educación socialista, orientada fundamentalmente a beneficiar a la población rural y predominar la educación urbana y fomentar un modelo excesivamente centralista en su estrategia de instrumentación (Olivera, 2009, p.1).

Posteriormente dio inicio el Proyecto de Educación Socialista (1934-1942), bajo la dirección de Don Daniel Cosío Villegas, cuyo principal pronunciamiento se orientó a la abolición del poder público opresivo y por la destrucción de la explotación del hombre por el hombre. Este proyecto tuvo sus antecedentes más remotos en la educación positivista y la difusión de las ideas del marxismo-leninismo en el mundo, a partir del triunfo de la Revolución de Octubre en la Unión Soviética, así como en la necesidad de llevar la reforma agraria y el establecimiento de los derechos laborales y de otras reformas sociales al gran sector de la población marginada de estos beneficios. Años más tarde la educación técnica fungió como otro de los proyectos y tiene sus inicios en la época prehispánica, adquiriendo una importancia particular a partir de las escuelas de artes y oficios y de la enseñanza de las artesanías, promovidas por los misioneros del siglo XVI dentro de la organización social y económica de los centros denominados "hospitales", creados por Vasco de Quiroga en Michoacán y en el Estado de México. En el siglo XVIII el Real Seminario de Minería representó la educación técnica de la época colonial, donde se asimilaron experiencias científicas y tecnológicas de la industria minera y se promovió su desarrollo.

Por otra parte, se buscó la descentralización de la educación básica. Y respecto a la Educación Media superior se puede señalar que ha tenido logros destacados, aunque sigue enfrentando desafíos importantes. Durante la mayor parte del siglo XX, esta modalidad tuvo una escasa cobertura que comenzó a acelerarse hasta finales de los años sesenta y, sobre todo, desde inicios de los noventa. Hoy, tres de cada cuatro jóvenes en la edad correspondiente cursan la educación media superior y la Constitución dispone que para el ciclo escolar 2021-2022 la cobertura deba ser total. A diferencia de la Educación Básica, la Educación Media Superior se desarrolló en múltiples subsistemas agrupados en dos grandes categorías: el Bachillerato General y el Bachillerato Tecnológico. La multiplicidad de subsistemas tiene la ventaja de facilitar una formación más pertinente, de acuerdo a los requerimientos locales (González & Flores, 2016).

En cuanto al modelo educativo 2016 exige maestros mejor preparados para implementar mejores estrategias educativas en las aulas. González y Flores (2016) mencionan que “el objetivo es que, dentro del marco nacional que seguirá definiendo la SEP, los docentes construyan interacciones educativas significativas con creatividad e innovación, con el fin de estimular a sus alumnos a alcanzar los resultados esperados”. Al mismo tiempo el modelo actual pretende hacer competente al estudiante y prepararlo para enfrentar las demandas actuales, así como propiciar en los docentes la educación continua, logrando fortalecer el vínculo docente- estudiante y que este tenga conocimientos significativos que vayan acorde a los diferentes contextos en que se desarrollará profesionalmente. Después de conocer un poco sobre el proceso histórico que ha presentado la educación, podemos deducir que estos cambios fueron de gran importancia para el desarrollo de la misma, sin embargo, se ven implícitos factores que influyeron de forma negativa como el factor económico y político, obteniendo un impacto inesperado.

El análisis histórico y comparativo de las reformas educativas ha ayudado a identificar la relación de estas con el contexto social, quedando claro que toda decisión educativa manifestada dentro de las Políticas Educativas ha sido tomada a partir de los intereses o necesidades gubernamentales, las cuales se mantienen por medio de una postura ideológica predominante en diferentes niveles (Palacio, 1998). A su vez, la carencia de sustento causó que la educación se viera afectada. Por todo lo anterior surge la necesidad de reestructurar el modelo educativo, ya que en el siglo XX hasta nuestros días se tuvo como metas importantes disminuir índices de analfabetismo y fortalecer la educación rural. La calidad de la educación depende del trabajo que desarrollen los docentes, para ello es importante trabajar en la actualización de los programas, con la finalidad de mejorar sus contenidos y que estos sean pertinentes ante al contexto real que la sociedad demanda.

A pesar de que diversos indicadores manifiestan de un descenso en la calidad de la enseñanza, en buena medida producido por las actitudes de inhibición y desconcierto que se extienden entre nuestros profesores y tal como se ha visto en los países de nuestro contexto, el continuo avance de las ciencias y la necesidad de incorporar nuevos contenidos de enseñanza, junto con la necesidad de adaptarse a los nuevos problemas de una sociedad marcada por la aceleración del cambio social, imponen una dinámica de renovación permanente, en la que los profesores tendrán que aceptar profundos cambios en la concepción y el desarrollo de su profesión. Por otro lado, la educación constituye para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1985) su principal actividad y las prioridades de la organización en este sentido son lograr la educación superior para todos adaptada a las necesidades del mundo actual, así como el pleno desarrollo de la educación superior. El Documento para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior, publicado en 1995, reconoce que pese al desarrollo sin precedentes y la creciente conciencia de su papel vital para el desarrollo económico y social, la educación superior se encuentra en un estado de crisis en casi todos los países del mundo. Ello es así dado que, si bien la matrícula ha crecido significativamente, la capacidad de financiamiento público continúa disminuyendo.

La propuesta de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES, 2004) en el actual contexto de la política pública en la educación, es para coadyuvar al desarrollo y consolidación del actual sistema de educación superior, parte del convencimiento de que éste necesita transformarse radicalmente para poder responder con oportunidad, equidad, eficiencia y calidad, al conjunto de demandas que le plantean tanto la sociedad mexicana como las transformaciones de los entornos nacional e internacional. Ubicándose desde luego en el contexto de una sociedad del conocimiento en pleno proceso de desarrollo, en la cual las exigencias educativas serán cada vez mayores no sólo en términos de los niveles de educación formal de la población sino de su educación durante toda la vida.

La Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS) hace suyo el planteamiento de la ANUIES, en donde indica *“la formación integral en el diseño de modelos educativos centrados en el aprendizaje y atendiendo las necesidades (emoción, intelecto afecto, razón, valores, actitudes y aptitudes)”*, la UAS ha ido reestructurando sus programas académicos con la finalidad de ofertar programas de calidad, cercano a los contextos reales propiciando que los estudiantes sean pensadores críticos capaces de resolver problemas sociales, culturales y laborales. Para lograr lo antes mencionado, es necesario enseñar con visión a una realidad enfocada a la compleja sociedad en la que nos desenvolvemos día a día, es importante brindar una educación que conduzca a enfrentar los desafíos actuales, que ayuden al estudiante a sobrellevar las tensiones y para lograrlo se requiere de una formación ética con aplicación de normas educativas, para una sociedad pluralista actual y hablar de ello no referimos a una sociedad con base a la diversidad cultural, étnica, ideológica y religiosa (Thompson, 2010).

El docente con vocación es capaz de generar conocimientos especializados en el estudiante; asentado bases a través de saberes; conduciendo hacia un desarrollo de competencias técnicas, esto nos dirige a la posibilidad de formar profesionistas y profesionales para enfrentarse a situaciones complejas en el desarrollo de su carrera y/o su profesión. Es importante que el estudiante con ayuda del docente descubra su potencial; a través de ello el educando pondrá en práctica su conocimiento, su experiencia, actitudes y valores; si se logra que el estudiante construya su conocimiento y amalgame estos elementos durante su formación; es ahí en donde estaremos formando profesionales que el día de mañana podrán atender las exigencias laborales de nuestro México. *“El futuro de la educación en México, plantea la necesidad de una reestructuración del sistema educativo a la luz de un reto que significa calidad de la educación, visto en la eficiencia y la equidad”* (Pescador, 2015). México ha promovido cada vez más un sistema educativo abierto y flexible, formando redes a nivel nacional e internacional, dirigido al desarrollo de competencias hacia un mundo que continuamente cambia; el principal objetivo debe ser formar profesionales de calidad, con prestigio y reconocimiento social; es por ello la importancia de apostar a las nuevas alfabetizaciones tecnológicas e idiomas, haciendo énfasis en la inclusión y la igualdad de oportunidades.

Modelos educativos

Es necesario recalcar que el docente debe conocer el modelo educativo, entre más conocimiento tenga de este, le permitirá crear una planeación didáctica y uso de herramientas y técnicas acorde a cumplir objetivos que tendrán un impacto favorable en la educación de los estudiantes. Teniendo en cuenta que un modelo educativo es una recopilación o síntesis de diversas teorías que logran reunir bases dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, buscando que estos den respuesta a las necesidades de la sociedad, estos han ido evolucionando, actualmente con la implementación del nuevo modelo educativo se pretende formar profesionales competentes, con sentido humano y capacidad para crear conocimiento, cada modelo educativo tiene validez, vigencia y utilidad conforme a la época histórica en que nos encontramos. A lo largo del tiempo y haciendo una revisión podemos destacar, múltiples modelos educativos que en su momento se realizaron porque iban en sentido a las necesidades de educación de la población, sin embargo, no se considera que exista una guía específica en donde se encuentre monopolizado dicho concepto, es por ello que se puede considerar como un concepto en construcción.

A pesar de que el modelo tradicionalista que imperaba en los diferentes niveles de educación actualmente no tiene gran impacto y no es favorecedor para los estudiantes debido a que es un modelo limitado, pues no incluye el avance científico ni de la tecnología, también se considera un modelo rígido, lineal, autoritario, poco flexible, mecanizado hasta cierto punto, debido a que no se propiciaba el pensamiento crítico en el estudiante, se pedía que memorizara en lugar de analizar, no se les permitía crear un vínculo entre la parte teórica y práctica. En contraste a lo anterior el modelo actual es bajo otra perspectiva y

acorde al avance que existe tanto científica como tecnológicamente, pretende formar profesionales que desarrollen habilidad, destrezas que se mantenga la concepción humanista, que sean críticos y reflexivos.

Actualmente nos desarrollamos en un entorno global en el que podemos decir que la educación es considerada como un importante activo e inversión, las universidades deben estar comprometidas con la sociedad, y a la vez contemplar sus necesidades haciendo alianza con ellos. Cabe señalar que el estudio de los problemas actuales de nuestro sistema educativo debe situarse, necesariamente, en el contexto de los profundos cambios sociales y educativos que se han vivido en las dos últimas décadas por tres razones bien precisas. Es necesario eliminar el desconcierto, si las circunstancias han cambiado, obligándonos a replantear el papel y los objetivos mismos de los sistemas de enseñanza, un análisis preciso de los principales indicadores de ese cambio nos permitirá clarificar la situación en la que nos encontramos y las dificultades a las que hemos de hacer frente, diseñando unas respuestas más adecuadas ante los nuevos interrogantes.

El estudio de la influencia del cambio social sobre la función docente puede servir como una llamada de atención a la sociedad, padres, medios de comunicación, y administraciones educativas, para que comprendan las nuevas dificultades a las que se enfrentan los profesores. También se puede señalar que un elemento importante en el sistema de enseñanza es la falta de apoyo, las críticas y el divisionismo de la sociedad respecto a la tarea educativa, intentando hacer del profesor el único responsable de los problemas de la enseñanza, que, en muchas ocasiones, son problemas sociales que requieren soluciones. Sólo a partir de una visión global de los nuevos problemas generados por la influencia de estos cambios, es posible diseñar unas pautas de intervención capaces de mejorar la calidad de los modelos educativos.

Uno de los criterios que se deben tomar en cuenta son los consensos y declaraciones mundiales en donde se promueve una formación apoyada de los 4 pilares de Delors, Aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser; esto ha implicado cambiar nuestra forma de trabajar, ha generado la ruptura de paradigmas, reflexionado que en nuestra forma de enseñar y educar; el pasado no responden a las necesidades actuales que tenemos en la educación y mucho menos a las que están por venir; no quiere decir que sea malo un modelo tradicionalista y/o modelo clásico, porque son las bases que nos han ido ayudando a transformar la educación con miradas hacia un modelo moderno; sin embargo esto solo será posible si tomamos conciencia, discutimos y redefinimos los ejes básicos que subyacen al actual modelo de educación (Aguerrondo, 1993).

Educación humanista

Durante el desarrollo de este capítulo se ha abordado el avance en educación, factores que influyen en el impacto de la misma, y el cambio en los modelos educativos haciendo referencia al tipo de formación en donde someramente se señala el mantener la concepción humanista, pero es necesario reflexionar en que nos enfrentamos los docentes para mantener la concepción dentro de la formación educativa. Por lo anterior, es necesaria una formación integral en donde se contemplen todas las cualidades personales, en dicho proceso intervienen factores educadores como la familia, docentes y las instituciones, pero el elemento central es el estudiante.

Hernández (1998) menciona que la educación tradicional es partidaria de la enseñanza directa y rígida, predeterminada por un currículo inflexible y centrado en el profesor. En contraste, nos refiere García que la educación humanista se define como de tipo indirecto, pues en ella el docente permite que los alumnos aprendan mientras impulsa y promueve todas las exploraciones, experiencias y proyectos que éstos preferentemente inicien o decidan emprender a fin de conseguir aprendizajes vivenciales con sentido. De

acuerdo con el paradigma humanista, los alumnos son entes individuales, únicos, diferentes de los demás; personas con iniciativa, con necesidades personales de crecer, con potencialidad para desarrollar actividades y para solucionar problemas creativamente.

Teniendo en cuenta que en el nivel universitario los docentes nos enfrentamos a muchos factores que nos limitan a brindar una educación bajo un enfoque humanista, que busca desarrollar en los educandos capacidad para tomar decisiones éticas, responsabilidad, pensamiento crítico ante las diferentes situaciones que se presentan en cada contexto y resulta un desafío para el docente debido a que los estudiantes ya tienen su carácter y creencias bien fundamentadas.

Contrastando lo que menciona Patiño (2012), indica que si se considera detenidamente la misión de la educación humanista en este ámbito, no es difícil imaginar que los docentes que quieran lograrlo tienen ante sí un reto gigantesco, al menos desde cinco aspectos fundamentales: 1) luchar contra los valores dominantes que privilegian los saberes especializados sobre la visión interdisciplinaria y de conjunto en el ámbito de la formación profesional, y el individualismo egoísta y competitivo en el ámbito laboral y social, 2) vencer las resistencias y prejuicios con los que los alumnos asisten a este tipo de cursos, 3) propiciar el desarrollo de una perspectiva crítica y reflexiva, 4) lograr que los estudiantes perciban que han aprendido algo valioso para su vida personal, 5) promover procesos de sensibilización y compromiso hacia las problemáticas sociales de México y el mundo.

Universidad Iberoamericana (UIA, 2003, p. 2), nos menciona la misión de una educación humanista: es proporcionar todos los recursos necesarios para que los alumnos que están cursando los distintos programas de licenciaturas, encuentren espacios de reflexión y autocrítica informada e inteligente, desde los cuales puedan confrontar sus propias concepciones acerca de sí mismos, de los demás y del entorno que les rodea y al que se incorporarán en su futura vida personal y profesional. A pesar que resulta un gran reto como ya lo mencionamos, debemos darle importancia para lograr una educación integral y por ende lograremos tener profesionistas que desarrollen más habilidades, destrezas y estén concientizados sobre las problemáticas y puedan actuar de una manera más asertiva y trascendental profesionalmente.

Es impredecible hablar de educación y dilucidar el concepto de valor al educando; no estamos hablando de una tarea sencilla, es una tarea difícil puesto que el mundo axiológico aún discute su naturaleza; sin embargo, de acuerdo con Cortina (1993) menciona que los valores más que moda, están presentes en la actualidad. Y de acuerdo con lo que menciona, los valores son inaplazables y el ser humano debe vivir con ello, son parte de nuestra vida cotidiana, son referencias a seguir es la orientación de cada persona y el sentido de vivir.

En este mundo globalizado existen múltiples problemas y uno de ellos se encuentra en el sector educativo, los docentes tenemos que fortalecer la parte formativa y el gran reto es educar con valores. En la actualidad, la UNESCO mantiene su compromiso con una visión holística y humanista de la educación de calidad en el mundo entero, trata de hacer realidad el derecho de cada persona a recibir enseñanza y sostiene el principio de que la educación desempeña una función esencial en el desarrollo humano, social y económico.

Por otro lado, es importante abordar a lo que hoy en día se le denomina el faro que ilumina la educación: la ética profesional, el docente a través de la enseñanza transmite valores como: responsabilidad, disciplina, amor, respeto, generosidad; de esta manera el docente ha tomado un papel importante en la vida del educando. La profesión del docente no solo se centra en terminar programas de estudio en lapsos de tiempo determinados, trimestrales, semestrales e incluso anuales; si no adaptar la enseñanza de

acuerdo al tipo de estudiantes, empoderarlos de lo que se quiere transmitir y de esta manera generar conocimientos significativos.

Asimismo, lograr la interacción entre docente-estudiante, estudiante-docente, es la labor más importante que se quiere alcanzar, va implícito el quehacer profesional y de acuerdo con la UNESCO en donde menciona, la indicación para el maestro siempre debe ir acompañada de la calidad. Por todo lo anterior es que resulta una paradoja hablar de humanismo y salud, ya que para la formación de profesionales en áreas de la salud, deberían contemplarse como elementos fundamentales para su formación y no verse como algo aislado, actualmente hemos caído en un proceso de deshumanización pues se ha desvinculado gradualmente la vida personal, creando vínculos neuróticos, poco confiables, que alteran los procesos de socialización y participación, es así que la salud es considerada de importancia para el desarrollo social y económico de una nación, en la época contemporánea no tenía gran impacto debido a que la salud no se considera recuperable, hablando económicamente.

Tenemos una deficiente visión dentro de este ámbito, tan importante, pues nos limitamos a concebir el cuidado como el proceso de salud- enfermedad. De lo anterior podemos deducir de aquí la importancia de lograr una formación integral en los estudiantes, trascender de forma que no tengan límites, que su perspectiva vaya más allá. En consecuencia, a lo anterior, surge la necesidad de este tipo de formación debido a que se están creando profesionales de la salud, por lo que es necesario propiciar en ellos una percepción del cuidado que no solamente consiste en ver a la persona como un todo, de manera holística y no solo limitarnos a cubrir necesidades básicas o atender una condición específica que pone en estado de vulnerabilidad a la persona.

Resulta de importancia revisar los conceptos básicos para comprender lo que es realmente el cuidado, pues es una pieza fundamental de la enfermería, Watson (2007) menciona: “Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

-Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. -Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento. La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud. -Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana”. De esta manera se puede lograr que los profesionales trasciendan a través del cuidado.

Por lo anterior mencionado podemos retomar lo que menciona Lipovetsky (2003), “La impartición de programas académicos en el campo de la salud está íntimamente ligada a una concepción ideológica, basada en el viejo modelo médico-paciente, caracterizado por una relación vertical de desventaja, con una postura que impide la participación activa de una de las partes (en este caso el paciente), promoviendo con ello la dependencia y la baja incursión en el campo del auto cuidado, por todo esto que hemos venido analizando ha sido la importancia de la evolución a través del tiempo del proceso educativo, mediante los modelos que se imparten a los educandos.

Alonso (2004), nos refiere que: “Al hablar de la participación pasiva, no necesariamente nos referimos al paciente: también puede ser el propio profesional de la salud quien se niega a sí mismo la oportunidad de

depositar en su experiencia un intercambio y una introspección de vivencias, que ayudarían de manera sistemática y gradual a la integración de “saberes”, más allá del campo clínico, que en su postura omnipotente concibe al otro como un organismo enfermo, descontextualizado, sin una visión histórica, que niega su parte activa y partícipe de su propia dirección en el mundo”. En contraste a esto si se retoma la educación en salud y se mejoran los procesos se evita lo que el autor menciona y se logra formar profesionales de salud más asertivos para atender los contextos y problemáticas que se le presenten.

Avances de educación en salud

Desde hace 100 años, diversos estudios sobre la educación de los profesionales de la salud, dieron lugar a reformas innovadoras, mediante la integración de la ciencia moderna a los currículos de las escuelas universitarias, las cuales reforzaron el conocimiento de los profesionales de la salud contribuyendo a duplicar la esperanza de vida durante el siglo XX. Sin embargo, la educación profesional en materia de salud no se ha desarrollado completamente, la aparición de nuevos retos incluyendo nuevos riesgos infecciosos, ambientales y conductuales que, en un momento de rápidas transiciones demográficas y epidemiológicas, amenazan la seguridad en salud de la población, por lo que resulta necesario y oportuno el diseño de nuevos planes educativos en materia de salud, en vista de las oportunidades de aprendizaje mutuo y de las soluciones conjuntas de estas problemáticas (Frenk *et al.*, 2015).

En la actualidad, con el perfeccionamiento de la educación superior en las áreas de la salud abarca nuevas reformas curriculares que resultan necesarias e indispensables, por los nuevos paradigmas que enfrentan la pedagogía contemporánea y otras ciencias vinculadas a la enseñanza. Es por ello que se están realizando cambios sustanciales en los programas y planes de estudios, dando particular atención a los problemas dominantes de salud, al aprendizaje significativo, la flexibilidad curricular, la incorporación de nuevas tecnologías y los nuevos valores éticos que se desean fortalecer en los profesionales (Vergara, Travieso & Crespo, 2014).

Los retos de la educación en el siglo XXI plantean la necesidad de un nuevo proceso educativo, fundamentado en los principios de excelencia, calidad y pertinencia, tomando en consideración el proceso educativo docente y el proceso de enseñanza, con todos sus componentes asociados considerándose como un sistema estrechamente vinculado con la actividad práctica del hombre, que condiciona sus posibilidades de conocer, comprender y transformar la realidad que lo circunda. Dicho proceso se perfecciona constantemente como una consecuencia obligada del quehacer cognoscitivo de la persona, con respecto al cual debe organizarse y dirigirse. En esencia, consiste en la actividad dirigida al proceso de obtención de los conocimientos y a su aplicación creadora en la práctica social (Urbina, 2015).

El modelo educativo para la formación de recursos humanos en salud que se desarrolla en otros países se basa en mayor medida en formar las competencias científica, tecnológica y humanista de sus estudiantes, inculcándoles un fuerte compromiso social, cuyo paradigma está en brindar a la sociedad un profesional formado de manera íntegra, profesionalmente competente, con preparación científica para aceptar los retos de la sociedad moderna y con un amplio desarrollo humanístico para vivir en la sociedad de esta época y servirla con sencillez y modestia, con los valores como pilar fundamental de su formación (Vidal & Fuentes, 2009).

Por tanto, es importante reconocer la relación existente entre Salud y Educación como dos vocaciones al servicio del desarrollo humano. La cual, permite observar un avance significativo hacia la atribución de una responsabilidad compartida para el logro de las metas de aprendizaje y autocuidado de las personas

y una clara tendencia hacia el reconocimiento del necesario protagonismo de sus principales beneficiarios (Lillo, 2014).

CONSIDERACIONES FINALES

Es necesario recalcar que el proceso educativo en el área de la salud, es también de carácter social, dado a la revisión nos dimos cuenta de la evolución que se ha dado a través del tiempo, considerando importante la formación de recursos humano como resultado a la atención de las necesidades de la sociedad.

Con respecto al primer punto, el proceso educativo debe desarrollarse bajo el sustento de modelos, siendo estos la clave fundamental para que el docente desde una dimensión interpersonal e institucional, haga un esfuerzo día con día en el desarrollo de programas, así como también la creación de planeaciones anuales que ayuden a la elaboración de plan de clase con sus respectivas estrategias de enseñanza-aprendizaje; esto permitirá brindar al educando una cátedra más clara con bases teóricas y científicas.

Asimismo, el proceso educativo en la actualidad debe dar respuesta a las exigencias, es decir a la tendencia global; dicho brevemente necesitamos docentes que colaboren con la formación de profesionistas en el área de la salud, que sean profesionales en su área laboral, es importante la creación de perfiles que sean útiles desde una perspectiva social prevaleciente, es conveniente subrayar la importancia de la creación cada vez de modelos de reforzamientos que atiendan a las demandas en contextos inmediata educativos y sociales.

Así, el sistema de educación superior deberá realizar un esfuerzo extraordinario para proporcionar una formación de calidad que deberá combinar en todas las carreras con elementos de índole humanista, científica y técnica. Ello requerirá hacer uso extraordinariamente eficiente de los recursos sociales dedicados a este nivel educativo, para atender una demanda de educación superior que mínimamente habrá de duplicarse en los próximos veinte años. Será necesario construir un sistema de educación superior de carácter abierto y flexible en el que todas las instituciones y sectores participantes puedan aportar, a la vez que recibir elementos valiosos para un funcionamiento más homogéneo del conjunto. Así, las características más notables de este sistema serán la cooperación intensa entre las instituciones, la movilidad de académicos y la educación centrada en el proceso de aprendizaje.

LITERATURA CITADA

- Alonso, C.J. (2004). Evolucionismo y Otros Mitos. *La Crisis del Paradigma Darwinista*. EUNSA, Pamplona.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES, 1999). Contexto de la Educación Superior. (29). Recuperado el 20 de septiembre de 2013, de Contexto de la Educación Superior: <http://dieumsnh.qfb.umich.mx/TRANSS/Contexto.htm#1>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*. 16(1): 9-16
- González, M.A., & Flores, G. (2016) El Modelo Educativo 2016: El Planteamiento Pedagógico de la Reforma Educativa. *Perfiles Educativos*. 38 (154).
- Lillo, V. (2014). Salud Y Educación: Dos Vocaciones Al Servicio De Los Derechos Humanos. *REV. MED. CLIN. CONDES*. 25(2): 357-362

- Olivera, M. (2009). Evolución Histórica de la Educación a través de los proyectos Nacionales: 1921-1999. *Sría. de Educación, Cultura y Bienestar Social del Estado de México*.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1998). Debate temático. La formación del personal de la Educación Superior: Una misión permanente. Conferencia Mundial sobre Educación Superior: *La Educación superior en el siglo XXI*.
- Palacio, G.V. (1998). La Política Educativa y la Reforma Integral de Educación Básica. Colombia, ECOE.
- Patiño, H.A.M. (2003) Educación Humanista en la Universidad²⁴ Lipovetsky G. *La Era del Vacío*. Barcelona: Anagrama.
- Patiño, H.A.M. (2012). Educación Humanista en la Universidad, Un Análisis de las Prácticas Docentes Efectivas. *IISUE-UNAM* 34 (136).
- Tyack, D. (2010). El Sistema Mejor y Único en un Microcosmos: Comunidad y Consolidación de la Educación Rural. Recuperado en: <http://seminariojemima.blogspot.mx/2010/01/el-sistema-mejor-y-unico-en-un.html>
- Universidad Iberoamericana (UIA, 2003). Fundamentación del Área de Reflexión Universitaria. México: versión mecanográfica.
- Urbina, O. (2015). La educación de posgrado en las universidades médicas cubanas. *Educación Médica Superior*. 29(2): 389-397
- Vergara, I., Travieso, N., Crespo, M. (2014). Dinámica del proceso enseñanza-aprendizaje de la Química en tecnología de la salud. *Educación Médica Superior*. 28(2): 272-281.
- Vidal, M. & Fuentes, Z. (2009). Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud. *Educación Médica Superior*. 23(1). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v23n1/ems04109.pdf>
- Watson, J. (2007). La Teoría del Cuidado Humano de Watson y Las Experiencias Subjetivas de Vida: Factores Caritativos/caritas Procesos Como Una Guía Disciplinar Para la Práctica Profesional de Enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 16(1): 129-135.

SÍNTESIS CURRICULAR

Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco

Maestra en Tecnología Educativa por la Universidad de Da Vinci. Profesora y coordinadora del programa B-Learning de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Email: ginneussi@gmail.com.

Lourdes Patricia Ortega Pippet

Maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Chihuahua. Profesora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis. Email: pattypipper@gmail.com

Luz Ester Verdugo Blanco

Maestra en Creatividad e Innovación Educativa. Directora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Email: luzester_1159@hotmail.com

Laura Elena Reyes Barribas

Maestra en Creatividad e Innovación Educativa por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Secretaría Académica de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Email: luarce2@gmail.com



ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

ANALYSIS OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF GENDER VIOLENCE

Lucía **Caudillo-Ortega**¹; María Teresa **Hernández-Ramos**² y María Luisa **Flores-Arias**³

¹Profesora e Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato. Fraccionamiento 1 s/n Col. El Establo, Guanajuato, Gto.

²Profesora e Investigadora de Universidad de Guanajuato, Directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: tita@ugto.mx. ³Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: luisanayo@hotmail.com

RESUMEN

La violencia de género es un problema de salud pública, social y de derechos humanos, que está presente a nivel mundial y se permea en todas las clases sociales, todos los niveles socioeconómicos, las edades. Aunque la violencia de género tiene serias consecuencias en la salud de las víctimas, pudiendo llegar hasta el homicidio o suicidio, sigue considerándose como un problema de espacios privados, sin embargo, deben generarse políticas que erradiquen el problema. La violencia de género tiene sus raíces en las desigualdades de género construidas a través del tiempo por la sociedad y perpetuadas por diversas estructuras de la misma. Es preciso analizar los determinantes sociales que influyen en la violencia de género para identificar las partes modificables de este problema. Se describe la violencia de género como salud pública y posteriormente cada uno de los determinantes sociales que influyen en el fenómeno de estudio y finalmente se dan algunas consideraciones finales del análisis.

Palabras clave: violencia, género, determinantes sociales, análisis.

SUMMARY

Gender violence is a public health, social and human right problem, which is present at the globally and is permeated in all social classes, all socioeconomic levels and ages. Although gender-based violence has serious consequences for the health of the victims, and may even lead to murder or suicide, it is still considered a problem of private spaces, however, policies must be generated to eradicate the problem. Gender violence has its roots in gender inequalities built over time by society and perpetuated by various structures of the same. It is necessary to analyze the social determinants that influence gender violence to identify the modifiable parts of this problem.

Gender violence is described as public health and then each of the social determinants that influence the phenomenon of study and finally give some final considerations of the analysis

Key words: violence, gender, social determinants, analysis.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género como problema de salud pública

La violencia de género es un problema de salud pública, que afecta a todas las poblaciones del mundo, todas las clases sociales, edades, ideologías políticas y religiosas, además tiene consecuencias negativas en la salud de las víctimas, así mismo constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres (Zamudio, Ayala & Arana, 2014). La violencia de género es un problema grave que afecta al individuo, la familia, la comunidad, los sistemas de salud (por los altos costos) y al Estado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Entre los problemas de salud que se derivan de la violencia de género se encuentran los de tipo físico, trastornos psicológicos y psicosomáticos, trastornos ginecológicos y daños a la salud reproductiva y riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida VIH (Heise, 1999).

La violencia de género tiene sus raíces en la desigualdad entre los géneros, es decir, en la construcción de los modelos de masculinidad y feminidad, así como en las relaciones sociales entre hombres y mujeres que implican la subordinación de estas últimas (Cuevas, Blanco, Juárez, Palma & Valdez, 2006). En la historia de la humanidad ha existido la desigualdad entre géneros y la violencia de género es vista como parte de la "normalidad" de las relaciones entre hombres y mujeres (Heisse, 1994).

Fue hasta el año 1967 que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que definió a la violencia como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". Existen diferentes tipos de violencia, como la violencia física, sexual y psicológica, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, incluidos el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.

Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. A nivel mundial la zona geográfica con un mayor porcentaje de violencia es Asia Sudoriental (37.7%), Mediterráneo Oriental (37%), África (36.6%), Américas (29.8%), Europa (25.4%), Pacífico Occidental (24.6%). Además de la violencia de pareja, el 7% de las mujeres refieren haber sufrido agresiones sexuales por parte de personas distintas de su pareja, aunque los datos al respecto son más limitados (OMS, 2016).

La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas en su mayoría por hombres contra mujeres y niñas. El abuso sexual infantil afecta a niños y niñas. En los estudios internacionales realizados, aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%-10% de los hombres refieren haber sido víctimas de violencia sexual en la infancia. La violencia entre los jóvenes, que incluye también la violencia de pareja, es otro gran problema (OMS, 2016).

Es preciso señalar que el desarrollo y mantenimiento de la violencia de género en la sociedad es el origen sociocultural dado que los comportamientos agresivos se encuentran institucionalizados, es decir, asentados en valores y prácticas que los dotan de justificación y aceptación; y normalizados de tal forma que se sabe quién, cómo y cuándo pueden o deben poner en acto formas de violencia, de suerte que se concretan en actuaciones o comportamientos que se imponen a los individuos dependiendo del rol y del lugar que asuman u ocupen, y por los que se ven impelidos a actuar de forma agresiva o aun a tolerar la propia victimización, al asumir que la violencia es una conducta ajustada a la posición o situación social en que se encuentre cada persona. Los factores sociales muestran como este problema de salud pública tiene sus raíces en una construcción social, en la organización social, cultural y económica de una sociedad, así como las normas y valores legales, religiosos y éticos vigentes (OMS, 2016).

El género aparece como una construcción cultural, el conjunto de propiedades y funciones que una sociedad atribuye a los individuos en virtud del sexo al que pertenecen, así el género es una categoría construida social, cultural e históricamente (Melero, 2010). Para comprender la violencia de género desde una perspectiva social, es necesario analizar los determinantes sociales que influyen, por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar los determinantes sociales en el nivel macro (raza, etnia, clase social, ocupación, educación, religión, cultura y sistemas de salud), intermedio (red social) y micro (estilos de vida, curso de vida, estrés y migración) en la violencia de género y la construcción social.

En conclusión, la violencia de género tiene sus raíces en la cultura y la sociedad, quien construye los roles de género de lo femenino y lo masculino y permite bajo diferentes estructuras sociales como la cultura, el estado, la iglesia, entre otras, la normalización de la violencia de género en sus diferentes formas, de esta forma las víctimas tienen poco acceso a las instancias legales por considerarla como parte de la dinámica familiar. La violencia de género produce consecuencias de naturaleza aguda y crónica que merman la calidad de vida de quienes la padece, desde palabras ofensivas, hasta situaciones graves como el homicidio o el suicidio, sin embargo, las víctimas son incapaces de reconocer la situación de alta vulnerabilidad en la que se encuentran. Es importante reconocer la gravedad de la violencia de género en la sociedad, dado que se presenta en todas las culturas, todas las clases sociales, niveles educativos y puede presentarse en espacio públicos como privados.

Determinantes sociales de la violencia de género

Nivel macro

La raza/etnia es necesario abordar la violencia de género en los grupos indígenas. Los grupos étnicos a nivel mundial son grupos vulnerables, marginados, excluidos cultural y socialmente, pero dentro de los grupos étnicos la condición de las mujeres indígenas es una situación especial, dado que las mujeres indígenas son las más pobres de los pobres, esto limita su acceso a la educación y a empleos bien remunerados, generalmente deben emplearse en el servicio doméstico, donde tienen una alta probabilidad de ser víctimas de violencia, física, psicológica, sexual y discriminación (Muñoz & Vázquez, 2010).

La violencia contra las mujeres indígenas se encuentra inmersa en una red de valores y poderes que se entrelazan para reforzar las estructuras tradicionales que la permiten, y que se reproduce debido al apego a una serie de tradiciones y costumbres, el seguimiento de preceptos morales y religiosos, así como por el desconocimiento de derechos (Mejía, 2010).

En el ámbito familiar y comunitario, es preciso reconocer que la violencia contra las mujeres indígenas tiende a justificarse por el respeto a los usos y costumbres, lo que conlleva a no denunciar y a atestiguar silenciosamente las violencias que sufren. Las propias mujeres indígenas han identificado que a nivel comunitario la expresión más clara de violencia es que las autoridades aún no reconocen la violencia contra ellas como problema público, o al menos no en todas sus modalidades (Sierra & Sieder, 2010).

En el ámbito institucional, se conjugan una serie de factores que obstaculizan el acceso de las mujeres a la justicia: la diferencia cultural, el monolingüismo, el desconocimiento de los procesos administrativos y legales, la falta de apoyo para el cuidado familiar, la escasez de recursos económicos y la lejanía (Mora, 2010).

Con respecto a la etnia las mujeres indígenas tienen una desventaja frente a las mujeres que no pertenecen a alguna etnia, llegan a recibir una triple discriminación por su condición de género, ser indígenas y además agregar que en muchas ocasiones son las más pobres entre los pobres, esto dificulta el denunciar algún tipo de agresión o violencia en cualquiera de sus formas; es preciso señalar que muchas de las mujeres indígenas solo hablan su lengua materna y al momento de hacer una denuncia esta es la principal barrera para solicitar apoyo legal.

Con respecto a la educación en la actualidad el 60% de la población considerada analfabeta está formada por mujeres. A nivel mundial, las niñas tienen menor acceso a la educación escolar que los niños (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2015). Esta situación coloca a las mujeres en desventaja

y es un factor para que las mujeres no busquen ayuda legal, en este sentido estudios han reportado que las mujeres sin instrucción educativa tenían dos veces más probabilidad de ser violentadas en comparación con aquellas que tenían estudios de nivel medio superior (González & Mora, 2014; Gómez, 2006), así mismo el incremento en el nivel educativo de la mujer influye en la reducción de la violencia intrafamiliar (Flake, 2005; Ghahari, Jafar, Mohammad, Atef, Hamidreza, Panaghi, *et al.*, 2009; Koenig, 2006; Morrison, Ellsberg & Bott, 2005).

En relación con la ocupación, la incorporación formal de la mujer al mercado laboral ha permitido flexibilizar la división social del trabajo, pero la responsabilidad de los quehaceres domésticos sigue recayendo principalmente en las mujeres, independientemente de su participación en el mercado laboral generando una doble carga laboral (Ortega, 2007). Esta situación genera tensión en las relaciones de la mujer por considerar que realiza actividades fuera de su rol tradicional como el cuidado de la casa y la crianza de los hijos, por actividades exclusivas de los hombres.

Es preciso señalar que las mujeres que laboran tienen un 32% de riesgo para sufrir violencia emocional en relación de quienes se dedican sólo a los quehaceres del hogar. Similar patrón se presenta para la violencia sexual, física y económica, con 29, 25 y 6 %, respectivamente (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2014). En muchas ocasiones las mujeres reciben menos porcentaje de salario que los hombres, aunque realicen el mismo trabajo, pudiendo ser hasta un 30% menos del monto o no se les permite acceder a los puestos directivos por estar reservados a los varones, aunque las mujeres tengan mayores habilidades (Lovera, 1995).

La ocupación es un determinante que influye en la violencia de género, dado que las mujeres tienden a trabajar una doble jornada laboral, en las labores domésticas y en el trabajo remunerado, generando situaciones estresantes dentro de la familia, por sentir que se descuida las actividades primarias del hogar; también las mujeres son discriminadas en los lugares de trabajo al considerar que no pueden realizar las mismas actividades que los hombres, por lo que llegan a recibir una remuneración menor en comparación a los hombres.

La religión es una estructura social que ha normalizado la violencia de género hacia la mujer (Tamayo, 2004). En América Latina la religión predominante es la católica, esta impone pureza, virginidad en las mujeres no permite las relaciones sexuales prematrimoniales en las mujeres, el sexo es solo para la procreación y se debe de tener a todos los hijos que Dios les dé, no permitiendo el placer sexual, esto provoca problemas sexuales y reproductivos en las mujeres, tales como embarazos con espacios intergenésicos cortos. Así mismo respalda la idea del “machismo”, donde las mujeres deben de ser sumisas y obedecer al patriarca de la familia sin cuestionar sus decisiones, mientras que los hombres son quienes deciden.

La religión mantiene la idea de la sumisión de las mujeres y dominio de los hombres, existen diversas religiones, donde no se permite que las mujeres muestren su rostro por respeto al patriarca de la familia. También a la mujer se le exige pureza y virginidad hasta el matrimonio, mientras que a los hombres se les permite tener una vida sexual libre y sin restricciones.

La cultura es el conjunto aprendido de tradiciones, creencias y estilos de vida socialmente adquiridos de los miembros de una sociedad, incluyendo los modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (Harris, Edlund & Larson, 2004). En este aspecto Johan Galtung distingue tres formas de violencia de género: estructural, cultural y directa. La violencia cultural es la que permite y justifica las distintas formas de violencia directa y estructural (Galtung, 1990).

La sociedad sustenta y reproduce la violencia de género, en relaciones de poder desiguales, es decir, poder económico, político, simbólico y social desigual entre hombres y mujeres. Y genera definiciones y roles aceptados por la sociedad, influenciados por los estereotipos, las identidades y expectativas sobre lo que se supone ser hombre y mujer (Lypovetski, 1999). La violencia de género implica las normas y las prohibiciones en cada sociedad respecto a sus integrantes, esto se traduce en la cultura patriarcal y la subjetividad social, generalizándolo a través de la familia, la escuela, las instituciones laborales y las religiosas (Vasallo, 1996).

La sociedad otorga ciertas etiquetas a las mujeres violentadas como “la dejada”, “la tonta”, “es débil”, “indefensa”, “dependiente”, “ella se lo busca”, “debe ser obediente”, en caso de una violación, “andaba de fácil”, “seguro ella lo provocó”, “ella se lo busco por ramera”. La sociedad es la principal estructura que perpetúa la violencia de género al mantener marcados estereotipos de género entre lo femenino y lo masculino y creando situaciones donde se justifica la violencia, por ejemplo, las mujeres que son víctimas de una violación sexual, tienden a ser revictimizadas y culpadas por la situación que vivieron.

El Sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud (OMS, 2005). Desde la perspectiva de salud pública, la violencia de pareja es un problema que ocasiona daño psicológico además del daño físico, así como discapacidad, secuelas y disminución de la calidad de vida (Campero, 1996). La demanda femenina de servicios médicos para la atención de lesiones o secuelas físicas, ocasionadas por violencia de la pareja masculina, es mínima, además se subestima el problema al existir registros insuficientes para conocer la magnitud del mismo (Hijar, 1997). Muchos de los estereotipos de género permean en los servicios de salud que reproducen las relaciones de poder y discriminación por género y refuerzan las normas sociales y morales, así como la doble moral sexual que da lugar al maltrato institucional que sufren muchas mujeres, o la minimización de la violencia de género.

Las barreras más comunes entre los prestadores de servicio de salud en relación a la violencia de género son las actitudes, las conductas de total indiferencia. Al respecto Sugg y colaboradores en 1996, refieren que algunas barreras para una adecuada atención a la violencia son la identificación cercana con las pacientes, el miedo a ofender, la falta de entrenamiento y la falta de tiempo. También es importante destacar de nuevo los aspectos culturales y sociales derivados del sistema de sexo-género dominante y de las representaciones sociales a él vinculadas y los factores de tipo político e institucional relacionados con la manera en que el problema es definido en el espacio público y tratado en el proceso del diseño de programas y políticas (Sagot & Carcedo, 2000). En muchas ocasiones las mujeres son doblemente victimizadas: por parte del abusador, y también por parte del personal de salud que las responsabiliza del maltrato sufrido.

En el sistema de salud permean deficiencias para la atención de las víctimas de violencia de género, las actitudes y creencias del personal de salud, la poca sensibilidad a temas de género de los servidores públicos, la falta de protocolos de atención especializados e instancias de atención. En conclusión, el nivel macro contiene las estructuras sociales permiten, perpetúan y mantienen la violencia de género como un aspecto normal de las relaciones de la pareja, la familia, incluso de la comunidad.

Nivel intermedio

La red social implica a la familia, pero las mujeres también reconfiguran su red de apoyo a personas ajenas a la familia quien proporciona entre otras cosas apoyo emocional (Lauritsen & Schauman, 2004). Las

mujeres tienden a recibir más las figuras femeninas madre, hermanas, primas y amigas (Estrada, Herrero & Rodríguez, 2012).

Es preciso señalar que las mujeres quienes no cuentan con apoyo social tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia de género (Coker, 2002; Coker, 2003). Así mismo las mujeres receptoras de violencia tienden a aislarse de la sociedad, de su familia, sus amigos, por vergüenza o por temor a hablar de la situación. Tal como lo refiere Agoff en el 2006, las mujeres víctimas de violencia suelen aislarse cada vez más del entorno social, especialmente para evitar explosiones de violencia causadas por los “celos” de la pareja y sufrir la violencia en un ámbito privado.

Se puede concluir que las mujeres que cuentan con una red social amplia, tienen menos probabilidad de ser violentadas. Así mismo las mujeres violentas llegan a reducir su red social debido a la dominación y el aislamiento ejercido por su agresor. La familia debe ser la principal fuente de apoyo social, sin embargo, en algunas ocasiones se recibe más apoyo de otras personas como los amigos. Para prevenir situaciones de violencia de género es importante fortalecer la red social de las víctimas.

Nivel micro

El curso de vida de una persona es determinante para su desarrollo a través del tiempo, respecto a la violencia de género, desde el embarazo la violencia tendrá influencia negativa en los niños, considerando que dependen emocional y afectivamente de sus padres, y que tienden a imitar los roles y las conductas que observan, debido a lo cual en el futuro pueden tener dificultades para establecer relaciones afectivas diferentes a las conocidas en su infancia (Cuevas & Castro, 2009), también es conocido que las personas responden de manera agresiva, dado que han sido víctimas desde la niñez de hechos concretos de violencia aprendiendo a responder de manera violenta ante eventos estresantes (Buvinic, Morrison, & Orlando, 2005; Esté-vez, Martínez, Moreno, & Musitu, 2006; Backett, 1995).

En su vida adulta los varones tienden a ser violentos y las niñas a ser mujeres golpeadas al crear conformismo, inseguridad, no percepción de las amenazas, estrés, afectación en la salud mental, permitiendo la perpetuación de la violencia (Jaffe, 1986). El ser testigos o víctimas de violencia es un predictor importante para ser agresor o víctima de violencia de género, además tal y como se ha mencionado anteriormente se reproduce de generación en generación como patrones de conducta aceptados y tolerados por la sociedad.

En conclusión, el curso de vida que tenga una persona puede predisponerlo a ser agresor o víctima de violencia de género, en este sentido desde el embarazo un ser humano puede convertirse en víctima de violencia, existe un alto porcentaje de mujeres violentadas durante el período de la gestación predisponiendo al producto a consecuencias adversas para su integridad. En la etapa de la niñez, un ambiente de violencia incrementa la probabilidad de repetir los patrones de comportamiento en la edad adulta, como agresor o como receptor de violencia.

Los estilos de vida son “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986). En relación a la violencia de género y los estilos de vida no saludables, estos potencializan el riesgo de violencia, como el consumo de alcohol y drogas asociado con conductas violentas. En las mujeres víctimas de violencia pueden generarse estilos de vida no saludables como comer en exceso, consumo de alcohol o tabaco, entre otros.

El estrés una condición biológica que permite la adaptación del organismo en situaciones de riesgo y de peligro al medio ambiente. Las víctimas de violencia de género tienden a presentar síntomas de estrés postraumático, como el temor, ansiedad, desvalorización, miedo, la ansiedad, van en aumento, aparecen sentimientos de incapacidad, dependencia al agresor, a su vez disminuye los mecanismos para enfrentar situaciones estresantes (Pinto, 2006), el estrés puede llevar a las mujeres a desarrollar enfermedades mentales como depresión y a intentos de suicidio. Por otro lado, los hombres con imposibilidad de afrontamiento a niveles de estrés tienen un mayor porcentaje de ejercer violencia (Echeburúa, Corral, Amor & Sarasúa, 1997).

La migración de la población femenina cada vez es más frecuente ya sea por acompañamiento de los varones, unificación familiar o por motivos económicos, sociales o en búsqueda de un mejor futuro (kauffer, 2012). Es importante destacar también que las mujeres migrantes generalmente sufren violencia sexual, consecuencia de esta violencia se encuentran las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o el VIH. También las mujeres migrantes pueden ser víctimas de explotación (violencia económica), trata de blancas o trabajo en condiciones de esclavitud (Suárez & Durand, 2014; Reina, & Ulloa, 2006).

La violencia de género como construcción social tiene sus raíces en la cultura, en cómo la sociedad ha desarrollado el concepto de género, en contraposición al de sexo. Las características relacionadas a lo femenino y lo masculino, no son fruto de la naturaleza, sino que son adquiridas a través de un complejo proceso de aprendizaje social e individual, es decir en el carácter cultural y no natural y biológico que toda sociedad establece entre hombres y mujeres (González, 2009). La diferenciación de género tiene una jerarquización social, así los roles, funciones y rasgos asociados a las mujeres son socialmente inferiorizados (Alberdi, 1999). Estas diferencias construidas por la sociedad han generado una brecha importante entre hombres y mujeres, produciendo que la violencia de género sea perpetuada a través del tiempo, sin embargo, es necesario destacar que muchos factores sociales influyen en el mantenimiento de la misma.

CONSIDERACIONES FINALES

La violencia de género es un problema de salud pública que tiene que ver con las relaciones de poder entre hombres y mujeres, donde se mantiene el patriarcado son las estrategias usadas por los hombres destinadas a obtener control, son similares a las usadas en la sociedad. Lo masculino es visto como lo más valioso, tanto en el ámbito privado como en el público, lo que le otorga a la masculinidad privilegios y beneficios sociales. Es por ello que las mujeres son vulnerables a ser receptoras de violencia de género, es importante conocer la construcción social de la violencia de género para generar intervenciones o programas sociales, incluyendo políticas aplicables para erradicarla, sin embargo, es necesario contextualizar el problema a nivel cultural y social.

LITERATURA CITADA

- Agoff, C., Rajsbaum, A. & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública México*, 48 (2):307-314.
- Alberdi, I. (1999). El significado del género en las ciencias sociales. *Política y Sociedad*, 32: 9- 21.
- Beckett, K. (1995). Media Depictions of Drug Abuse: The Impact of Official Sources. *Research in Political Sociology*, 7:161-82

- Buvinic, M; Orlando, M B; Morrison, A. (2005). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de Población*, 11: 167-214.
- Campero, L. (1996). Educación y salud de la mujer: Reflexiones desde una perspectiva de género. *Salud Pública México*, 38: 217-222
- Coker, A., L., Smith, P., Thompson, M., McKeown, R., Bethea, L. & Davis, K. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Womens Health and Gender Based Medicine*. 2002; 11:465-76.
- Coker, A., L., Watkins, K., W., Smith, P. & Brandt, H. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Prevention Medicine*, 3:259-67.
- Cuevas, M. & Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Behavioral Phychology*, 17 (2): 277-297.
- Cuevas, S., Blanco, J., Juárez, C., Palma, O. y Valdez S., R. (2006). Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México*, 48.
- Echeburúa, E., Corral, P, Amor, P., Sarasúa, B., & Zubizarreta, I. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23: 503-526.
- Estévez E, Herrero J, Martínez B y Musitu G (2006). Aggressive and non-aggressive 22 rejected students: An analysis of their differences. *Psychology in the Schools*, 43: 387-400.
- Estrada, C., Herrero, J. & Rodríguez, F. (2012). La red de apoyo en mujeres víctimas de violencia contra la pareja en el estado de Jalisco (México). *Universitas Psychologica*, 11(2), 523-534.
- Flake, D. (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women*, 11(3): 353-373.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lograr la enseñanza primaria universal.
- Galtung, J. (1990). Cultural Violence, *Journal of Peace Research*, 27 (3): 291-305.
- Ghahari, S., Jafar, B., Mohammad, K., Atef, V., Hamidreza, A., Panaghi, L., et al. (2009). Prevalence of spouse abuse, and evaluation of mental health status in female victims of spousal violence in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1), 50-56.
- Gómez, D., Vázquez, J., L., & Fernández, S. (2006). La violencia en las mujeres usuarias de los servicios en el IMSS y la SSA. *Salud Pública de México*, 48 (2).
- González, F. & Mora, B. (2014). Características de la violencia de género en la Universidad de Valencia, *Escritos de Psicología*, 7 (2).
- González, R., M. (2009). Estudios de Género en educación: una rápida mirada. *Revista mexicana de investigación educativa*, 14(42), 681-699.
- Harris, K., Edlund, M., & Larson, S. (2006). Religious Involvement and the Use of Mental Health Care. *Health Research and Educational Trust*, 41 (2).
- Heise, Lori (1994). *Violencia contra la mujer. La cara oculta de la salud*, Washington,
- Hijar, M., López, M., V. & Blanco, J. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública de México*, 39: 565-572.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2014). Estadísticas de violencia contra las mujeres en México. Disponible en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota.pdf>
- Jaffe, P., Wolfe, D. & Wilson, S. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56: 142-146.
- Kauffer, E. (2012). Entre vulnerabilidad, reproducción de la subordinación y cambios alentadores: género y migración de tres flujos de la frontera sur de México. *Género y migración. El Colegio de la Frontera Sur*, 67-92.
- Koenig, M., A. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in north India. *American Journal of Public Health*, 96(1):132–138.

- Lauritsen, J. & Schauman, R. (2004). The social ecology violence against woman. *Criminology*, 42(2): 323-357.
- Lipovetski, G. (1999). *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*, Barcelona, Anagrama.
- Lovera, S. (1995). Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Carpeta para periodistas. CIMAC, México.
- Melero, N. (2010). Reivindicar la igualdad de mujeres y hombres en la sociedad: una aproximación al concepto de género. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 11: 73-83.
- Mora, A., R. (2010), *Violencia y desigualdad de género en el aula. Del contrato sexual al contrato escolar. Decisio*, 37-41.
- Morrison, A., Ellsberg, M., & Bott, S. (2005). *Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones*. Banco Mundial, PATH.
- Muñoz, C. & Vázquez, V. (2013). Género, etnia y violencia en Ayutla, Oaxaca. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, 20, 62.
- Mejía, S. (2010). Mujer indígena y violencia: entre esencialismos y racismos. *Revista México Indígena*, 5.
- Organización Mundial de la Salud (1986) *Capítulo Promoción para la Salud*. Geneva, 1986.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe sobre la Salud en el Mundo: Sistemas de Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Violencia contra la mujer*. Centro de Prensa.
- Ortega, P., A. (2007). Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud Pública de México*, 49 (5).
- Pinto, N. (2006). Repercusiones de la Violencia Basada en Género sobre la Salud de las Mujeres. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52 (1): 8-14.
- Programa Mujer, Salud y Desarrollo-Organización Panamericana de la Salud (OPM).
- Reina, R., & Ulloa, J. (2006). Algunos aspectos socioculturales de la inmigración haitiana hacia la República Dominicana. *Ciencia y Sociedad*, 31(1): 64-124.
- Sagot, M. & Carcedo, A. (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud.
- Sierra, T., & Sieder, R. (2010), *Acceso a la Justicia para las mujeres indígenas en América Latina*. Bergen, Noruega: Chr. Michelsen Institute.
- Suárez, M. & Durand, C. (2014). Migración femenina indígena y la violencia de género (Algunos estudios de caso en Oaxaca, México). *Revista Jurídica de los Derechos Sociales*, 4 (2).
- Sugg, N., K., Thompson, R., S., Thompson, D., Maiuro, R., Rivara, F. (1999). Domestic violence and primary care: Attitudes, practices, and beliefs. *Archives Family Medicine*, 8:301-306.
- Tamayo, J., J. (2004). *Nuevo paradigma teológico*, Trotta, Madrid.
- Vasallo, N. (1996). *El género un análisis de la naturalización de las desigualdades*. Cátedra de la Mujer. Universidad de la Habana.
- Zamudio Sánchez, F.J., Ayala Carrillo, M del R. & Arana Ovalle, R.I. (2014). Mujeres y hombres: Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios sociales*, 22 (44): 251-279.

SÍNTESIS CURRICULAR

Lucía Caudillo Ortega

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: lucia.caudillo@ugto.mx

María Teresa Hernández-Ramos

Doctora en Ciencias Médicas, Profesora e Investigadora de Universidad de Guanajuato, Directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: tita@ugto.mx

María Luisa Flores-Arias

Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, Línea de investigación Sexualidad, reproducción y anticoncepción. Email: luisanayo@hotmail.com



COMPOSICIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES ADULTAS

COMPOSITION AND PERCEPTION OF BODY IMAGE IN ADULT WOMEN

Fabiola Elizabeth **Soto-Montero**¹; Milton Carlos **Guevara-Valtier**² y Carolina **Valdez-Montero**³

¹Maestra en Ciencias en Salud Pública, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, México, fabiolaemontero@gmail.com. ²Doctor en Educación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ³Doctora en Ciencias de Enfermería, Escuela Superior de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

RESUMEN

El propósito del estudio fue describir la composición y percepción de la imagen corporal de mujeres adultas. Participaron 300 mujeres de 35 a 59 años de edad. Se utilizó el muestreo por conveniencia. Se aplicó una cédula de datos personales, el Índice de Masa Corporal y el Cuestionario de Percepción de la Imagen Corporal. El estudio demostró que el 36.3% tenían sobre peso y el 41.3% algún tipo de obesidad. Respecto a la percepción, el 16.7% se percibió en obesidad, mientras que el 12% sobreestimó su condición con relación al IMC real, es decir, un 48% percibió tener sobrepeso. El 85% de las participantes desea ubicarse en un IMC normal y tan solo el 22.3% presentó esta condición con respecto a su IMC real. Para futuros estudios se recomienda incluir variables psicológicas que permita identificar causas potenciales del sobrepeso y obesidad de las mujeres.

Palabras claves: sobrepeso, obesidad, imagen corporal, mujer.

SUMMARY

The purpose of the study was to describe the composition and perception of body image in adult women. 300 women participated from 35 to 59 years of age. A convenience Sampling was used. Sociodemographic data was used, body mass index and body image perception questionnaire. The study showed that 36.3% on weight and 41.3% some type of obesity. Regarding perception, 16.7% was perceived in obesity, while 12% overestimated their condition in relation to the actual BMI, that is, 48% perceived to be overweight. 85% of the participants wanted to be placed in a normal BMI and only 22.3% presented this condition with respect to their actual BMI. For future studies it is recommended to include psychological variables to identify potential causes of overweight and obesity in women.

Key words: overweight, obesity, body image, woman.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad se encuentran caracterizados por un acumulo excesivo de grasa que puede traer consigo consecuencias adversas para la salud (Norma Oficial Mexicana [NOM-008-SSA3], 2010). El exceso de peso en mujeres adultas representa un problema de salud pública en México debido a su magnitud y trascendencia, ya que de acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014, en el mundo existían más de 1900 millones de adultos con sobrepeso, mismos que, de ellos, más de 600 millones padecían obesidad, en general, existe un mayor número de personas con obesidad que con peso inferior al normal (OMS, 2014).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2016) entre 2012 y 2016 se ha mostrado un aumento significativo con respecto al sobrepeso y obesidad en las mujeres adultas de México entre con 70.5 y 73% respectivamente, lo que representa que 7 de cada 10 mujeres padecen esta condición, resultando un problema de salud importante al tratarse de un factor de riesgo que incrementa las probabilidades de desarrollar comorbilidades como Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedades Cardiovasculares, entre otras ([NOM-008-SSA3], 2010). Las causas del sobrepeso y la obesidad pueden ser

múltiples, sin embargo, la más representativa se debe a un desequilibrio entre las calorías de la ingesta y las que se gastan, otro componente que juega un papel importante es el genético, sin embargo, la prevalencia de la epidemia de sobrepeso y obesidad ha aumentado dramáticamente en los últimos años debido a factores ambientales en su mayor proporción (Ravussin & Bogardus, 2000).

Un indicador que es de utilidad para medir el sobrepeso y/o obesidad, es el Índice de Masa Corporal (IMC), mismo que se calcula dividiendo peso al cuadrado de la talla en metros (kg/m^2), donde un IMC igual o superior a 25 representa sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 representa obesidad. Otro componente importante se trata de la composición corporal, el cual puede definirse como el fraccionamiento del peso corporal en compartimentos (Berral *et al.*, 2001).

La valoración de la masa magra (MG), masa libre de grasa (MLG), y agua corporal (ACT), da apertura a una adecuada caracterización de la composición corporal, en conjunto con la temprana asociación de posibles riesgos de enfermedades crónicas. En la actualidad, el entorno se encuentra designado como generador de obesidad, la susceptibilidad al aumento de peso y al sobrepeso se puede entender en varios niveles, que van desde el nivel genético, fisiológico, metabólico, hasta al comportamiento y el psicológico (Blundell *et al.*, 2005), por lo que otro rubro importante es la autoimagen, misma que se encuentra definida como un constructo complejo que abarca la percepción que uno mismo tiene sobre su cuerpo, así como cada una de sus partes, tomando en cuenta el movimiento y límites del mismo, incluyendo la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones (Raich, 2000), en ocasiones la autoimagen puede verse distorsionada debido a una alteración sobre la propia imagen corporal con respecto a la estimación del tamaño real que se tiene, y que se forma en la mente, y que no necesariamente coincide con el cuerpo (Bobadilla y López, 2013; Velázquez, et al 2014). Por lo anterior se plantea el objetivo describir la composición y percepción de la imagen corporal de mujeres adultas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo, debido a que se describen los datos sociodemográficos, la composición y la percepción corporal de las participantes.

Población, Muestra y Muestreo

La población del presente estudio se conformó por 300 mujeres pertenecientes al norte de México que acudieron a consulta en una unidad de medicina familiar del municipio de Monterrey y Ahome. El tamaño de muestra se realizó en el programa Epidat 4.1 con un nivel de confianza del 95%, y una potencia del 90%. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

Mujeres de 35 a 59 años de edad.

Criterios de exclusión

Mujeres que se encontraran embarazadas, en etapa de puerperio, que no desearan participar en el estudio o firmar el consentimiento informado.

Instrumentos de Medición

En este apartado se describe el instrumento que se utilizó para la colecta de los datos, mismo que está conformado por la cédula de datos personales y el Índice de Masa Corporal y Percepción de la Imagen Corporal (Osuna-Hernández, 2006).

Cédula de datos personales

Se aplicaron 11 preguntas para los datos sociodemográficos de las participantes, donde se consideró el sexo, la edad, nivel de escolaridad, estado civil, número de hijos y antecedentes de patologías crónicas.

Índice de Masa Corporal y Percepción de la Imagen Corporal (Osuna-Hernández, 2006)

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consiste en mostrar 9 figuras de siluetas corporales de mujeres basadas en las escalas del IMC establecidas por la OMS, el instrumento consiste en marcar con una "P" la silueta que representa la imagen corporal percibida y posteriormente marcar con una "D" la silueta que representa la deseada.

Las siluetas 1, 2 y 3, representan un IMC de <25 lo que indica normalidad, mientras que las siluetas 4, 5 y 6, tiene un IMC de 25-30 lo que indica sobrepeso, y por ultimo las siluetas 7,8 y 9 representan un $IMC \geq 30$ indicando obesidad.

Procedimientos de recolección de la información

Para realizar la presente investigación se solicitó autorización de los Comités de Ética e Investigación de la FaSPyN de la UANL, así como de las autoridades de la Institución de donde se obtuvo la muestra. El llenado de instrumentos se realizó en un cuarto independiente para mayor privacidad con previa autorización para su uso, los instrumentos fueron auto aplicados en papel y lápiz, y posteriormente se les tomaron medidas antropométricas de peso, porcentaje de grasa y músculo por medio de bioimpedancia con una báscula Seca Sensa 804 y la talla e índice cintura cadera con una cinta métrica Seca 201. Al terminar el llenado de los instrumentos se resguardaron en un sobre por el investigador de manera confidencial y anónima. A las participantes se les otorgó un folleto informativo.

Consideraciones Éticas

Con el objetivo de mantener los principios éticos el presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados: el Capítulo I, Disposiciones Comunes, Artículo 13, Artículo 14, fracción V, VI y VII, Artículo 21, fracción VIII, Artículo 20, 21, fracción I, VII y VIII.

Métodos Estadísticos

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para Windows®. Se utilizó estadística descriptiva como medias, desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Estadística descriptiva de datos personales

La media de edad reportada por las participantes fue de 43.87 años ($DE= 6.8$), la mayoría tenían entre 35 y 45 años (63.7%), eran casadas (59.3%) y la mayoría de las participantes (25%) reportó tener secundaria completa (*Cuadro 1*).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las participantes

Características	f	%
Edad		
35-45	191	63.7
46-59	109	36.3
Estado Civil		
Soltera	27	9.0
Casada	178	59.3
Separada/Divorciada	30	10.0
Viuda	11	3.7
Unión Libre	54	18.0
Escolaridad		
Primaria Completa	42	14.0
Primaria Incompleta	22	7.3
Secundaria Completa	75	25.0
Secundaria Incompleta	6	2.0
Preparatoria Completa	24	8.0
Preparatoria Incompleta	12	4.0
Carrera Profesional	60	20.0
Carrera Técnica	32	10.7
Carrera Incompleta	14	4.7
Posgrado	13	4.3

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos, f = frecuencia; %= porcentaje, $n= 300$

Respecto a las características clínicas de las participantes, en el *Cuadro 2* se muestra que los antecedentes clínicos más prevalentes en las mujeres fueron hipertensión (13.7%) y diabetes (10.7%).

Cuadro 2. Características clínicas de las participantes

Antecedentes clínicos	Si		No	
	F	%	f	%
Personales patológicos				
Diabetes	32	10.7	268	89.3
Hipotiroidismo	3	1.0	297	99.0
Hipertiroidismo	11	3.7	289	96.3
Hipertensión	41	13.7	259	86.3
Osteoporosis	3	1.0	297	99.0

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, $n= 300$

En el *Cuadro 3* se presenta el porcentaje de prevalencia del IMC, identificando que la principal categoría de IMC fue el sobrepeso con un 36.3%, este valor fue precedido por las mujeres con obesidad I (26.3%).

Cuadro 3. Porcentaje de prevalencia del IMC

Categoría	f	%
Bajo Peso	1	.3
Normal	66	22
Sobrepeso	109	36.3
Obesidad I	79	26.3
Obesidad II	31	10.3
Obesidad Mórbida	14	4.7
Total	300	100

Fuente: Cédula de datos antropométricos, IMC= índice de masa corporal, $n= 300$

Respecto a la percepción de la imagen corporal, en el *Cuadro 4* se muestra la comparación entre el IMC real y el percibido, donde se puede destacar que el 16.7% se percibió en obesidad, el 36.3% presentó sobrepeso, mientras que el 12% sobreestimó su condición con relación al IMC real, es decir, un 48% percibió tener sobrepeso, un 85% desea ubicarse en un IMC normal y tan solo el 22.3% presentó esta condición con respecto a su IMC real.

Cuadro 4. IMC, imagen corporal actual y deseada

Categoría	IMC		Autoimagen Actual		Autoimagen Deseada	
	F	%	F	%	f	%
Normal	67	22.3	105	35	257	85.7
Sobrepeso	109	36.3	145	48.3	41	13.6
Obesidad	124	41.4	50	16.7	2	0.6
Total	300	100	300	100	300	100

Fuente: Cédula de datos antropométricos, IMC= índice de masa corporal, $n= 300$

DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue describir la composición y percepción de la imagen corporal de mujeres adultas. La muestra de estudio se caracterizó por ser en su totalidad del sexo femenino, de forma general la mayoría de las participantes presentaron sobrepeso y obesidad de acuerdo a su IMC y distorsión en su imagen corporal.

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo, se encontró que la mayoría de las mujeres tuvieron un IMC más elevado al normal, ya que la mayoría de las mujeres (77%) padecían sobrepeso u obesidad de acuerdo a su IMC, cifras que coinciden con la ENSANUT (2012), quienes encontraron una incidencia del 75.6% de Sobrepeso y obesidad en mujeres adultas a nivel nacional, y un 74.3% a nivel local en el estado de Nuevo León.

Con respecto a la autoimagen se encontró que las mujeres se percibían en un peso más bajo del que en realidad tenían al igual que en el estudio de Rodríguez, Carballo, Falcón, Arias y Puig (2010), donde relacionaron la percepción de la imagen corporal con el IMC identificando que las mujeres que tenían sobrepeso u obesidad se percibían en peso normal, similitudes que pueden atribuirse a que las características sociodemográficas de ambos estudios son afines, en lo que respecta al estado civil, el país en donde se llevó a cabo y la escolaridad que puede representar un factor importante ya que la mayoría

únicamente tenía la secundaria terminada, lo que puede desencadenar que las mujeres se sientan menos valiosas por no tener una preparación profesional.

Por otra parte con respecto a la edad de las participantes es importante señalar que todas se encontraban en edad adulta, etapa en donde la mayoría de las mismas experimentan diversos cambios a causa de un decline hormonal o el inicio del climaterio/menopausia, Casamadrid (1998) señala en su estudio que es fundamental que la mujer realice ajustes psicológicos con la finalidad de mantener su equilibrio emocional, ya que puede verse afectado por situaciones como lo son la pérdida de características femeninas que son valoradas por la sociedad, en conjunto con el favorecimiento de acumulo de grasa corporal, lo que puede afectar la salud física y psicológica de la mujer (Sánchez, 1996) tomando en cuenta que la sociedad actual tiene exigencias sobre el modelo estético, mismo que supone que debe encontrarse en una extrema delgadez.

Por lo anterior, se puede concluir que el estado civil de la mayoría de las participantes fue casada, mientras que la escolaridad que de las participantes que predominó fue secundaria completa, la mayoría de las mujeres tuvieron sobrepeso y obesidad de acuerdo a su IMC real. De las mujeres que se percibían en la actualidad en obesidad, deseaban mejorar su percepción, es decir, reducir su IMC a sobrepeso y eventualmente a peso normal.

Para futuros estudios se recomienda incluir variables psicológicas y del contexto social que permitan dar una explicación del fenómeno y poder profundizar en la problemática para poder desarrollar intervenciones efectivas específicas en la mujer para disminuir riesgos de obesidad, sobrepeso e incluso trastornos alimenticios, como lo es anorexia y bulimia. A su vez, ampliar las variables que expliquen el proceso del desarrollo de la mujer adulta o en etapa de climaterio, como lo es el decline hormonal y conocer las afecciones en proceso alimenticio.

LITERATURA CITADA

- Blundell, J., Stubbs, R, Golding, C., Croden, F., Alam, R., Whybrow, S., Le Noury, I. & Lawton, C. (2005). Resistance and susceptibility to weight gain: individual variability in response to a high fat diet. *Physiology and Behavior*, 86, pp. 614–622.
- Bobadilla, S., y López, A. (2014). Distorsión de Imagen Corporal Percibida e Imaginada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 52(4):408-14
- Casamadrid, (1998). Aspectos Psicológicos en Carranza. Atención integral del climaterio. *Me Graw- Hill, Interamericana*, 157-158.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT, 2017). Aumenta Sobrepeso y Obesidad en Mujeres Adultas. Disponible en <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/17719-aumenta-sobrepeso-obesidad-mujeres-mexicanas>
- Diario Oficial de la Federación (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
- Encuesta Nacional de Salud Pública y Nutrición, (ENSANUT, 2012). Resultados por Entidad Federativa. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/informes/NuevoLeon-OCT.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). Obesidad y Sobrepeso. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Oviedo, G., Marcano, M., Morón de Salim, A., & Solano, L.. (2007). Overweight and associated pathologies in adult women. *Nutrición Hospitalaria*, 22(3), 358-362. Disponible en

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000400010&lng=es&tlng=es

- Osuna, Ramírez., Hernández, P., Campuzano, J. & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autoreporte. *Salud Pública de México*, 48(2), 94-103. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342006000200003&lng=es&tlng=es
- Raich., E. (2001). Imagen corporal conocer y valorar el propio cuerpo. *Pirámide*, 24-25.
- Ravussin, E., y Bogardus, C. (2000). Energy balance and weight regulation: Genetics versus environment. *British Journal of Nutrition*, 83, pp. 177–220.
- Rodríguez, G., Carballo, G., Falcón, C., Arias, F., y Puig, N. (2010). Autopercepción de la Imagen Corporal en Mujeres y su Correlación con el Índice de Masa Corporal. *Medicina Universitaria*, 12 (46), 29-32.
- Sánchez-Cánovas., J. (1996). *Menopausia y Salud*. Barcelona, España: Ariel.
- Velázquez, L., & Vázquez, A. (2014). Psychometric properties of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 107(3), 107-114.

SÍNTESIS CURRICULAR

Fabiola Elizabeth Soto Montero

Maestra en Ciencias en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN). Correo electrónico: fabiolaemontero@gmail.com.

Milton Carlos Guevara Valtier

Doctor en educación por la Universidad José Martí de Latinoamérica. Jefe de Servicios Académicos para el Aprendizaje del Profesor y del Estudiante. Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Enfermería (FAEN). Líneas de Investigación “Autocuidado en diabetes mellitus y situaciones de riesgo Tecnologías aplicadas al cuidado humano”. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), CONACYT-México. Correo electrónico: carlos_valtier7@hotmail.com.

Carolina Valdez Montero

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-I), CONACYT-México. Correo electrónico: carolina.valdez@uas.edu.mx.



LA OBESIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SU ASISTENCIA AL CONTROL NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL GINECO-PEDIÁTRICO DE LOS MOCHIS

THE OBESITY OF PREGNANT WOMEN AND THEIR ASSISTANCE TO NUTRITIONAL CONTROL IN THE GINECO-PEDIATRIC HOSPITAL OF LOS MOCHIS

Yesenia Palazuelos-Paredes¹; Ernesto Guerra-García² y Lluvia Magally Ibarra-Robles³

¹Licenciada en Nutrición por la Universidad del Valle del Fuerte. Correo electrónico: yeseniapalazuelos@hotmail.com. ²Doctor en Enseñanza Superior por el Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos. Correo electrónico: drguerragarcia@gmail.com.

³Maestra en Ciencias en Ingeniería Industrial por el Instituto Tecnológico de Hermosillo. Correo electrónico: magaly_ir@yahoo.com.mx

RESUMEN

Se presentan los resultados de la investigación sobre la obesidad pre y post gestacional de las mujeres embarazadas en relación a su asistencia – inasistencia al control nutricional en el Hospital Gineco – Pediátrico de Los Mochis, durante el primer semestre de 2017. Mediante un método comparativo y técnicas estadísticas de pruebas de hipótesis, en especial análisis de varianza y pruebas t, se encontró que existe una diferencia significativa entre las madres que van a consulta nutricional y las que no lo hacen. Las que no asistieron obtuvieron una diferencia promedio de IMC de 4.9 kg/m², mientras que las que lo hicieron presentaron una diferencia de 3.1 kg/m². Esto no quiere decir que todas las que fueron a consulta nutricional lograron controlar su peso y viceversa, no todas las que madres que no fueron terminaron con mayor obesidad. Tampoco se pudo observar claramente si las madres que fueron a consulta cambiaron de nivel de obesidad pre y post parto.

También se encontró que no existe diferencia significativa entre las madres urbanas y aquellas que viven en el medio rural, tampoco entre las que son amas de casa y las que trabajan, pero si hay diferencias en los resultados entre las madres con un nivel medio superior y superior y aquellas que no tienen estudios superiores a los de secundaria.

Palabras clave: maternidad, instituciones, políticas públicas, salud, obesidad.

SUMMARY

We present the results of the research on pre and post gestational obesity of pregnant women in relation to their attendance - lack of attendance at nutritional control at the Gyneco - Pediatric Hospital of Los Mochis, during the first semester of 2017. Through a comparative and statistical techniques of hypothesis testing, especially analysis of variance and t tests, found that there is a significant difference between mothers going to nutritional consultation and those who do not. Those that did not attend obtained an average difference of BMI of 4.9 kg / m², whereas those that did present a difference of 3.1 kg / m². This is not to say that all those who went to nutritional consultation managed to control their weight and vice versa, not all mothers who were not ended with greater obesity. Nor could it be clearly seen if the mothers who went to the consultation changed their level of pre and postpartum obesity.

It was also found that there is no significant difference between urban mothers and those living in the rural areas, nor between those who are housewives and those who work, but if there are differences in results between mothers with a higher average level and higher education and those who do not have higher education than secondary school.

Key words: motherhood, institutions, public policies, health, obesity.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en México, que en términos generales, se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2010). Se calcula que en el mundo hay más de 300 millones de adultos obesos y 750 millones con sobrepeso.

En México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016), alrededor de 70% (66.7% en varones y 71.9% en mujeres) de la población mexicana adulta padece sobrepeso u obesidad. Factores genéticos, ambientales, nutricios y de actividad física, son la etiología de este padecimiento; quien lo padece tiene mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas en la vesícula biliar, gota, enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, además de otras enfermedades, trastornos y complicaciones en mujeres embarazadas, como hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, diabetes gestacional, apnea obstructiva del sueño, infecciones urinarias, complicaciones del parto como: feto voluminoso, parto prolongado, distocia de hombros, dificultades con la anestesia, entre otros riesgos.

La obesidad de la madre durante el embarazo, genera mayor susceptibilidad a complicaciones fetales y del recién nacido como macrosomía fetal, lesiones fetales durante el parto o la cesárea, trastornos metabólicos del recién nacido, hipoglicemia y dificultad respiratoria del recién nacido (Grandia, Maccaroneb y Luchtenbergc, 2012).

La obesidad tiene un importante impacto negativo en la salud reproductiva de la mujer; en efecto, influye en la concepción, con un incremento en la tasa de abortos, en el embarazo, parto y puerperio, con un mayor número de complicaciones materno-fetales, e influye de forma muy negativa a largo plazo, tanto en la salud materna como en la neonatal, por la frecuente asociación con el síndrome metabólico.

Las recomendaciones nutrimentales durante el embarazo constituyen un factor de vital importancia para la correcta formación y crecimiento del bebé. Durante el embarazo, es indispensable que la mujer reciba una dieta que asegure la preservación de la salud de la madre-feto, así como el óptimo crecimiento y desarrollo fetal.

El control nutricional es un factor clave para corregir el problema de obesidad, sin embargo, explicar lo que sucede en la salud en general va más allá de los aspectos médicos. En el caso específico del embarazo se reconoce que:

La salud materno - perinatal guarda una relación estrecha con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, religiosos, políticos, demográficos, edad, nivel educativo, económicos y ambientales (Moya-Plata, Guiza Salazar y Mora Merchán, 2010, p. 45).

A pesar de que la nutrición como disciplina puede ofrecer esquemas de control y de reducción de peso en las mujeres embarazadas, la importancia que ellas le dan a las consultas nutricionales puede ser determinante en los resultados.

Se ha observado, a inicios de 2017, en el Hospital Gineco-Pediátrico No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Los Mochis Sinaloa, un aumento considerable de mujeres que inician su embarazo con un peso por encima del recomendable que en su mayoría, no son canalizadas al departamento de nutrición, lo que aumenta la probabilidad de que no lleven un control en su alimentación, y en consecuencia, adquieran los riesgos de la obesidad. A esto, se suma otro grupo probable de mujeres que no inician con obesidad, ni llevan control nutricional, pero que durante la gestación, obtienen una ganancia de peso por encima del recomendado.

Otro grupo, con y sin sobrepeso al inicio del embarazo, tiene la posibilidad de asistir a la consulta nutricional y seguir o no las indicaciones de los nutriólogos, pero es un hecho cultural que en la práctica, las mujeres asisten con diferentes frecuencias y atienden los consejos con mayor o menor atención.

Por las diferentes complicaciones de salud que se presentan en la mujer embarazada, surge el interés de analizar el impacto que ejerce el asistir a la consulta nutricional, aun cuando no sigan fielmente las indicaciones de los nutriólogos.

De acuerdo con lo anterior, la siguiente pregunta guio la investigación realizada en el Hospital Gineco-Pediátrico N°2 del IMSS en Los Mochis Sinaloa, en el primer semestre de 2017: ¿Cómo impacta la asistencia de las mujeres embarazadas a consulta de nutrición en su obesidad?

La importancia de la presente investigación radica en que han sido pocos los estudios que revelan la realidad del impacto de la consulta nutricional en mujeres embarazadas. Claro está que este impacto, podría verse influido por múltiples factores que van más allá de los aspectos médicos.

Obesidad en el embarazo

La obesidad tiene un importante impacto nocivo en la salud reproductiva de la mujer, como se ha mencionado influye en la concepción, incrementa la tasa de abortos genera un mayor número de complicaciones materno-fetales; influye de forma muy negativa a largo plazo tanto en la salud materna como en la neonatal.

Se han utilizado diversos sistemas para definir y clasificar la obesidad. El índice de Masa Corporal (IMC), es el más utilizado en la actualidad.

El índice de masa corporal se calcula como el peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2) de acuerdo con la ecuación 1.

Ecuación 1. Cálculo del IMC.

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{talla} \times \text{talla (metros}^2\text{)}}$$

Fuente: http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf

Se clasifica a la persona adulta de acuerdo con el IMC de la manera siguiente: normal (18.5 a 24.9 kg/m^2); sobrepeso (25 a 29 kg/m^2), y obeso ($>30 \text{ kg}/\text{m}^2$). La obesidad se divide a su vez en: clase 1 (30 a 34.9 kg/m^2); clase 2 (35 a 39.9 kg/m^2), y clase 3 ($>40 \text{ kg}/\text{m}^2$). Una persona con un IMC mayor o igual a 25 kg/m^2 refleja un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía, que se manifiesta como exceso de grasa corporal de diferente magnitud.

El exceso de tejido adiposo cumple con funciones metabólicas, endocrinas e inflamatorias que desempeñan un papel importante en los mecanismos fisiopatológicos de las complicaciones que presentan las mujeres con sobrepeso y obesidad antes, durante y después del embarazo; para el caso de las mujeres embarazadas un aumento aceptado para mujeres con un peso normal se manejaría de 9 kg a 12.5 kg, para un IMC con sobrepeso podría ser de 7 kg a 11.5 kg y para un IMC con obesidad es aceptable de 5 kg a 9 kg (Casanueva, Kaufer y Pérez, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice en el 2010 que el estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo, puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre; deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la

vitamina A o el yodo, pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.

El aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada, aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

La educación y el asesoramiento sobre nutrición se centran en mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima. También puede incluir asesoramiento sobre el consumo de suplementos de micronutrientes recomendados durante el embarazo, como por ejemplo suplementos de micronutrientes múltiples que contengan hierro y ácido fólico.

La cuestión es que independientemente de los beneficios que otorga la consulta nutricional a las mujeres embarazadas, existe una situación real en la que se observa su efectividad, ya sea por la asistencia, la asertividad de las consultas o por la disciplina que las mujeres con embarazo presenten en el contexto específico. Como se ha mencionado, factores culturales, económicos, sociales y de otra índole influyen fuertemente en los resultados.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

El método utilizado en general fue el comparativo ya que se fueron comparando los IMC de las mujeres pre y post parto, utilizando las técnicas estadísticas descriptivas, con base en histogramas e inferenciales: pruebas de hipótesis, análisis de varianza y pruebas t.

Variables y categorías

Las variables seguidas en esta investigación se agruparon en cuatro áreas: 1) de información general, 2) en relación con el IMC, 3) Información del parto y 4) información sobre la gestión de la nutrición, que muestran en el siguiente *Cuadro 1*:

Cuadro 1. Variables seguidas en la investigación

Información general	Lugar de residencia, ocupación, escolaridad.
En relación con el IMC	Edad, estatura, peso pre-gestacional, IMC pre-gestacional, peso a término, kg aumentados, peso aumentado por semana (gr), peso actual, IMC actual.
Información sobre la gestión de la nutrición	Derivación a la consulta de nutrición, asistencia.

Fuente: construcción propia

RESULTADOS

De la población de madres de familia embarazadas que asisten a consulta en el IMSS No 2. De acuerdo con los archivos históricos se calculó que asistían en promedio 120 personas en un mes; de aquí que se realizó un muestreo aleatorio simple de acuerdo con la siguiente formulación (ecuación 2).

Ecuación 2:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Fuente: <http://webpersonal.uma.es/~morillas/muestreo.pdf>

Donde:

N es el tamaño de la población; 30.

Z es el estadístico correspondiente al 95% de confianza; 1.96.

p es la probabilidad de que las madres estudiadas tengan alguna de las características; 0.5

q es la probabilidad de que las madres estudiadas no tengan alguna de las características; 0.5

d es un valor relativo al nivel de error aceptado en la estimación; 0.00025.

n es el tamaño de la muestra que de acuerdo con la fórmula resultó ser 30.

De lo anterior se obtuvo una muestra de tamaño 76, por lo que se aplicó una encuesta se realizó a lo largo de 6 semanas a razón de 13 aplicaciones por semana. El 51% provenían de Los Mochis y las demás de muy diversas localidades de los alrededores de la ciudad y del Norte de Sinaloa, según se muestra en la *Figura 1*. Es decir la composición del grupo estudiado es semirrural, la mayoría provino de estratos urbanos como Los Mochis, Guasave, Obregón, etc. mientras que otras provinieron de zonas marcadamente rurales.

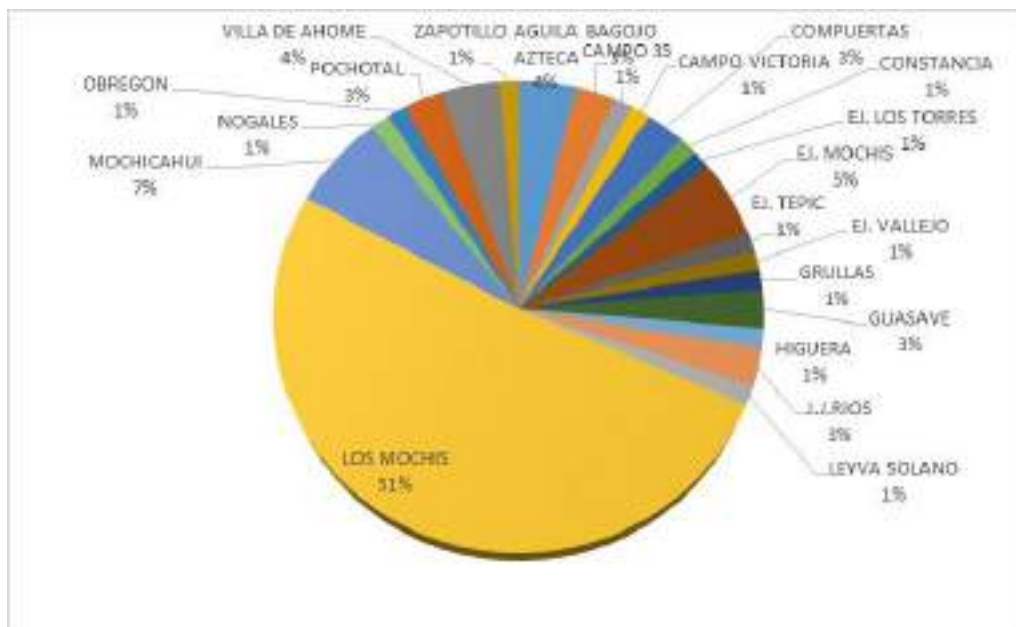


Figura 1. Lugares de proveniencia de las madres estudiadas (construcción propia).

La mayoría de las madres eran amas de casa (57%) y se encontraron administradoras, enfermeras, empleadas y estudiantes, según se muestra en la *Figura 2*.



Figura 2. Distribución de ocupación de las madres estudiadas (construcción propia).

La ocupación podría influir fuertemente en la evolución del IMC durante el embarazo, de igual forma podría ser la escolaridad de las madres estudiadas que en su mayoría es de nivel medio superior, tal y como se muestra en la *Figura 3*.

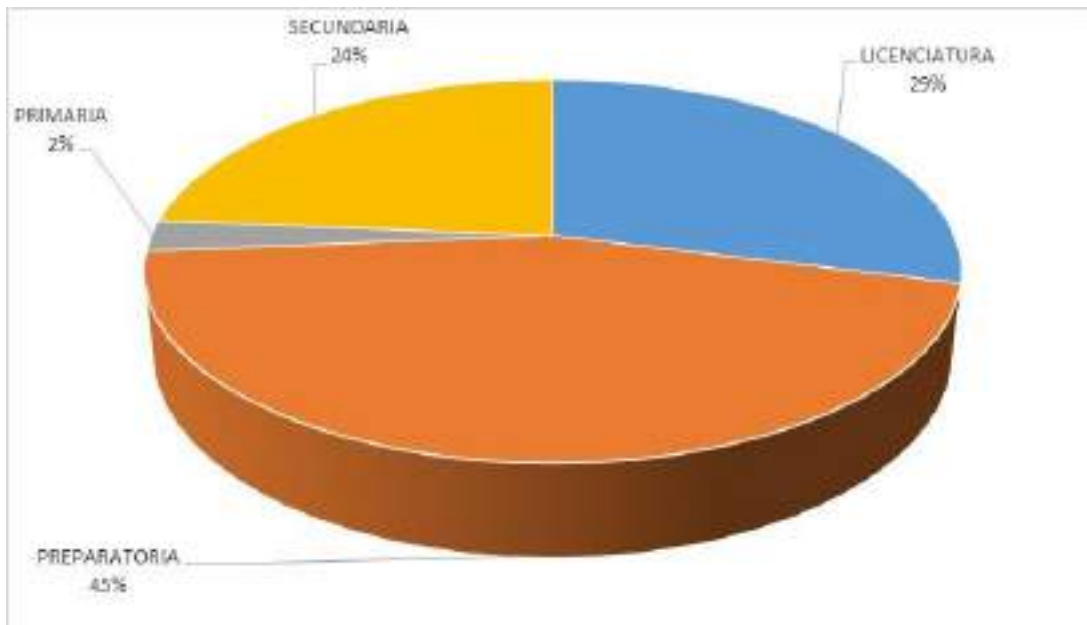


Figura 3. Escolaridad de las personas estudiadas (construcción propia).

IMC pre-gestacional

La presente investigación se orienta a observar lo que ha pasado con el IMC de las madres estudiadas al inicio de la gestación y una vez concluida la misma. Lo que se pretende observar son las diferencias en el peso y específicamente en el IMC como consecuencia de la influencia de la consulta nutricional.

Las madres estudiadas se clasificaron en tres grupos de acuerdo con su IMC: a) Normal de 18.5 kg/m² a 24.9 kg/m², b) sobrepeso de 25 kg/m² a 29 kg/m² y c) obesidad grado 1 de 30 kg/m² a 34.9 kg/m². A excepción de una persona que presentó desnutrición con un IMC de 16.41 kg/m² y otra que presentó obesidad mórbida de 3° con IMC de 44.72 kg/m². La *Figura 4* muestra el histograma del IMC pre-gestacional encontrado. El promedio del IMC fue 26.52 kg/m² con una desviación estándar de 2.23 kg/m².

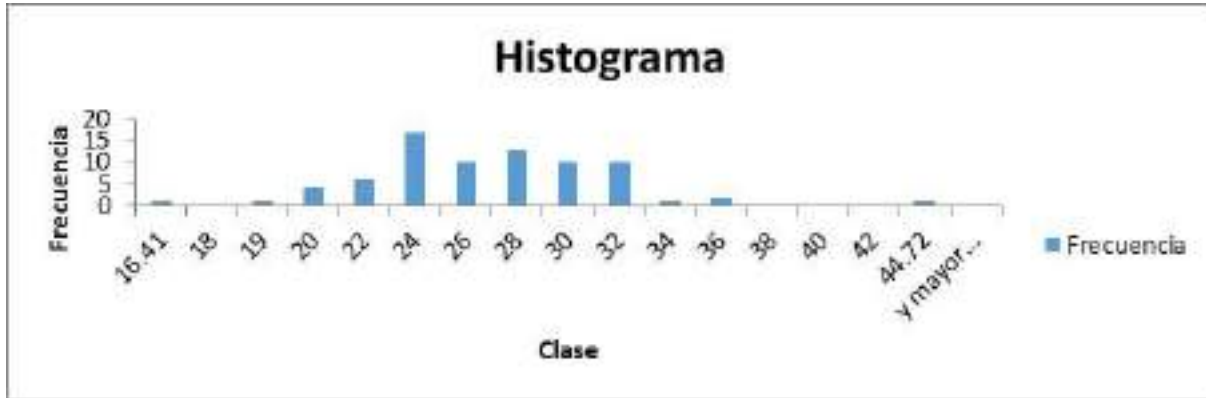


Figura 4. Distribución del IMC pre-gestacional de las personas estudiadas (construcción propia).

La *Figura 5* muestra el histograma de las madres con IMC normal.

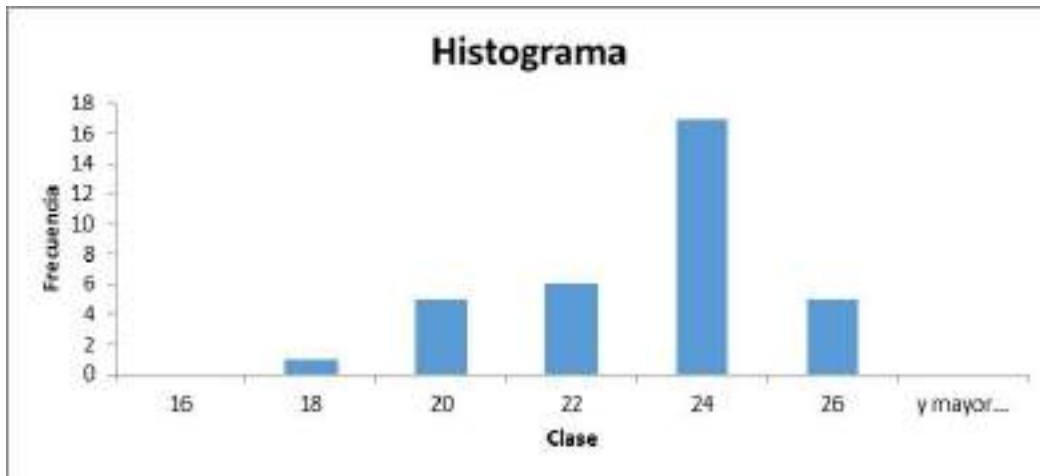


Figura 5. Distribución de las madres con IMC normal (construcción propia).

En promedio las mujeres con IMC normal presentaron 22.31 Kg/m² con una desviación estándar de 1.97 Kg/m².

Para las mujeres pre-obesas o con sobrepeso la *Figura 6* muestra la distribución de su IMC.

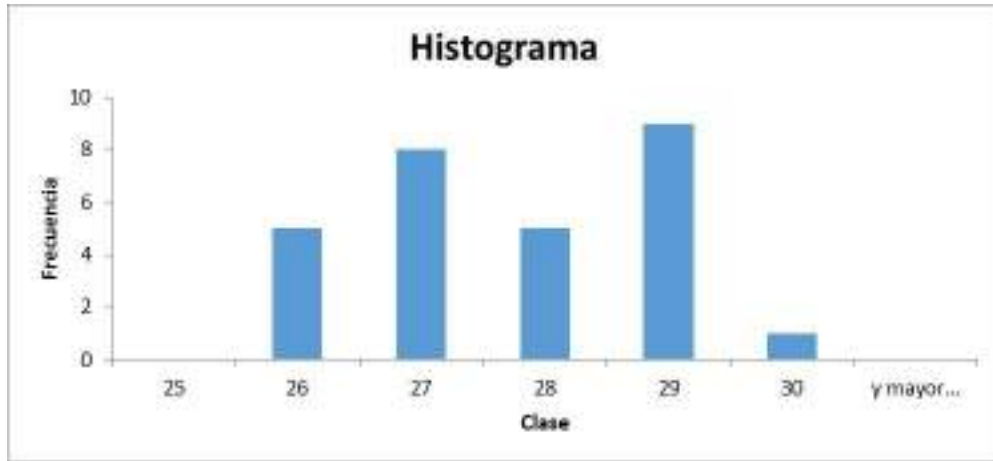


Figura 6. Distribución del IMC de las personas con sobrepeso (construcción propia).

En la *Figura 6* se observa una distribución muy uniforme; el promedio fue de 27.25 Kg/m² y una desviación estándar de 1.16 Kg/m².

Para las madres con obesidad grado uno, el promedio de este grupo fue de 31.63 y una desviación estándar de 1.27. La distribución se muestra en la *Figura 7*.

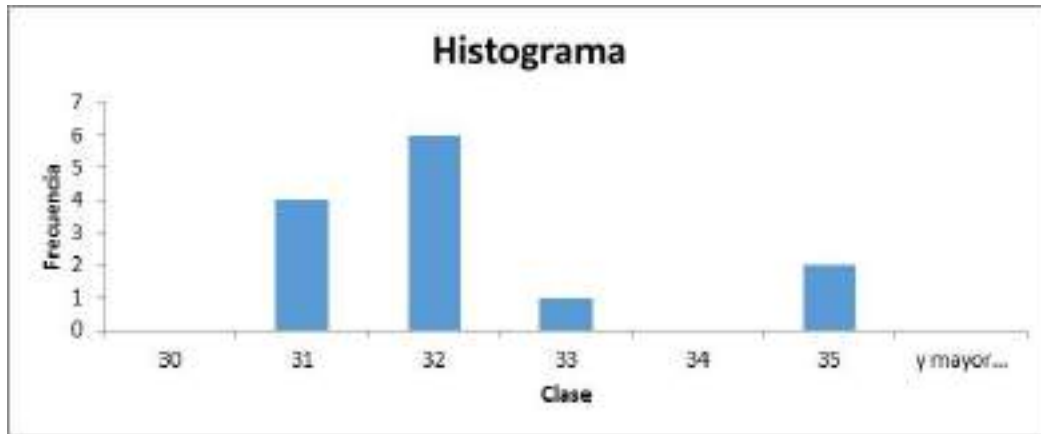


Figura 7. Distribución de IMC de mujeres con obesidad grado 1 (construcción propia).

IMC pre-gestacional por edad

Las personas estudiadas presentan una edad entre los 18 y los 38 años. Su distribución, que es muy dispersa, se muestra en el histograma de la *Figura 8*.

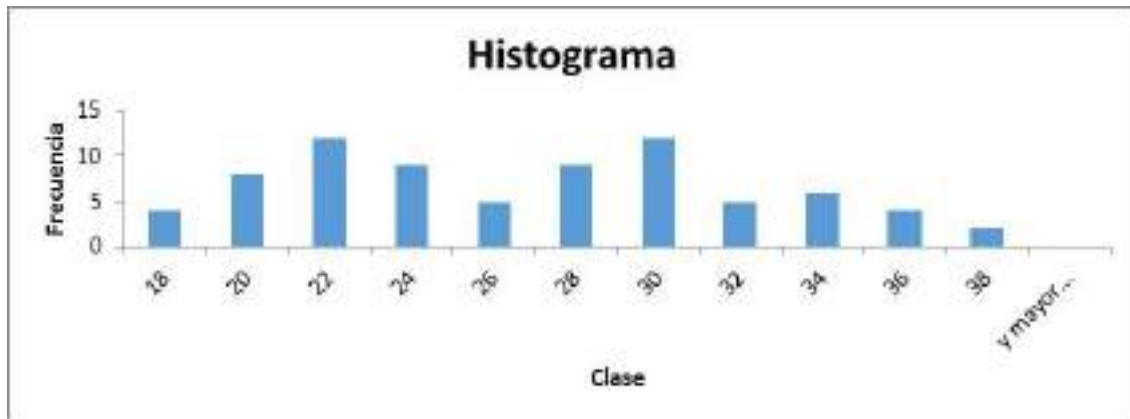


Figura 8. Distribución de edad de las personas estudiadas (construcción propia).

En la *Figura 8* se puede observar que existen dos modas, la de las mujeres jóvenes de alrededor de 20 años y la de las mujeres maduras alrededor de los 22 a 30 años. El promedio general de edad fue de 26.29 años y la desviación estándar fue de 5.39.

Para las mujeres con IMC normal la distribución de edad se muestra en la *Figura 9*.

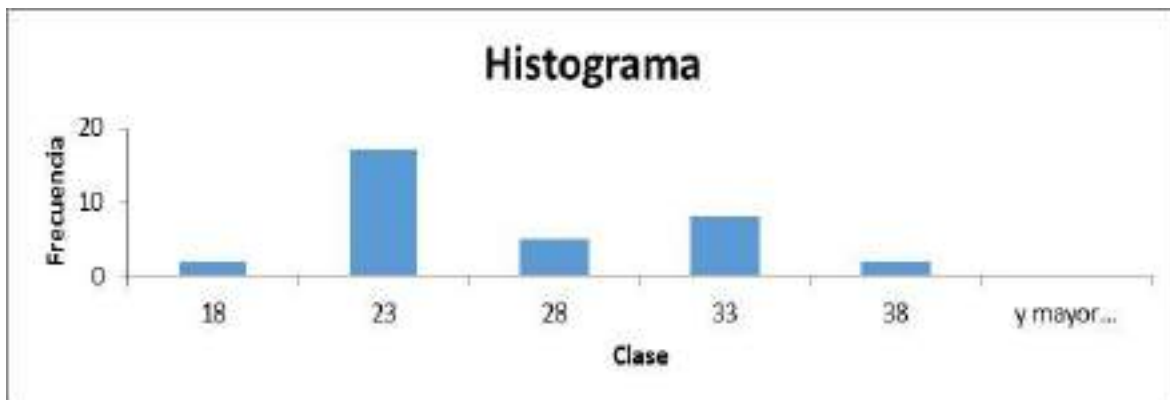


Figura 9. Distribución de edad de las mujeres con IMC normal (construcción propia).

El promedio de edad es de 24.62 y una desviación de 5.11 años. El promedio fue de 26.61 con una distribución estándar de 5.30. Para las mujeres con IMC de sobrepeso la *Figura 10* muestra la distribución de edad.

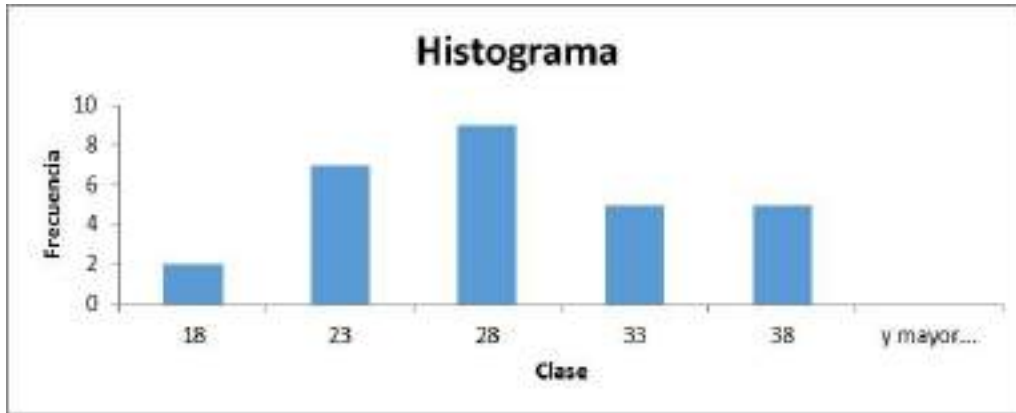


Figura 10. Distribución de edad de las mujeres con sobrepeso (construcción propia).

Para las mujeres con obesidad también se presenta una distribución muy amplia de edades. El promedio fue de 29.15 con una distribución estándar de 4.47, tal y como se observa en la Figura 11.

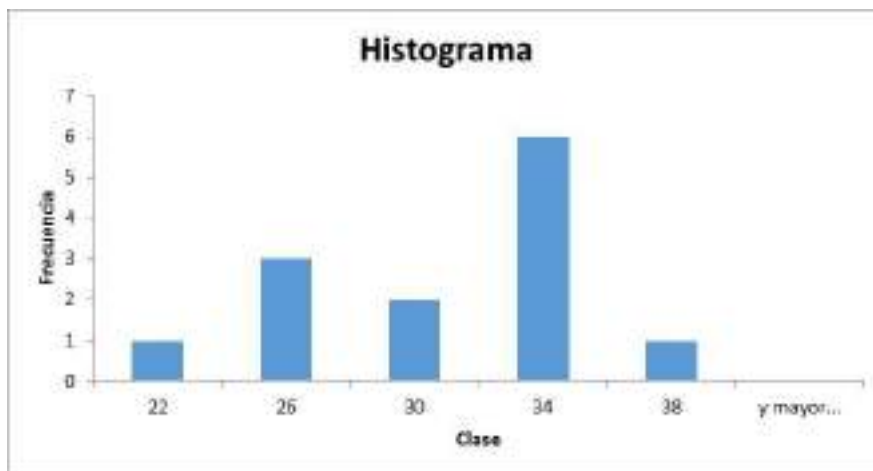


Figura 11. Distribución de edad de las mujeres con obesidad grado uno (construcción propia).

IMC Post-gestación

Como se había mencionado, es importante verificar el IMC y el peso de las madres después de la gestación. El promedio fue de 30.03 kg/m² con una desviación estándar de 4.36 kg/m². La Figura 12 muestra la distribución del IMC post-gestación.

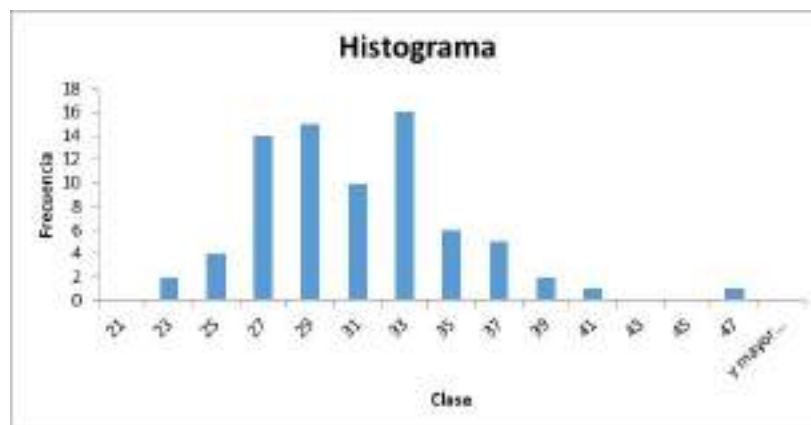


Figura 12. Distribución del IMC post-gestación (construcción propia).

Al realizar el análisis del grupo estudiado se encontró lo siguiente:

De las mujeres que tenían un IMC pre-gestacional normal

- 6 de ellas (18%) que en promedio tenían 19.81 kg/m² de IMC pre-gestacional, aumentaron en promedio 11 Kg. y terminaron con un IMC normal de 23.19 kg/m².
- 27 de ellas (79%) que en promedio tenían 22.82 kg/m² de IMC pre-gestacional, aumentaron un promedio de 14.61 Kg. y terminaron con un IMC de sobrepeso de 27.05 kg/m².
- Una de las mujeres que tenía 23.62 kg/m² de IMC pre-gestacional, aumentó 24 Kg. y terminó con un IMC de obesidad de 32.06 kg/m².

De las mujeres que tenían un IMC pre-gestacional con sobrepeso

- 8 de ellas (28.57%) que en promedio tenían 26.36 kg/m² de IMC pre-gestacional, aumentaron en promedio 11.4 Kg. y terminaron con un IMC de sobrepeso de 29.14 kg/m².
- 19 de ellas (68%) que en promedio tenían 27.52 kg/m² de IMC pre-gestacional, aumentaron un promedio de 14.27 Kg. y terminaron con un IMC de obesidad 1° de 31.59 kg/m².
- Una de las mujeres que tenía 28.57 kg/m² de IMC pre-gestacional, aumentó 11 Kg. y terminó con un IMC de obesidad 2° de 37.74. kg/m².

De las mujeres que tenían un IMC pre-gestacional con obesidad 1°

- 13 de ellas representa el 100% que en promedio tenían 78.07 kg/m² de IMC pre-gestacional aumentaron un promedio de 13.92 Kg. y terminaron con un IMC de obesidad 2° de 35.62 kg/m².

De las mujeres que tenían un IMC pre-gestacional con obesidad 3°

- Una de las mujeres que tenía 44.72 kg/m² de IMC pre-gestacional, aumentó 7 Kg. y continuo con un IMC de obesidad 3° de 46.41 kg/m².

Cambio del IMC pre u post gestacional

Para comprobar si realmente hubo un cambio en el IMC del grupo estudiado se realizó primero un Análisis de Varianza de la diferencia pre – post gestacional entre las madres que asistieron y las que no asistieron a consulta nutricional. El *Cuadro 2* muestra el estudio realizado, cuyo resultado muestra que si existe diferencia en los dos grupos.

Las hipótesis que se probaron son:

Ho: Los dos grupos son iguales en diferencias de IMC: las que asistieron y las que no asistieron.

Ha: Los dos grupos son diferentes.

Cuadro 2. Análisis de varianza para probar diferencias en cambios de nivel de obesidad entre madres que si asistieron y las que no asistieron a consulta nutricional

RESUMEN						
Grupos	Cuenta	Suma	Promedio Diferencia entre el IMC Pre- gestacional y Actual		Varianza	
NO ASISTIÓ	37	182.11	4.9 kg/m ²		2.6	
ASISTIO	37	115.69	3.1 kg/m ²		1.9	
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	59.62	1	59.62	26.10	2.55619E-06	4.0
Dentro de los grupos	164.43	72	2.284			
Total	224.05	73				

Fuente: Construcción propia.

Puesto que F es mayor que el valor crítico para F entonces se rechaza la hipótesis nula de que son iguales las diferencias de IMC entre las que asisten y las que no asisten.

La siguiente prueba t (*Cuadro 3*) corrobora la demostración de que los grupos son diferentes.

Cuadro 3. Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	NO ASISTIÓ	ASISTIÓ
Media	4.9 kg/m ²	3.1 kg/m ²
Varianza	2.6	2.0
Observaciones	37	37
Varianza agrupada	2.3	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	72	
Estadístico t	5.1	
P(T<=t) una cola	1.28E-06	
Valor crítico de t (una cola)	1.67	
P(T<=t) dos colas	2.56E-06	
Valor crítico de t (dos colas)	2.0	

Fuente: construcción propia.

Se comprueba nuevamente que se rechaza la hipótesis nula. Es decir las madres que asistieron muestran promedios menores de cambios en el IMC pre-gestacional y el actual después del parto.

Lo anterior se puede observar de manera gráfica en los siguientes histogramas.

La *Figura 13* muestra esquemáticamente la distribución de frecuencias de las diferencias de peso de las madres que no fueron a consulta nutricional.

Obsérvese en la *Figura 13* que dos de ellas obtuvieron una diferencia de dos en su IMC, 11 de ellas tuvieron una diferencia de masa corporal de alrededor de cinco, una de ellas obtuvo una diferencia de 9 kg/m².



Figura 13. Distribución de frecuencias de las diferencias de peso en mujeres que no asistieron a consulta nutricional (construcción propia).

La *Figura 14* muestra la distribución de frecuencias de diferencias en el IMC de mujeres que asistieron a la consulta nutricional.



Figura 14. Distribución de frecuencia de las diferencias de IMC de las mujeres que asistieron a consulta nutricional (construcción propia).

Obsérvese que la mayor frecuencia está en una diferencia de 3 kg/m², aun cuando si hubo una madre que aumento 8 kg/m² en su IMC. La *Figura 15* muestra a los dos grupos de madres, las que asistieron y las que no asistieron, con sus distribuciones en las diferencias de IMC.

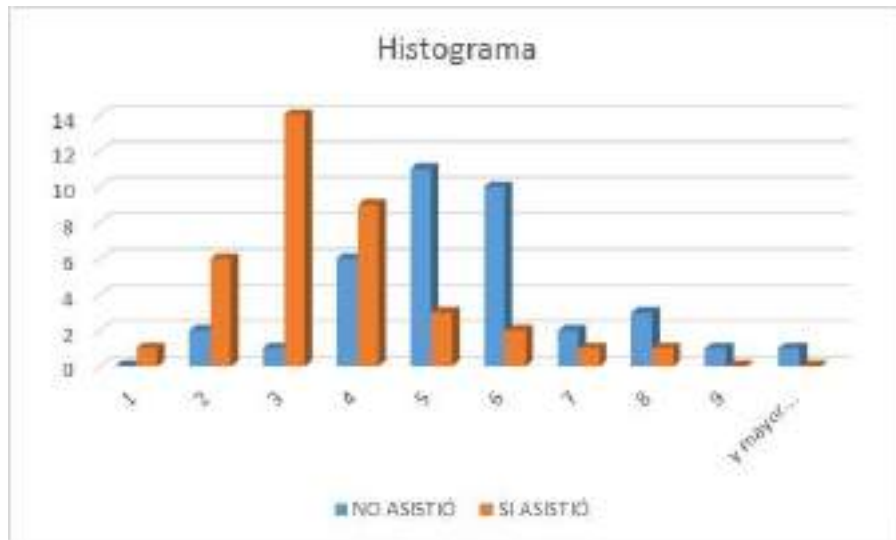


Figura 15. Frecuencias de diferencias de IMC en la asistencia e inasistencia a consulta nutricional (construcción propia).

En esta *Figura 15* se muestra claramente que los grupos presentan diferencias notorias, pues el grupo que sí asistió a consulta tiene una tendencia a tener menores diferencias.

Las que asistieron tienen un promedio de cambio de IMC de 3 kg/m^2 y las que no asistieron tienen un promedio de cambio de IMC de 5 kg/m^2 .

A pesar de lo anterior los resultados muestran que la asistencia a consulta nutricional no asegura que las mujeres van a terminar en los niveles normales, pues hay casos extremos donde mujeres que asistieron a consulta aumentaron mucho su IMC. La siguiente clasificación muestra la complejidad del fenómeno.

Los grupos de madres se clasificaron en nueve grupos de acuerdo con los niveles de subíndice de masa corporal pre-gestacional y el actual, que se describen a continuación.

En el grupo uno se clasificaron las personas que iniciaron con un índice de masa corporal pre-gestacional normal y terminaron con un IMC normal, fueron un total de 6 personas de las cuales 4 asistieron a consulta y 2 no lo hicieron.

En el grupo dos se clasificaron las personas que iniciaron con un IMC pre-gestacional normal y terminaron con IMC con sobrepeso, fueron un total de 27 personas de las cuales 14 asistieron a consulta nutricional y 13 no asistieron.

En el grupo tres se clasificaron las personas que iniciaron con un IMC pre-gestacional con sobrepeso y terminaron con IMC con sobrepeso, fueron un total de 8 personas de las cuales 5 asistieron a consulta nutricional y 3 no asistieron.

En el grupo cuatro sólo se encontró una persona que inició con un IMC pre-gestacional normal y terminó con un IMC con obesidad 1°; no asistió a consulta nutricional.

En el grupo cinco se agruparon a las personas que iniciaron un IMC pre-gestacional con sobrepeso y terminaron con un IMC con obesidad, fueron un total de 19 personas de las cuales sólo 7 asistieron a consulta de nutrición y 12 no asistieron.

En el grupo seis se clasificó a las personas que iniciaron con un IMC pre-gestacional con obesidad 1° y continuaron con un IMC obesidad 1°, fueron un total de 5 personas de las cuales 4 asistieron a consulta nutricional y sólo 1 no asistió.

En el grupo siete se encontró una persona que inició con un IMC pre-gestacional con sobrepeso y terminó con obesidad 2°; no asistió a consulta de nutrición.

En el grupo ocho se encontraron 8 personas que iniciaron con un IMC pre-gestacional con obesidad 1° y terminaron con un IMC con obesidad 2°, de las cuales 4 asistieron a consulta nutricional y 4 no asistieron.

En el grupo nueve se encontró una persona que inició con obesidad 3° y terminó con obesidad 3°, esta persona sí asistió a consulta de nutrición.

Diferencias de IMC entre lo urbano y lo rural

Al contrastar las diferencias del IMC entre las madres de la zona urbana y la zona rural se encontró mediante un análisis de varianza que no había diferencias significativas ($F=0.03$, Valor crítico $F= 3.99$, valor $p= 0.59$).

Diferencias de IMC entre las amas de casa y las que no lo son

Tampoco existen diferencias significativas entre las amas de casa y las que no lo son al comparar la diferencia de IMC pre y post parto ($F= 1.77$, valor crítico $F= 3.99$, valor $p = 0.19$).

Diferencias en escolaridad

Sin embargo, al contrastar las diferencias entre las madres con un nivel educativo medio superior y superior y aquellas con niveles menores o iguales a secundaria sí se obtienen diferencias significativas. La educación sí influye en los resultados. ($F= 5.11$, valor crítico $F= 4.08$, $p= 0.03$).

CONCLUSIONES

En términos generales podemos concluir que si existe una diferencia significativa entre las madres que van a consulta nutricional y las que no lo hacen en el Hospital Gineco-Pediátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Los Mochis Sinaloa, en el primer semestre de 2017. Las que no asistieron obtuvieron una diferencia promedio de IMC de 4.9 kg/m^2 , mientras que las que lo hicieron presentaron una diferencia de 3.1 kg/m^2 .

Esto no quiere decir que todas las que fueron a consulta nutricional lograron controlar su peso y viceversa, no todas las que madres que no fueron terminaron con mayor obesidad. Tampoco se pudo observar claramente si las madres que fueron a consulta cambiaron de nivel de obesidad pre y post parto.

También se encontró que no existe diferencia significativa entre las madres urbanas y aquellas que viven en el medio rural, tampoco entre las que son amas de casa y las que trabajan, pero si hay diferencias en los resultados entre las madres con un nivel medio superior y superior y aquellas que no tienen estudios superiores a los de secundaria.

LITERATURA CITADA

- ENSANUT (2016). Encuesta Nacional de Salud. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/index.php#.WcmXY7LyjIU>
- Grandia, C., Maccaroneb, M. B., Luchtenbergc, G., & Rittlerb, M. (2012). La obesidad materna como factor de riesgo para defectos congénitos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón*, 13.
- Moya-Plata, D., Guiza-Salazar, I. J., Mora-Merchán, M. A. (2019). Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista CUIDARTE*, 1 (1), 44-52.
- OMS. (2010). *Obecidad*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>



EL LEJANO ESTRATO DE LA SINRAZÓN: EXPRESIONES DE LOCURA EN EL PUERTO Y CIUDAD DE MAZATLÁN FINALES DEL SIGLO XIX

THE DISTANT STRATUM OF UNREASON: EXPRESSIONS OF MADNESS IN THE PORT AND CITY OF MAZATLÁN LATE NINETEENTH CENTURY

Griselda Santiago-Pérez

Estudiante de la maestría en Historia Facultad de Historia-Universidad Autónoma de Sinaloa. Correo electrónico: grizelsantiago@gmail.com

RESUMEN

El presente trabajo aborda aspectos de la vida porteña, respecto a los inconvenientes y constantes desafíos sobre las diversas epidemias y enfermedades a las que se enfrentaron los habitantes, así así como el papel desempeñado por las instituciones hospitalarias. Aspectos tomados en cuenta para vislumbrar la otra cara de la realidad, en oposición a la modernidad y el progreso aludido por la elite gobernante durante los años porfiristas, quienes trataron de disfrazar las precariedades ante la insolvencia de la atención a la salud.

Aunado a ello, detiene su atención principalmente a las manifestaciones de locura de hombres y mujeres dementes al interior de la ciudad y puerto de Mazatlán en los últimos años del siglo XIX, específicamente entre 1877 hasta 1900. La presencia de estos marcó una pauta importante entre la ciudad en aras del progreso y la efímera realidad a la que se enfrentaron en relación a la salud y el orden que se pretendió tener. Y además permite observar la perspectiva que se tenía de ellos, así como la construcción y la asociación de las causas sobre la locura. Con la participación de estos individuos inadaptados, trasgresores del orden, de la desviación social y la pobreza, que trataron de ser evadidos, limitándolos a la integración de la convivencia social. Bajo la instauración de formas disciplinarias, regidas por normas, costumbres y rutinas que guiaron su conducta. La segregación por el modo de comportamiento, determinaron la construcción de estereotipos por parte de la sociedad, la familia, los médicos y autoridades públicas.

Palabras clave: instituciones, siglo XIX, México, salud, medicina.

SUMMARY

This work deals with aspects of life port, with respect to the inconveniences and constant challenges on the different epidemics and diseases that the inhabitants faced, as well as the role played by the hospital institutions. Aspects taken into account to envision the other side of reality, in opposition to the modernity and progress alluded to by the ruling elite during the Porfirian years, who tried to disguise precariousness in the face of the insolvency of health care. In addition to this, he pays attention mainly to the madness manifestations of demented men and women inside the city and port of Mazatlán in the last years of the XIX century, specifically between 1877 and 1900. The presence of these marked an important guideline between the city for the sake of progress and the ephemeral reality that they faced in relation to the health and order that was intended to have. And in addition it allows to observe the perspective that was had of them, as well as the construction and the association of the causes on the madness. With the participation of these maladjusted individuals, transgressors of order, social deviance and poverty, who tried to be evaded, limiting them to the integration of social coexistence. Under the establishment of disciplinary forms, governed by rules, customs and routines that guided his conduct. The segregation by the mode of behavior, determined the construction of stereotypes by society, the family, doctors and public authorities.

Key words: institutions, 19th century, Mexico, health, medicine.

Mazatlán: breve recuento de sus rostros y realidades

Mazatlán fue sin lugar a dudas, el puerto y la ciudad importante del noroeste mexicano durante buena parte del siglo XIX, debido a su dinámica actividad mercantil y productiva, y también por el desarrollo urbano. Se prestó la atención a la presencia y efectos del proceso de modernización y progreso que

experimentó la ciudad, y es que no fue fortuito que durante los años porfiristas se proyectará la ciudad prospera entre las elites y sectores distinguidos de la sociedad local. Por lo que imperó mayormente fue la mentalidad económica, por las redes comerciales entre porteños y extranjeros y sobre todo por su condición demográfica.

Permitiendo el arribo de individuos provenientes de municipios como el Rosario, Cósala, El Fuerte, etc., o de otros estados como Guadalajara, Sonora, Durango y Tepic, también extranjeros provenientes de Alemania, Canadá, Chile, España, etc. (Favela, 2014). En busca de oportunidades económicas u otras circunstancias que les arrojaron a cambiar su forma de vida y perfilar un mejor porvenir; los recién llegados se enfrentaron a una rutina distinta al de su lugar de procedencia adoptando nuevas ideas y costumbres.

A pesar de tener una traza urbana accidentada, el dinamismo prosiguió en los años posteriores, algunos de los visitantes se establecieron temporalmente para degustar el puerto ya reconocido por su atractivo y otros se quedaron a vivir permanentemente, esta mezcla social con una esencia indeleble se presentó en los años porfiristas.

Algunos autores comentan: “los contrastes en la ciudad de Mazatlán estaban presentes, era un lugar, en donde se cruzaban los elementos propios de la cultura europea y la porteña, la pobreza y la opulencia, lo fino con lo burdo, además que era una población que año tras año crecía” (Pérez, 2009, 85).

Las diferencias sociales fueron evidentes en el corolario del puerto, tanto en las relaciones sociales y las actividades a las cuales se inmiscuyeron, así como las conductas que cada individuo adoptó, todo esto directa o indirectamente conformaron el espacio mazatleco.

Por tanto lo que se configuró al interior de la sociedad fue una diversificación social, en la que se propició el racismo y la exclusión, pues al presentar un amplio abanico en su confluencia humana permaneció un grupo pequeño de marginados, compuesto por prostitutas, alcohólicos, pordioseros, vagos y dementes, estos representaron la contra parte del proceso modernizador, siendo actores desplazados y considerados nocivos por la sociedad y las autoridades públicas; además las diferencias sociales se inscribieron en que no todos los habitantes se beneficiaron de las riquezas, la elite porteña y algunos extranjeros aprovecharon mejor la actividad económica.

Aun cuando vislumbró como una ciudad cosmopolita, al espíritu mazatleco no le faltaron infortunios pues aún persistía la imagen desolada por las epidemias, enfermedades y las secuelas derivadas de la insalubridad. Desde 1849 el cólera laceró la vida de los habitantes (Favela, 2014), posteriormente la fiebre amarilla asoló mayormente a la población. Así lo afirmaba la prensa de la época:

Con lujo de variedad espantoso ha marchado la fiebre dominante: será fiebre tifoidea, será fiebre amarilla, será fiebre pernicioso o lo que Dios quiera; pero ha causado y sigue causando la perdida de muchas vidas, y no parece disminuir, sino que continua terrible para todos, y más que para nadie la gente pobre, en quien causa el noventa y cinco por ciento de defunciones (*El Correo de la Tarde*, 17 de octubre de 1883, p.2).

Fue una de las principales causas de la mortalidad, un año después el puerto contaba con 15,233 habitantes. También la peste bubónica dejó estragos devastadores, se empezó a propagar poco a poco desde 1887 por toda la ciudad y en los poblados aledaños al puerto, aunque su aparición se precisó hasta 1902 (*El Socialista*, 18 de abril de 1886).

Por ende, estas afectaron la salud de los habitantes y a varios de ellos les costó la vida, cabe mencionar que no eran las únicas enfermedades, pues permearon otras no menos importantes como la tuberculosis, la viruela, enfermedades gastrointestinales y venéreas (Sífilis), y también el alcoholismo.

En este sentido, la vida de los mazatlecos se asemejó a la de los chilenos a pesar de situarse a una distancia considerable, en las últimas décadas del siglo XIX sufrieron estragos similares, por causa de fiebre intermitente, fiebre palúdica, tifoidea, buena parte de los habitantes perdieron la vida. Sumada a esta situación lidiaron con "la miseria, el hambre y la degradación moral de un pueblo desamparado, carente de una política de protección social e irreverente objeto de cálculos financieros, contrasta, pues, agudamente, con las risas y fiestas de la sociedad dominante "(Illianes, 2010, p. 30).

Era evidente, la falta de medidas ineficaces en cuanto al cuidado de la salud de los individuos, a pesar de que el gobierno estipulaba criterios para cubrir las necesidades y atender de manera pertinente esta situación, la realidad distaba mucho, la insalubridad persistió en el puerto; sólo se aludían las supuestas mejoras de la infraestructura, aunque no cumplieron con los requerimientos necesarios.

Aparentemente la traza urbana no afectó en cuestiones de salud, sin embargo, los habitantes al asentarse en lugares que creyeron pertinentes, suscitaron una ciudad sin orden alguno, generando hacinamiento, además no tuvieron una disciplina sanitaria porque arrojaban basura y desechos orgánicos por las ventanas de sus casas, dándoles un aspecto nauseabundo a las calles. Los esfuerzos y la búsqueda de mejoras materiales y equipamiento hospitalario durante el gobierno de Francisco Cañedo seguían siendo insolventes.

Evidentemente no se podía vivir todavía con las mejores condiciones, por lo menos no en este caso, la persistencia e incapacidad para regular la situación y las iniciativas que se querían fincar para los oriundos fueron poco contundentes. Una muestra de ello fue la pretensión de establecer un consultorio médico con el propósito de atender a los pobres, brindando atención médica, una por la mañana y otra por la tarde. Sin embargo, médicos extranjeros se opusieron a brindar sus servicios, mientras no hubiese remuneración económica, no harían nada por los necesitados (*El Correo de la Tarde*, 18 de octubre de 1883, p. 2).

El espectáculo escenificado en el puerto en estos años no era nada grato, en realidad las epidemias no cesaron y no fueron combatidas con facilidad para su total desaparición. Las noticias sobre la situación por la que atravesaban los porteños se percibieron en algunos estados del país, y gracias a eso, el estado de Veracruz empezó a realizar funciones teatrales con esfuerzo y dedicación, logrando recabar alrededor de \$4,000 pesos, mismos que fueron destinados a los habitantes mazatlecos con el propósito de aliviar en parte la deplorable situación (*El Correo de la Tarde*, 8 de noviembre de 1883, p. 2).

Por otro lado, las instituciones hospitalarias existentes no se dieron abasto con los enfermos para ser debidamente atendidos. Según investigaciones el primer hospital fue el de San Pedro, su establecimiento data en 1844 (Rodríguez, 2008), pero otros lo estipulan en 1849 (Díaz de la Vega & Lamarque, 1992) no hay precisión en ese sentido. Lo que sí es sabido, es que este hospital estaba destinado principalmente para los enfermos de la comunidad militar, pero con los estragos epidémicos proporcionó sus servicios a la sociedad civil ante las exigencias y peticiones por parte de los habitantes. No fue sino hasta 1876 cuando inauguraron el Hospital Civil y para su construcción se hicieron llamados a la población con la finalidad de solicitar donaciones, mismas que beneficiarían a los mazatlecos, así como a los poblados circunvecinos.

Sumado a estas dos instituciones, se emprendió el proyecto de la construcción de un lazareto destinado a los epidemiados, como medida preventiva de la propagación y contagio serían aislados, además del miedo que surgía entre los mazatlecos. Con este fin, el 27 de marzo de 1884 la Junta de Sanidad pidió al Ayuntamiento la donación del solar Puntilla del Puerto Viejo o la Loma del Fortín Iturbe en el que sería establecido provisionalmente, sin más rehusó, optaron por el primer solar (*El Pacífico*, 10 de abril de 1884, p. 3).

Se estipuló que una vez culminada su construcción, el traslado de los enfermos sería por la periferia, evitando pasar en medio de la ciudad. Cuando por fin se consolidó, el lazareto fungió como un espacio alternativo dada la situación enfrentada por los hospitales, y es que el “aislamiento forzoso o no era absolutamente pertinente y necesario: todos los enfermos “sin excepción de clases ni categorías” debían ser aislados en establecimientos especiales construidos para ese propósito” (Agostoni, 2005, p. 174).

Tanto el lazareto como el hospital sirvieron como espacio de exclusión en la que hombres y mujeres al requerir atención médica fueron confinados y en algunos casos abandonados por su familia, incluso la sociedad contribuyó a la marginación de estos. Regularmente se construyen caracterizaciones, estereotipos o discursos en torno a enfermos, por miedo al contagio o por su aspecto físico. Discursos fijadores de conductas que acaban moldeándolas actitudes colectivas, produciendo prácticas conformistas, reproduciendo creencias (la mayoría fatalistas) y conformando ideologías (sobre todo deterministas) acerca del destino trágico de los que son marginados (Olmo, 2006).

Tratándose de estas instituciones establecidas en Mazatlán, se vincularon con las heterotopías definidas por Michel Foucault como lugares reales, afectivos y diseñados por la sociedad, absolutamente condicionados de sus márgenes y contrarios a los espacios de confort, pero que al mismo tiempo pueden desempeñar un doble papel de inclusión y exclusión (Foucault, 1984).

El lazareto cumplió con esa doble función, en primera porque se pretendió aislar a los enfermos por epidemias, dada la atención médica precaria en los hospitales, no habiendo otra alternativa más que remitirlos al allí, aun cuando las patologías eran diversas. De la pretensión de ser un espacio de exclusividad a epidemiados la realidad pasó a ser otra, y no era novedad que los lazaretos en México no fueran espacios exclusivos para enfermos contagiosos, porque también funcionaron como hospitales provisionales atendiendo a otro tipo de enfermos (Márquez, 1994).

En este sentido, al ingresar a diversos enfermos, la enfermedad individualizada tomó un carácter distinto al mezclarse con otras, detonándose nuevos síntomas y esta situación no sólo ocurrió en el lazareto sino también en los hospitales: “la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial (...) de una manera más general, el contacto con los demás enfermos (...) altera la naturaleza propia de la enfermedad y la hace más difícilmente legible”. (Foucault, 2004, 36) Por lo tanto el tratamiento brindado a los pacientes del hospital y del lazareto, trató de ser un tanto objetiva, se logró reducir el número de enfermos afectados por las epidemias y demás enfermedades, pero no por ese hecho se dejaron de ver los estragos y secuelas que tardaron tiempo en desaparecer.

Si bien es cierto, la atención médica y las mejoras materiales se suscitaron de manera paulatina, en las últimas décadas del siglo XIX, como prueba de ello, fue que en 1887 el personal del Hospital Civil empezó a incrementarse, “se refleja un continuado desarrollo de la institución al crearse las plazas de sub-director médico, administrador, inspector de salas, primer y segundo practicante médico” (Rodríguez, 2008, p.95).

Incluso en 1893 construyeron un anfiteatro y un departamento para dementes, este departamento era visto como la cárcel de dolor, que retenía a la fuerza y el talento, los goces y los males, la fe y el sentimiento de los desviados, los anormales o inadaptados que ingresaban (*La Opinión de Sinaloa*, 9 de febrero de 1893, p. 2). Contó con una sala de operaciones, pero todavía le faltaba equipo de trabajo especializado (Torres, 2016), mientras que el anfiteatro era alardeado por contar con área de lavandería, hornos y servicio de baños limpios y pintorescos, listo y en perfecto orden para ser visitado y recorrido y así cerciorarse de las instalaciones (*El Correo de la Tarde*, 1 de octubre de 1899, p. 1).

Por su parte, los hospitales tuvieron dos funciones importantes, pues desde 1850 la finalidad principal fue brindar servicios médicos a los enfermos, sin embargo durante el porfiriato también pasaron a ser instituciones disciplinarias, porque a sus puertas llegaron a parar hombres y mujeres transgresores del orden público, tales como: alcohólicos, heridos por riña, prostitutas, vagos y dementes, actores considerados perniciosos por las autoridades públicas y la sociedad, había que mantenerlos en orden a través del sometimiento de estos en los hospitales pero sobre todo en la cárcel.

Es así como la temprana y relativa modernización presentó rasgos y matices diversos, en tanto que los servicios públicos se destinaron a determinado grupo, las precariedades existentes al acceso de estos, marginó en mayor medida a la clase bajas, las transformaciones tanto en cuestiones de servicios básicos como de espacios públicos fue posible el año posterior, sobre todo en la última década del siglo XIX y a principios del siglo XX.

Finalmente, la atención médica y el funcionamiento de las instituciones de salud presentaron precariedades y contrastes, durante los años estudiados se suscitaban cambios médicos. Las exigencias ante las insolencias persistieron, y es que en cierto sentido se hubieran podido solventar, aunque no en su totalidad, pero por el arraigo de una mentalidad fuertemente ligada al crecimiento económico, se benefició a un solo sector de la sociedad provocando así un desequilibrio entre las clases sociales, sobre todo en las menos favorecidas.

Locos en sus diversas manifestaciones

El panorama mazatleco no estuvo lejos de las premisas de la capital del país en donde surgieron preocupaciones por establecer reglamentos para la regulación de la sociedad con el fin de mantener orden y disciplina, dirigida principalmente a individuos transgresores de las normas considerándolos perniciosos. El puerto mazatleco mantenía una imagen interna poco favorable por los estragos aludidos anteriormente, mientras que algunos hombres y mujeres afrontaban estos estragos conscientemente, permanecieron otros viviendo más allá de un mundo racional, actores que no percibieron esta problemática en su justa dimensión.

Ante una ciudad pujante, las vivencias demenciales se encapsularon desde los actores atípicos que expresaron su éxtasis en medio del caos, en el pleno mundo de lo racional y las normas; y otros que fueron comunes entre la sociedad, en cualquiera de los casos sus actos los manifestaron en las vías públicas, por lo que las autoridades trataron de frenar esta situación a través del disciplinamiento. La atención prestada en cuanto a la salud mental había sido precaria, puesto que, apenas podían solventar la atención médica en los hospitales, siendo una problemática constante durante el cañedismo.

Al interior de la ciudad y el puerto hubo manifestaciones de irracionalidad y locura, las cuales, tuvieron diversos rasgos, componentes y actores diversos, desde el loco marginal, el loco y su tragedia, aquel que sufrió y murió, pero también los locos que mostraron su éxtasis, sus asideros y fugas del mundo.

En este sentido, se presta atención a los libertinos de mente fantástica y aquellos que retaron la tragedia. Encontrar este tipo de manifestaciones no ha sido una tarea sencilla y una fuente importante para detectar casos es la prensa de la época o las crónicas, en las que reviste la importancia dada por la sociedad, las autoridades públicas y la familia sobre estos dementes. Al existir ya un complejo enfrentamiento ante las enfermedades y sobre todo las epidemias, la pervivencia de los locos causaron miedo y hasta repudio, aunque en pocos casos, estos hombres dementes fueron una especie de cómicos o agraciados que divertían a los porteños por sus intrépidos actos.

En este sentido, se mostrarán en sus diferentes facetas las expresiones de locura de hombres y mujeres dementes, tal fue el caso de Mr. Argos, un hombre que habitaba cerca del centro de la ciudad, morador del Hotel Chata. Quién desde muy tempranas horas salía a hacer su recorrido cotidiano, despreocupado y fumando un cigarrillo; su venturoso recorrido empezaba por el hotel y terminaba por la Plazuela Machado (Morgado, 1889). Su extravagante comportamiento y expresiones lúdicas, sorprendía a cualquiera que los oyera exclamar su discurso; este loco denotó ser un hombre sin preocupaciones con ideas de grandeza y viajero de su propio mundo.

Enraizado en la memoria de los habitantes por su fama, loco libertino, gozoso de la vida preparaba ideas en torno a una mesa llena de objetos, desde periódicos en varios idiomas, algunos mapas, un jarrón con hollín, un tintero inutilizado y un sinfín de artilugios que complementaron su personalidad extravagante (Morgado, 1899). Con todo ello, Mr. Argos se lucía frente a su escenario manifestándose sin pena ni prejuicio, sabido de la vida, se tomaba el papel de culto, ambicioso y trabajador, afrontando a la sociedad moderna sin límites.

En este sentido, Argos no tuvo inconveniente alguno al hacer su recorrido diario de manera pacífica, jamás atrajo la atención de los policías, quienes inspeccionaban las calles supeditando cualquier altercado, de manera que Argos fue estimado de acuerdo con sus actitudes y supo dominar el espacio cotidiano.

Mientras Argos demostró sus expresiones en los andares de antaño, no faltó un loco que emprendió un viaje alejándose de la ciudad con destino a Tucson. La finalidad de tan importante decisión, fue por la imperiosa necesidad de intercambiar sus pertenencias para obtener recursos económicos necesarios con los que podría alimentarse y así poder subsistir. Durante el viaje la suerte no estuvo de su lado, pues el camino había sido largo y un tanto agotador, que al llegar a Tucson le sorprendió el anochecer y un torrencial aguacero, sumado a ello, el individuo no encontró en donde refugiarse más que en un cementerio denominado "Siempre Verde", en donde pasó la noche (El Correo de la Tarde, 1892).

Al día siguiente lo encontraron unos vecinos que vivían cerca del cementerio, pensando que se encontraba en estado de ebriedad, pero al verlo aseveraron que estaba loco pues juraba y perjuraba que durante la noche varios esqueletos salieron de su fosa y se lo pretendía llevar. Los vecinos del cementerio al ver la situación de este hombre, lo llevaron con los médicos y al atenderlo les dijeron que difícilmente recobraría la razón, pues según ellos era de un temperamento predisuesto a la locura (*El Correo de la Tarde*, 18 de agosto de 1892, p. 2).

La ausencia de los familiares era evidente, este caso ilustra el descuido y el abandono por parte de ellos, aún en su condición se arriesgó a abandonar el puerto para buscar medios de subsistencias. Al quedarse varado en el cementerio de la ciudad a la que se trasladó y al momento de ser encontrado por personas que transitaban cerca de ese lugar, sus conductas fueron interpretadas con extrañeza, razón por la cual lo condujeron con médicos, quienes certificaron que presentaba síntomas propios de la locura.

En este sentido vemos la construcción y el significado de la locura como una enfermedad que necesitaba atención médica, finalmente no se supo el destino de este hombre, si volvió al puerto o no, o si se quedó confinado en alguna institución para ser atendido.

Mientras el loco anterior se aventuró en su viaje, otro arribó al puerto a través de un barco, como era sabido Mazatlán tuvo redes comerciales importantes con extranjeros, por lo que constantemente estos desembarcaban mercancías. En 1892, el barco conocido como el "New Bern" al pasar por el puerto, dentro de su tripulación venía abordo un loco furioso y que fue abandonado en la playa.

Este loco era un extranjero que al momento de ser abandonado y por situarse en una ciudad desconocida, deambuló por la playa hasta dirigirse al Hotel Central en donde ocasionó desorden en las instalaciones; los encargados llamaron inmediatamente a la policía para ponerlo bajo control, pero como era un loco temible, furioso e incontrolable, tuvieron que atarlo y así conducirlo hasta la cárcel (El Correo de la Tarde, 18 de agosto de 1892, p. 2).

Sólo permaneció por poco tiempo, pues al parecer las autoridades lo volvieron a dejar en libertad, sin embargo, en el menor tiempo pensado, volvió al hotel ocasionando nuevos escándalos y los policías por lo que la policía, tuvo que ejecutar la misma dinámica, atándolo para evitar un accidente, pero la segunda vez fue confinado al Hospital Civil.

Al llegar a la institución surgieron inconvenientes, primero porque no contaban con las condiciones necesarias y además no era un lugar pertinente ni tampoco seguro, y por otra parte por el miedo del personal para atenderlo, pues como era un loco furioso, tipificado de fiera temible que nadie podía controlar, trataron de evitar su internamiento. A pesar de la renuencia del personal y la evasión de la responsabilidad sobre el loco, el hospital finalmente lo acogió temporalmente, en lo que las autoridades de la Junta de Sanidad decidían que hacer con él.

Entre los acuerdos de la Junta de Sanidad, se le pidió al Dr. José Ma. Dávila revisar el estado en el que se encontraba el loco, certificando que no se revelaba ningún trastorno mental, por tanto, los encargados de la Junta de Sanidad apelaron para que el loco fuera reembarcado.

El que desembarcó del "New Bern" será reembarcado, según nos han informado, y es muy puesto en razón que así sea. De lo contrario tan luego como se supiera que aquí se revive a los locos, no nos faltarán inmigrantes, de esa especie, que es ciertamente la menos aceptable, en el estado de nuestra sociedad. Cuando lleguemos a tener unos veinte o treinta mil chinos, será cosa de pensarlo (El Correo de la Tarde, 9 de julio de 1892, p. 1).

Después de este incidente se les hizo un llamado de atención a las autoridades marítimas para que estuvieran al pendiente de los desembarcos y evitaran este tipo de situaciones.

El barco presentó un peso simbólico hacia los locos en el puerto, un caso similar como la nave de locos en Europa descrita por Michel Foucault, en el sentido de embarcar a los locos fuera de la ciudad. Pero para el caso mazatleco este loco arribó al puerto, por ende, habría que preguntarse ¿cuántos más de estos locos fueron abandonados al interior del puerto? La navegación de los locos formó parte de la representación heterogénea de la locura y también una forma de exclusión y marginación del navegante, es de suponerse que no fue casualidad el abandono de este hombre pues la evasión de este tipo de individuos era evidente.

Si bien es cierto, el puerto abrió paso a los inmigrantes, pero por la aludida modernidad no cualquier persona pudo formar parte de la sociedad, la exclusión y la marginalidad se hicieron notar en los años porfiristas, “además de los desórdenes cometidos por los enfermos mentales, las críticas se enfocaron sobre todo a la imposibilidad de su encierro en el hospital” (Ayala, 2007, p.184). Prueba de ello fueron las diversas perspectivas sobre estos y otros actores nocivos y además de dar una imagen negativa del puerto en aras del progreso.

Por estos aspectos, la ciudad no podía cobijar bajo ningún motivo a los locos, pues estaban más preocupados por las opiniones de los municipios circunvecinos y de los estados cercanos; dejando claro que Mazatlán no era un depósito de locos mucho menos de locos foráneos, pero entonces Mr. Argos ¿era digno de la ciudad porque no causaba ningún desorden? Al parecer este dinamismo funcionó de esa manera, por lo menos la existencia de Argos en el puerto mostró decisiones y preocupaciones contrastantes, él si se desarrolló libremente y sin ataduras; mientras que el loco furioso proveniente de otro país fue excluido y denostado por daños a la moral.

Al interior del puerto y ciudad hubo dualidades discordantes entre los casos referidos, marcados por aspectos que tienen que ver con lo aceptado y lo prohibido, lo normal y lo anormal, había una clara tipificación de estos, prácticamente se anunciaba la pertenencia de los locos del puerto y los otros que no eran bien recibidos, fueron desconocidos en este espacio y nadie se quería hacer responsable.

En autores como (Ayala, 2007, p. 185) afirma: “se puede advertir un discurso progresista, ordenador del espacio urbano y tendiente al control social, el cual se reclamaba ejercieran las autoridades”. En relación a lo acontecido con los locos orizabeños durante el porfiriato, la situación de Mazatlán no fue distante pues los constantes discursos emitidos por la prensa de la época y la propia sociedad, se pretendía mantener a la ciudad en orden y para ello era necesario controlar a los dementes.

Las notas de la prensa nos muestran una faceta de esta situación, además los analistas porfirianos estaban “comprometidos con la protección a la sociedad, los expertos apoyaron sin reparo alguno la creación de instituciones capaces de contener la perniciosa influencia de lo que ellos percibían como hombres y mujeres perversos” (Rivera, 2010, p. 40).

No solo eran los dementes, sino también a los alcohólicos, criminales o prostitutas, incluso para estas últimas hubo un control un tanto riguroso durante el siglo XIX, predominó en buena medida la inquietud por la higiene tanto en Mazatlán como en los demás estados, sabido es que “el tema de la prostitución en México fue objeto de múltiples reflexiones, debates y propuestas debido a los problemas sanitarios, morales y sociales que se le atribuyeron” (Bailón, 2016, p. 43).

El hospital, el manicomio o la cárcel fueron espacios de internamiento, y en Mazatlán los hospitales aludidos lo desempeñaron. Realmente las autoridades no estuvieron interesadas por el bienestar de los locos, como tampoco la sociedad para con ellos, pues sólo eran un problema más al que le darían solución sometiéndolos y disciplinándolos, ya que estos locos no podían objetar por el trato recibido tampoco por los servicios médicos.

En este sentido, encontramos el caso de un demente que residía por la calle del Muelle, causó malestares a sus vecinos a pesar de encontrarse encerrado en su hogar, todas las noches gritaba estrepitosamente y los vecinos no podían conciliar el sueño, esta situación se presentó todos los días. Los vecinos cansados de él, no pudieron tolerarlo más llamando a la policía para que ellos, lo trasladaran al Hospital Civil. (*El Pacífico*, 12 de octubre de 1882, p. 1). Durante este periodo, todo loco que no era controlado por su familia,

la policía se encargaba de llevarlos a los hospitales y a la cárcel, instaurando una forma de poder regulatorio sobre los cuerpos.

El cuerpo de policía era vital, en el entendido de poner orden a la ciudad, vigilar y salvaguardar el bienestar social. Pero incluso la locura no sólo afectó a un grupo marginal, sino también a aquellos que podían tener una posición laboral reconocida. El caso del capitán de Artillería Conrado Landa, se dio a conocer en la prensa por su extravagante y osado comportamiento, este hombre subió hasta lo más alto de las torres de la Catedral, gritando que debían caerse en honor a la muerte del general Jiménez. Los transeúntes al escucharlo y observarlo llamaron a los policías, mismos que intervinieron para trasladarlo de inmediato al Hospital –suponemos en este caso que lo llevaron al Hospital Militar- lo que le condujo a actuar de esa manera, fue porque presentaba enajenación mental (*El Correo de la Tarde*, 28 de enero de 1897, p. 1).

Las causas asociadas a la locura fueron diversas, y para socavar la problemática en la última década del siglo XIX, cuando se dio a conocer el establecimiento de un departamento para dementes en Hospital Civil, estos hombres y mujeres empezaron a internarlos con más frecuencia al establecimiento. Por ejemplo, el chino Ley Won, por orden de su padre fue confinado en el Hospital Civil para su tratamiento a causa de enajenación mental.

Antes de ser remitido, sus actos en días anteriores propiciaron que su padre tomará la decisión de internarlo, pues un lunes por la noche el chino Won fue encontrado en la Plazuela Machado en condiciones poco favorables, mojado y golpeado. Las personas que lo vieron expresaron que el chino se había arrojado al mar para alcanzar al barco Orizaba, porque varios de sus paisanos iban a bordo, y por falta de recursos económicos no pudo partir junto con ellos (*El Correo de la Tarde*, 10 de noviembre de 1897, p. 3). Se puede observar en estos casos el ingreso a los hospitales como remedio curativo, pero también disciplinario.

Cabe señalar que no fue sino hasta 1893 que el Hospital Civil ya contaba con el departamento de dementes, sin embargo, la atención médica seguía siendo insuficiente en estos años. Esta institución fungió como medio de control y curación del cuerpo enfermo, la locura en este sentido se consideró una enfermedad, misma que era temida por la sociedad. Al parecer “sólo fue cuestión de décadas para que la locura, en el México de mediados del siglo XIX y la época porfiriana, comenzara a ser confinada al pabellón para dementes anexo algún hospital, cárcel o el manicomio” (Ayala, 2007, p. 180).

Esta cuestión no fue propia de Mazatlán pues en el municipio de Culiacán ya existían instituciones hospitalarias en las que también confinaron a hombres y mujeres dementes, sobre todo el Hospital del Carmen e incluso la Casa de Beneficencia que supuestamente en sus instalaciones cobijaba a ancianos o menesterosos, pero también se sabe que prestó ayuda a prostitutas, e incluso a locos, tal fue el caso de un labrador que padecía enajenación mental, la causante de su estado según él, fue por un supuesto remedio casero que le dio a tomar su esposa, mismo que le provocó fiebre en toda la noche y además de un disgusto con su cuñada. Estas razones fueron atribuidas a su padecimiento (*El Correo de la Tarde*, 1897).

Otra causa asociada a la locura era el desamor, así lo vivió Catalina, originaria de Agua Caliente un poblado circunvecino a Mazatlán, tuvo dos accesos de locura y la causa principal fueron los celos desenfrenados por un agente de quien se creía enamorada, aunque la desdichada mujer jamás logró conquistarlo, motivo por el cual perdió el juicio y también la mandaron al Hospital Civil. La asociación de la locura tenía que ver con el amor, porque “según el pensamiento decimonónico imperante, la mujer estaba determinada por sus ciclos biológicos y, a partir de lo cual, era mucho más propensa al desequilibrio de carácter y a las enfermedades nerviosas y mentales” (Morales, 2008, p. 35).

El caso siguiente, no estuvo alejado de la situación anterior, el jueves 27 de enero de 1897 por la mañana fue encontrada en la calle de Cocos una mujer demente que desde días anteriores había estado enferma, su familia no sabía qué hacer con ella, pues ya la habían tratado médicos, pero ninguno pudo curarla. Por lo que estando encerrada en su hogar o al salir por la calle, su comportamiento dio mucho de qué hablar entre sus vecinos, y como tampoco la toleraban, llamaron a la policía y a un agente para que se presentaran en su domicilio.

Al llegar a su casa procedieron a interrogarla, en cuanto a sus actitudes a lo que ella manifestó que le acongojaba ver a una mujer y a un hombre frente a su cama pretendiendo asesinarla; y a decir de la joven demente, la culpable se llamaba Concepción, misma que laboraba en una fábrica de cigarros. Los familiares de la demente acusaron a Concepción de ser una hechicera y además también a José su amante (quien anteriormente mantuvo amoríos con la joven demente) ambos como responsables de su condición porque creía haber sido hechizada por eso se encontraba perturbada de sus facultades mentales.

Sumado a estas declaraciones, la demente también dijo que Concepción había matado con brujerías a Delfina con quien José se pretendió casar, pero que no lo logró. El fin que tuvo este enredo amoroso fue que Concepción imploró su inocencia, bañada en lágrimas ofreció disculpas a la familia de la joven demente, prometiendo que la curaría (aunque en realidad no había causado ningún daño) no se supo que pasó después con ella. Pero lo que si se supo, fue que la joven demente murió un mes después por causas desconocidas, cuando estuvo en agonía por más que se le trató de disuadir que no sufría ningún daño maléfico en la enfermedad que minaba su cuerpo, por tanto murió convencida de haber sido hechizada por Concepción.

Una amplia lista de locos en sus diferentes facetas al interior de la ciudad, así como Mr. Argos mostró sus comportamientos en las vías públicas, también otro individuo conocido como el Cachora expresó sus extravagancias, aunque no corrió con la misma suerte que Mr. Argos, pues la policía lo detuvo mientras se paseaba por las calles en la noche, “vestido “de levita, clac, bota fuerte y un garrote grueso que hacía girar a guisa de bastón. Una muchedumbre le seguía divirtiéndose con su facha, riendo, silbando; y armando una bulla que degeneraba en escándalo” (*El Correo de la Tarde*, 29 de enero 1897, p. 2).

Un tipo con gracia, que sus seguidores se divertían con él por sus actos de caballero andante, se creía en su mente libertina el fausto de la noche, todo un majestuoso personaje teatral que alteraba el orden público. Parecía gozoso del espacio, sin embargo, cometió un altercado después de sus diversiones, intentó entrar a la casa del gobernador, pero no pudo lograr su objetivo por la intervención de un agente de policía al cerrarle el paso. No conforme con ello, el loco subió a uno de los vagones cercanos dirigiéndose a la Aduana, en donde los marineros lo llevaron al extremo del muelle arrojándolo al agua, recibiendo una ducha gratis y finalmente los policías lo aprendieron conduciéndolo a la cárcel.

Para las autoridades públicas, los locos corrompieron la moral, además de darle un mal aspecto a la ciudad moderna. Estos inadaptados iban a parar a la cárcel o a los hospitales, no importando si eran hombres o mujeres, como tampoco la edad, eran locos joviales, agresivos o místicos.

Todos ellos formaron parte del escenario porteño, como muestra de la compleja confluencia humana, y además de que marcaron una escisión en cuanto a los ideales porfiristas, siendo un calvario para las autoridades públicas, quienes trataron a toda costa de disciplinarlos remitiéndolos a las instituciones mencionadas, de alguna u otra forma debieron mantenerlos en orden. Aunado a ello, Nilda Guglielmi aludió sobre la marginalidad, en tanto que un individuo o grupos de individuos no son aceptados dentro

de la sociedad por alguna condición sea de índole, física, religiosa o patológica como en estos casos (Guglielmi, 1998, p. 11).

Los diferentes comportamientos de estos locos en las últimas décadas del siglo XIX, eran asociados todavía a supersticiones, el siglo anterior la locura y el sujeto que la padecía, se circunscribían en torno a causas sobrenaturales, el historiador Roy Porter realizó el análisis y el recuento sobre los cambios y conceptualizaciones que ha tenido este tipo de conducta humana.

Porter nos permite comprender por qué razón la locura en las antiguas civilizaciones eran comprendidas por cuestiones sobrenaturales, mágicas o demoníacas, en donde los supuestos Dioses castigaban a los individuos, y “en consecuencia, la cura quedaba en manos de los sacerdotes, médicos y para el diagnóstico y la terapia se recurría a augurios o al sacrificio y adivinación” (Porter, 2003, p. 43).

Este historiador consideraba que la locura era juzgada por todas las sociedades dejando a un lado la justificación clínica estricta, esto formó parte de la clasificación entre lo diferente, lo desviado y lo potencialmente peligroso. Lo mismo ocurrió en el caso de la sociedad mazatleca, situada y vista por la elite gobernante como una ciudad progresista en donde seguía permeando la mentalidad de siglos pasados en relación a los locos, y es que esta cuestión no cambió mucho pues también la atención médica era insolvente y el temor a ellos tampoco cesó.

No obstante, estos actores dieron mucho de qué hablar, aunque al parecer quiso ser evadida la atención médica, pues lo único que buscaron los gobernantes fue el control y la disciplina de los locos originarios del puerto y también de los locos extranjeros. Sin lugar a duda el cuerpo de policía desempeñó un papel importante, al vigilar y controlar a estos locos en los lugares públicos, aunque existieron controversias entre los médicos y las autoridades públicas por la remisión de estos individuos. Ya que los hospitales se encontraban con dificultades para brindarles atención médica, su mayor preocupación en este sentido era erradicar y atender a los enfermos por epidemias u otras enfermedades, excepto al loco.

Desde la óptica de Michel Foucault, para el caso de las instituciones hospitalarias, consideró que la enfermedad mental no debía entenderse como un hecho natural sino como un constructo cultural sustentado por una red de prácticas administrativas y médico psiquiátricas (Foucault, 1976, p. 174). Es por eso que durante el siglo XVIII se empieza a cuestionar a la locura, que la identifica de las demás formas de comportamiento social. No fue sino hasta finales del siglo XVIII y principios del siglo XX, cuando la locura se entiende como una enfermedad, es ahí cuando la locura empieza a ganar terreno para ser estudiada con mayor énfasis y análisis desde diversos puntos de vista, sean médicos o sociales, así mismo como la construcción cultural de cada sociedad como ocurrió en el caso de Mazatlán.

Comentarios finales

La modernidad durante el porfiriato en Mazatlán, siguió presentando una inestabilidad interna, al permear la mentalidad económica de la élite los beneficios fueron desiguales para las clases sociales. La clase baja tenía que subsistir y resistir a los cambios generados, así mismo enfrentar los porvenires del progreso anhelado, buscando los medios y recursos necesarios para poder subsistir, el desplazamiento de los pobres se hizo cada vez más notable en esos años.

A pesar de aludir que Mazatlán para estos años se destacó por ser una de las ciudades importantes en el noroeste, el pequeño grupo marginado y excluido estuvo presente, por más que se trataron de regular las

normas y las malas conductas no se logró una estabilidad total, su presencia permitió ver hasta qué punto la ciudad opacó y evitó a toda costa las acciones que mancharon al puerto pintoresco.

Con la heterogeneidad y el cosmopolitismo de su confluencia humana, se observaron las manifestaciones de locura y su construcción cultural y social, la cual fue heterogénea, manifestando polaridades discordantes, por un lado, estuvieron los locos aceptados, pero también se hicieron notar los locos que actuaron en contra de las normas, trasgrediendo y alterando el orden social, acreedores al juzgamiento por sus actos.

La expresión de “locura” por lo tanto rompe con la imagen modernista de la ciudad la cual estuvo opacada durante años. No fue sino hasta las últimas décadas del siglo XIX cuando se dieron casos más preocupantes por lo tanto debían encontrar un lugar para estos y así mismo ser confinados, no había otro lugar para optar más que el Hospital Civil, a partir de la última década del siglo XIX se suscitó un notable incremento de estos locos.

De ahí que se parta la idea que realmente hubo un número considerable de ellos, mismos que deambularon por las calles, otros encerrados en sus hogares, incluso algunos más fueron remitidos a la cárcel por los policías y en el mayor de los casos fueron confinados al Hospital Civil para ser atendidos por médicos.

No podría faltar la percepción de las autoridades públicas hacia los “locos”, al ejercer la cuestión disciplinaria de cualquier acto en contra de la ley, tomaron muy en serio su papel al actuar como guardines de la seguridad social, acatando ordenes establecidas de acuerdo a su oficio; es así que fungieron como intermediarios de este ir y venir progresista, que a pesar de los esfuerzos realizados redujeron los desórdenes provocados por este tipo de individuos.

Esos locos mazatlecos que manifestaron su locura libremente sin alterar el orden, fueron todo lo contrario convertidos en personajes cómicos, que divirtieron a su paso a muchos de los ciudadanos, locos aceptados que a pesar de sus comportamientos no fueron tratados medicamente, su vida transcurrió normalmente pues al fin y al cabo no causaban daños mayores.

Por lo tanto, la locura mazatleca fue un constructo cultural de acuerdo al entendimiento de la sociedad por la cual estaba regida, el grado de aceptación y exclusión pusieron al margen a estos individuos que bien o mal estuvieron inmiscuidos en la vida cotidiana del puerto. De igual manera en su interior estuvieron los vagos, mendigos, alcohólicos y las prostitutas, realmente fueron denostados, estigmatizados y excluidos por la sociedad, no necesariamente por ser pobres sino por su condición física, psicológica y patológica.

Finalmente cabe mencionar, que en Mazatlán no existió como tal un hospital psiquiátrico especializado para atender a enfermos mentales, aunque en la capital del país ya se había aperturado hospitales destinados a atender a este tipo de personas. Por lo tanto, el puerto y la ciudad de Mazatlán sólo se adecuarían con disciplinar y mantener bajo control a los locos en los espacios hospitalarios.

Referencias

La Opinión de Sinaloa, 1893.

El Correo de la Tarde, 1892, 1897, 1899.

LITERATURA CITADA

- Agostoni, Claudia. (2005). "Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología (Ciudad de México, siglos XIX al XX)", en Agostoni Claudia. y Speckman, Elisa, *De normas y transgresiones, enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*. México: UNAM.
- Ayala, H. (2007). *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*. Zamora, Michoacán: El Colegio de Michoacán.
- Bailón, F. (2016). *Prostitución y lenocinio en México, siglos XIX y XX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Díaz, V. & Lamarque R. (1992). *Salud pública en Sinaloa, historia y realidades*. Culiacán, Sinaloa: Coordinación General de Salud del Gobierno del Estado de Sinaloa.
- Favela, Astorga Pedro Pablo. (2014). *El poblamiento del puerto de Mazatlán entre 1830 y 1860*. Centro de Estudios Históricos, El Colegio de Michoacán, Michoacán.
- Foucault, Michel. (1976). *Historia de la locura en la época clásica I*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- _____. (1984). "Documental sobre la conferencia brindada en el Cercle de études architecturales, 14 de marzo de 1967", *Mouvement, continuité (5)*, s/p.
- , (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Guglielmi, Nadia. (1998). *Marginalidad en la Edad Media*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Illianes, M. A. (2010). *Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973, (hacia una historia social del siglo XIX*. Chile: Ministerio de Salud.
- Márquez, L. (1994). *La desigualdad ante la muerte en la ciudad de México. El tifo y el cólera (1813 y 1833)*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Morgado, Alonso. (1889). "La mesa de Mr. Argos". En *Mazatlán Literario. Álbum prosa y versos de los escritores de la ciudad de Mazatlán*. Mazatlán, Sinaloa: Imprenta y casa editorial de Miguel Retes.
- Olmo, P. O. (2006). "Marginados: la producción y el castigo de la exclusión". En Castillo, S. & Olmo, P. (coords.), *Las figuras del desorden. Heterodoxos, proscritos y marginados*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Pérez, Montes Víctor. (2009). *Mazatlán: visiones cotidianas entre lo sacro y lo mundano 1861-1877*. Facultad de Historia- Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez, M., L. (2008). *Atención hospitalaria y Salud Pública en el Mazatlán del siglo XIX*. Culiacán, Sinaloa: Archivo Histórico General del Estado de Sinaloa.
- Torres, F. (2016). *Instituciones, espacios y actores urbanos en el puerto de Mazatlán (1880-1910)*. Facultad de Historia-Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa.
- Rivera, C. (2010). *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910-1930*. México: TUSQUETS.
- Morales, F. (2008). *La apoteosis de la medicina del alma, establecimiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910*. Facultad de Filosofía y Letras- Universidad Autónoma de México.

SÍNTESIS CURRICULAR

Grisel Santiago Pérez

Licenciado en historia por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Pasante en la maestría en historia por la misma institución. Ponente en congresos nacionales e internacionales. Ha realizado estancias de investigación en instituciones de educación superior.



EL CUIDADO DE LA SALUD DENTRO DEL EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN EN SINALOA UN ACERCAMIENTO A SU HISTORIA

HEALTH CARE WITHIN THE PROSTITUTION EXERCISE IN SINALOA AN APPROACH TO HIS HISTORY

Ana Julieta Rueda-Morales

Licenciado y maestro en Historia por la Facultad de Historia de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

RESUMEN

Este trabajo analiza el papel de la prostitución y las prostitutas, haciendo énfasis en el papel que tuvo por su parte el Estado y sus múltiples formas de reglamentarla por el bien de la sociedad. A finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, donde su participación tuvo relación con una u otra forma en el reordenamiento de los espacios públicos y privados, así como también de las manifestaciones sociales y culturales de la sociedad, lográndose convertir en una de las demandas principales de la época y los espacios donde se llevaba dicha venta y compra del placer sexual fue elevado, ya fueran en lugares establecidos o clandestinos. Así pues, la prostituta jugó un papel negativo para la moral inculcada durante estas épocas en la sociedad. La prostitución se constituyó como una forma de empleo discriminado y enigmatizado donde las prostitutas se ganan la vida fuera del hogar, así burdeles, cantinas, prostíbulos o casas de tolerancia, sin dejar de lado también esa prostitución callejera, se muestran como un espejo invertido de la realidad vivida y de la función pretendida por el entorno social, siendo marginados, excluidos a las periferias de las ciudades o pueblos. En este trabajo logre capturar algunos de los aspectos de la vida social, la presencia de enfermedades y epidemias, así como las nuevas ideas de salubridad y médicas.

Palabras clave: prostitución, bajos fondos, discursos, siglo XX, espacio público.

SUMMARY

This paper analyzes the role of prostitution and prostitutes, emphasizing the role played by the State and its multiple ways of regulating it for the good of society. At the end of the 19th century and the first decades of the 20th century, where their participation was related to one way or another in the reordering of public and private spaces, as well as social and cultural manifestations of society, they managed to turn into a of the main demands of the time and the spaces where the sale and purchase of sexual pleasure took place were high, whether in established or clandestine places. So the prostitute plays a negative role for the moral instilled during these times in society. Prostitution was constituted as a discriminated and enigmatized form of employment where prostitutes earn their living outside the home, so brothels, canteens, brothels or houses of tolerance, without neglecting also that street prostitution, are shown as an inverted mirror of the reality lived and the function intended by the social environment, being marginalized, excluded to the peripheries of cities or towns. In this work I managed to capture some of the aspects of social life, the presence of diseases and epidemics, as well as new ideas of health and medical.

Key words: prostitution, low funds, speeches, 20th century, public space.

La prostitución y la figura de la prostituta en México

La prostitución muestra la vida amorosa humana reducida a una horrible caricatura: el amor reducido al simple acto del placer, de la eyaculación en el marco de una entrega venal de la mujer al hombre, la compra y venta del placer, de una caricia y porque no de algo más. Es así como el analizar el papel que jugaron las mujeres sinaloenses en la práctica de la prostitución en el transcurso de los tiempos, no solamente es analizar una práctica social marginal, ya que también es destacar todos aquellos juicios construidos por la sociedad alrededor de la prostitución, así como las medidas que se establecieron para regular y/o censurar su actividad, como la de sus espacios. La figura de la mujer transitará no sólo en caricias y placeres, sino que peregrinarán de sus centros laborales, hacia el hospital y la cárcel.

Un ejemplo de esto sería, que durante el Porfiriato el Gobierno del Estado de Sinaloa –cañedismo- pretende crear una paz y orden dentro del Estado, dando como resultado un alto crecimiento poblacional, con ello nuevos centros urbanos e infraestructura; aunado a ello, nacen nuevas ideas, como manejar el sector de salubridad, por su parte, durante los años posrevolucionarios, se presentan condiciones adversas en buena parte de la población la mayoría bajó las dinámicas de las distintas fuerzas revolucionarias y sus opositoras, esta vorágine dejó –por ciertos lapsos- en un segundo plano los asuntos de salubridad y reglas de urbanidad y moral pública, en tanto que a partir de los años veinte y sobre todo ya entrados los años 30's se dieron importantes avances en salubridad pública.

En términos muy simples, la prostitución es el comercio que hace una mujer de su cuerpo y lleva a cabo relaciones sexuales con una gran diversidad de hombres; en estas relaciones la prostituta, excluye todos aquellos factores emocionales o afectivos que debieran existir en una relación de pareja; por este intercambio de caricias y placeres, la mujer recibe una contribución monetaria o material por dicha práctica, “la prostitución es sexo por dinero...define a una prostituta (meretrix) como una mujer que ofrece sus servicios sexuales públicamente (palam omnibus) por dinero (pecunia accepta) y sin distinción (sine delectu)”. La definición de la palabra – y su empleo – está vinculada a cada época y a cada cultura” (Van de Pol (2005, p. 14).

Los espacios donde se llevan estas prácticas, son primordiales en cierta parte para el auge de la prostitución, estos lugares transgresores, rechazados, sufrirán determinados procesos de acuerdo a lo que se va estableciendo en relación con la práctica de la prostitución, así cuando Lotte Van de Pool, nos habla de estos lugares, se refiere a ellos como las llamadas casas de baile, lugares que los turistas visitaban y llegaban a describir. Las casas de baile eran las que más apelaban a la imaginación, pero el núcleo del negocio era la casa de putas o prostíbulo:

La “casa de putas” era el término con que se aludía a cualquier casa, cuarto o sótano que ofreciera una oportunidad para mantener relaciones sexuales fuera del matrimonio. Normalmente se trataba de una vivienda en la cual vivían dos o tres prostitutas con una mujer que regentaba allí su negocio. Las casas más grandes solían contar con la presencia de un hombre y una sirvienta, y a veces había más prostitutas, asimismo, había casas más pequeñas con una sola habitación o un sótano, donde en ocasiones solo vivía una prostituta (Van de Pool, 2005, p. 114).

Es así que para los siglos XIX y XX, se da una represión, tolerancia y reglamentación de la prostitución, ofreciendo una mirada social sobre la actividad, a la que se condena a la par que se tolera. Aspectos policiales y sobre todos médicos confluyeron en la gestación de la normativa fundamentada en el censo y el control policial de la población dedicada a la prostitución y en su revisión médica periódica (Guereña, 2003, p. 16).

Prosiguiendo con este breve recorrido por las imágenes de la prostituta en el devenir histórico de México, se tiene que el siglo XIX, en tanto que puede ser catalogado como el siglo burgués, también puede ubicarse como la centuria de la hegemonía estatal y masculina sobre las mujeres y las prostitutas. Por esa persistente actitud de querer someter a las mujeres a un papel determinado, ha sido llamado también el siglo del encerramiento de las mujeres, sobra decir que, en el hogar, aunque la similitud pueda ir más lejos hasta afirmar que la pretensión decimonónica de encerrar a las prostitutas en burdeles para mejor controlarlas, tenga que ver con todo esto (Nuñez, 2006, p. 163). Así las prostitutas eran un tipo de mujeres que rompía con la conducta socialmente aceptada.

Ya avanzado este siglo decimonónico, la sociedad mexicana marco contrastes: estos no eran solamente en liberales y conservadores, entre modernistas y tradicionalistas, sino también dependiendo de la escala y la actitud social: los “decentes” y los “indecentes”. Los estratos altos establecían una clara línea divisoria entre esta población “decente” y “la chusma” o la “plebe, términos despectivos que con frecuencia fueron utilizados para describir a un amplio sector de pobres y marginados sociales a quienes se les atribuía una natural degradación moral y mayor propensión a los vicios.

Algunas investigadoras comentan al establecerse estas fronteras entre la “gente decente” y los “miserables” y “depravados”, “el discurso sobre la discriminación permitió legitimar la represión policial, la segmentación del espacio urbano, el desprecio por la cultura popular y...la segregación de las clases.” (Ríos, 2008, p. 286) Esta división social, que tenía múltiples manifestaciones: por ejemplo, a mediados del siglo XIX, era común la crítica pública contra quienes asistían a las vinaterías, generalmente de origen humilde. Los decentes tomaban su copa en las pastelerías francesas [ya que] las pulquerías y vinaterías eran cantinas de los borrachos de frazada, quienes se conformaban con gastar sus cuartillos de chinguirito refino, de mistela, de arriba y de abajo o alcohol rebajado (Ríos de la Torre, 2007).

En el México de principios del siglo XX, las normas escritas – y no escritas – establecían los sitios donde se podía ejercer dicha actividad. Durante los años porfiristas, el burdel fue una institución visible donde se realizaba el comercio sexual, muchos de ellos ubicados en los cascos urbanos. Esta situación no cambió mucho durante los años revolucionarios.

Prostitución: no solo gozo... también dolor y enfermedad

La presencia de una sexualidad fuera de los parámetros establecidos por las instituciones y la moral oficial predominantes desde los años porfiristas y en fechas posteriores, junto a los problemas morales que conllevaba su práctica, aparecen también otros que aparecen casi consustanciales a la presencia de dicho fenómeno: las enfermedades contagiosas derivadas del contacto sexual.

Amparados en que la prostitución es un acto donde la venta de sexo se realiza con personas diversas, muchas de ellas desconocidas no solamente físicamente sino también ignorando las condiciones de salud del comprador de caricias y placer, por tanto no era raro que estas mujeres se alquilaran con clientes enfermos; eso ocasionaba que la enfermedad se transmitiera, generándose una cadena de contagios, que se propagaba de prostituta a sus clientes.

Todo esto provocaba un serio problema de salud pública porque la enfermedad salía del prostíbulo para diseminarse entre otras parejas con las que el contagiado tuviera contacto sexual. Por tal situación, las medidas preventivas y curativas de este tipo de enfermedades estuvieron muy asociadas a la práctica prostibularia. Así pues, una de las muchas enfermedades que aquejaron la vida de las prostitutas, fue la Sífilis. Pero ¿Qué fue la Sífilis?

Esta es una infección sistémica y crónica, causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, generalmente se transmite por contacto sexual, producido dicho contagio, sigue un período de incubación que frecuentemente se hace presente a partir de la tercera semana; se hace manifiesta con la aparición del primer signo o “chancro”, una reacción tisular localizada en la zona de contacto. El chancro se desarrolla en los órganos genitales o cerca de esa zona, así como también puede desarrollarse en labios y manos. La primera etapa de la sífilis es tan peligrosa, ya que el enfermo es capaz de infectar a otras personas sin darse cuenta, pues la pequeña úlcera inicial muchas veces pasa inadvertida. Entre seis y ocho semanas después de la aparición del chancro el paciente entra en la etapa secundaria, aunque los síntomas

pueden tardar un año o más en aparecer (Carrada, 2003, pp. 222-225). De no atenderse médicamente puede llegarse hasta la muerte y adquirir dimensiones de epidemia. Es común que esta enfermedad contagiosa se desarrolle cuando ocurren relaciones sexuales promiscuas y sin control, de ahí que se le asocie con la prostitución, sin ser exclusiva de la misma.

Durante la primera mitad del siglo XVIII, el Dr. Jean Astruc publicó el tratado "De morbis Venereis", donde proponía un tratamiento basado en frotaciones mercuriales con el "ungüento napolitano", el cual era prolongado, incómodo y con molestos efectos secundarios. A su vez, aparecieron varios productos para consumirse vía bucal, entre ellos, "Tisana de los caribes", "Agua de hipocrenne", "Bálsamo solar", "Agua Astral" y el "chocolat verolique". Durante este mismo siglo, ya hacia finales del mismo, John Hunter aplicó cirugías a enfermos con sífilis; también observó los comportamientos de otras enfermedades venéreas como la gonorrea. Propuso calmantes astringentes, diuréticos y purgantes, ungüentos e inyecciones mercuriales, inyecciones de acetato de plomo e inyecciones emolientes de aceite, de leche o vitriolos (sulfato de cobre y de hierro). Otro estudioso de la sífilis fue Fournier, quien publicó "Syphilis et marriage" en el que sistematizó el tratamiento con yoduros y mercurio (Körte y Braga, 2007, pp. 9-10).

Es así que, desde inicios del siglo XVI hasta principios del siglo XX, la atención de los sifilíticos dependía del mercurio. Tenía una gran variedad de formas de aplicación. La vía tópica: el ungüento gris, en calomelano o tabletas, en inyecciones, en fricciones y fumigaciones en donde el mercurio se introducía en el cuerpo por los pulmones. (Körte y Braga, 2007, pp. 11-12) La propagación de esta enfermedad fue tal que, se ha considerado que, en el siglo XIX "sucedió en el trono de los males terribles a la peste o la lepra, heredó de esas enfermedades su aura de peligrosidad universal y de símbolo de terror al contagio". Además de ello, la esta enfermedad tenía otras implicaciones porque "Haber padecido sífilis se convertía en una marca, en un estigma para la persona. No porque fuera contagiosa una vez curada, sino porque simbolizaba depravación y vicio" (Lazo, 2007, p. 172).

Por eso es explicable que al arribar el siglo XIX, la estigmatización a las prostitutas como portadoras de enfermedades se incrementó. Si al efectuar una inspección sanitaria resultaban enfermas, para efectuar los trabajos de curación se les aislaba, colocando a las prostitutas en prisión para recibir el tratamiento; de dicha celda no salían hasta que recuperaban su salud. Estas mujeres eran consideradas más como el símbolo de la desmoralización de la sociedad a través del sexo, que responsables de transmitir una enfermedad contagiosa (Lazo, 2007, p. 12).

Para el territorio mexicano, durante el siglo XIX, se propagó todo un discurso sifilofóbico en torno a la prostitución, la presencia de enfermedades derivadas de relaciones sexuales es antiquísimo. Inicialmente, se pensaba que la sífilis había llegado a estas tierras traída por los conquistadores españoles, pero a partir de la octava década del pasado siglo XX, investigaciones arqueológicas y particularmente el estudio de restos óseos prehispánicos muestran que esta enfermedad ya estaba presente en la sociedad mesoamericana (y otras partes de la actual América Latina) antes del arribo español; más aún, en crónicas de conquista se menciona que entre los aztecas ya estaban presentes enfermedades venéreas ocasionadas por relaciones carnales ilícitas (Ortiz de Montellano, 1993, p. 149).

Posteriormente, desde tiempos inmediatos a la conquista, los religiosos llegados con los españoles emprendieron iniciativas para atender esta enfermedad ya presente. Antes de que se cumplieran dos décadas de la conquista de la llamada Nueva España, Juan de Zumárraga fundó el Hospital de Nombre de Dios, donde "se curan y se sustentan los enfermos pobres de morbo gálico y no otra alguna por ser la más nociva y contagiosa de las que hay en estas partes" (Franco, 1972). Durante esta segunda mitad del XIX, el Hospital de San Andrés seguía cumpliendo con dicha labor higiénica. Como también lo hacía el Hospital de

San Juan de Dios, este último a partir de 1868 atendía a las prostitutas con males venéreos. Según el Reglamento de la Dirección de Beneficencia Pública de 1880, de la ciudad de México, dos hospitales atenderían estas enfermedades, el de San Andrés, a los enfermos del género masculino y el Hospital Morelos (era el viejo Hospital de San Juan de Dios con nuevo nombre) a las “enfermas sífilíticas” (Martínez, 2007, pp. 20, 37-43).

Lo anterior solamente es una muestra de las preocupaciones que existían en materia de salud pública relacionada con este tipo de padecimientos. Por ello, junto a las medidas reglamentarias y sanitarias implementadas en esos tiempos, se desató una amplia discusión entre diversos especialistas mexicanos a fin de explicarse las implicaciones de la prostitución en todos sus ámbitos y las mejores acciones a emprender por las instituciones para controlar los efectos negativos que generaba en materia de padecimientos médicos.

Con el fin de combatir los problemas de salud a los que se enfrentaban las grandes ciudades se adoptaron diferentes políticas, algunas dirigidas al entorno urbano, otras a crear los hábitos de los ciudadanos otros a normar a los transgresores. Dentro de ellas se destacó las campañas sanitarias. Los gobernantes y algunos grupos particulares, entre ellos los médicos, emprendieron una cruzada por mejorar la higiene de las ciudades y de sus pobladores.

Como parte de la ideología en torno a la sexualidad y al pensamiento sobre la dicotomía salud /enfermedad, limpieza/suciedad, en la época que nos ocupa, el panorama de normatividad urbana, y en específico lo referente al cuidado de la salud, la higiene y la moral pública de los residentes de la ciudad de México (donde el incremento de las enfermedades venéreas como la sífilis era una amenaza pública) hizo necesaria una vigilancia de las clases bajas, que formaban la capa más abundante e improductiva, los vagabundos, los mendigos, los carterista, los niños expósitos y por supuesto las prostitutas. Por lo tanto, predominó en el pensamiento colectivo el impulso que pretendió luchar contra lo higiénico e impedir contagio de las enfermedades, en este caso las venéreas, y particular la sífilis. De ahí que el discurso floreciente del se anclara en la reglamentación de la práctica prostibularia (Ríos de la Torre, 2007).

De acuerdo con las estipulaciones, el examen médico, acto privado por excelencia, se convierte en público. Las prostitutas realizan el tránsito al dispensario a la vista de todos, el espacio de curación en el hospital tiene nombre propio —Sala de Sífilíticas— y no es sólo el “taconeo impertinente” el que llama la atención, las enfermedades sustituyen al cuerpo y es como si ellas mismas transitaran por las calles. La prostituta tiene que emplear otras formas o sustituir la forma habitual que podría emplear en la práctica, trabaja con otros instrumentos de los considerados “normales”: se puede emplear el pie, la mano, la nariz, los oídos, pero los genitales están vedados. Esto respecto a lo que se confirmara en cada expediente de los exámenes médicos.

Las campañas de salud pública tienen como propósito principal llegar a las mujeres que ejercen la prostitución, quienes son vistas más como un “mal necesario” que como individuos con derechos plenos (Estrada, 2007, p. 33). La atención se brinda para prevenir que este cuerpo enfermo propague su daño a personas sanas, era un asunto de salud pública. En general, la sífilis era vista, por la sociedad de la época, como una manifestación del pecado, interpretada como forma de castigo y de estigma, para aquellos que ejercían actos inmorales y cometían el pecado de la lujuria. Asimismo, en la práctica de la prostitución, fueron diversos los espacios de placer y sexualidad, los ofrecimientos se multiplicaron, pernearon a la ciudad, los salones de bailes, la música, el alcohol y claro junto a ello, la prostitución. Se da un sin número de visitas a las cantinas, burdeles, prostíbulos, a los bailes, las carpas y casas de citas, en donde las actividades carnales, son el principal punto de referencia.

Por eso, la higiene, fue el instrumento básico para esta reingeniería social, aunque discursivamente se orientaba a toda la sociedad, no estaba al alcance ni en la dinámica de todos, su orientación estaba centrada en lo urbano y en el epicentro de lo urbano; las clases y sectores de los suburbios, la periferia y lo rural no eran prioritarios ni factibles de integrar a la modernización. Esto lleva a un autor a sostener que:

La higiene nace como un proyecto en sí mismo excluyente; porque el mundo a construir, es el mundo de los médicos, políticos, académicos, y en general, de los que son parte de la centralidad, no de las periferias. Si bien, en teoría, el pensamiento higienista es una propuesta de inclusión y de conservación de la vida, en la práctica, no cobija al mundo popular; porque ese cosmos no tiene los parámetros de limpieza, pulcritud y civilización requeridos para la nueva nación (Toledo, 2009, p. 25).

Una infinidad de discursos diferentes son lanzados de manera genérica por esta elite pero que tienen una recepción muy clara, donde amplios sectores populares “hablan” y “entienden” otro idioma; de ahí que los llamados que les llegan en materia de salubridad e higiene desde estos núcleos privilegiados, cuando les atañen o involucran, sean más imposiciones y órdenes de autoridad que diálogos de confluencia e incorporación en aras de sanear la vida nacional. Lo anterior puede explicar el porqué de las dificultades para cumplir con las pretensiones profilácticas en materia de enfermedades contagiosas y venéreas. Si la profilaxis, busca la prevención y evitar la enfermedad, no enfrentar a la enfermedad, como sería el caso de lo terapéutico; la primera orientada a mantener la salud, la segunda a restaurarla, “El espacio donde la profilaxis se inserta no es el hospital, dispensario o consultorio, ni la cárcel o reformatorio, sino el hogar, las calles, la escuela o templos. La estrategia es simple: higienizar la vida; purificar la ciudad, la sociedad, el cuerpo y su rincón más profundo: la mente” (Toledo, 2009, p. 23). Sin embargo, en este diálogo de sordos y con distancias sociales tan marcadas, los aires comunicativos dan pie para que lo profiláctico disminuya en su onda expansiva y lo terapéutico sea necesario para enfrentar las enfermedades derivadas de una práctica sexual condenada socialmente.

Las campañas de salud pública se realizan desde una perspectiva científica. No obstante, en ciertos casos, los padecimientos son estigmatizados desde la perspectiva moral y social. Las políticas gubernamentales al respecto son contradictorias, si bien abordan el problema de la enfermedad desde una perspectiva global que abarca a todos los ciudadanos, ciertos males, de acuerdo con el sector social que afecten, reciben un diferente tratamiento. Para algunos individuos, salud y honor se conjugan de manera indisoluble y gracias a la consulta privada el secreto médico los protege. Para otros, las posibilidades de resguardar la vida privada, y por lo tanto el honor, muestran muchas dificultades.

La forma de transmisión señala los padecimientos venéreos como “asquerosos” y “vergonzosos”, pero la vergüenza no alcanza sólo a estas afecciones sino también a aquellos que por sus efectos son vistos como un peligro para la herencia y el mejoramiento de la raza. En la mayoría de los casos, cuando se declara el mal, se llama al médico y se administran medicamentos; esto no sucede con los venéreo-sifilíticos porque son parte de un secreto, del miedo creado en el paciente y su familia de que la dolencia, sus síntomas y manifestaciones sean conocidos por la sociedad (Estrada, 2007, pp. 38-39).

En general, durante el Porfiriato y la Revolución, se establecieron una serie de medidas para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas, y sobre todo aquellas denominadas venéreas, así las mujeres que ejercen la prostitución, son las que llevan la bandera de ser las principales portadoras de todos los males relacionados con el placer sexual. Una de ellas fue la de un registro en donde quedaría establecido quien ejercía la práctica de la prostitución (Nuñez, 2002, p. 68). En el registro se mandaba que la prostituta entregara su fotografía al comisario de Sanidad para tener derecho a ejercer la actividad.

Estas fotografías se adhirieron a un costado de los datos de filiación que cada una respondió en el momento de su inscripción. El corpus fotográfico para las autoridades representó un ejemplo coherente con la idea de normalizar y de excluir a las mujeres de manera tácita de la vida en la ciudad.

Los datos que acompañaban de cada fotografía incluían el nombre de la mujer y el pueblo o ciudad de que provenía y la edad, profesión o el oficio, que muy probablemente la mujer seguía desempeñando. Además, se daban a conocer los domicilios en los que se localizaban las casas públicas o burdeles y las casas de tolerancia.

En algunos casos, las prostitutas detallaron sus domicilios personales: como fueron, cuartos o accesorias en vecindades. El tipo de formato de fotográfico que han localizado con más frecuencia en el documento es el de tarjetas de visita, los otros formatos son de tipo cuadrado o de credencial como hoy se les conoce, ovalo y otros más reducidos.

En su representación de las prostitutas, Beatriz Hurtado Ayala (2006, p. 21), hace hincapié, también a lo referente a la Sífilis, y la vinculación que se da de la enfermedad a la mujer publica, “las prostitutas son los banqueros de la sífilis, fuente perenne e inagotable de este virus: ellos dan a los hombres y también lo toman de ellos; pero el hombre que lo comunica a una prostituta es casi seguro que, con muy contadas excepciones, lo ha tomado de otras prostitutas”.

Por la proliferación y amenaza de esta enfermedad, una parte de su tiempo, las prostitutas tenían una cita con las inspecciones sanitarias. Pero en caso de detectarse dicha enfermedad, la actitud de las autoridades médicas era contrastante según se tratará del cliente o de la prostituta que le “vendió” sus servicios. Rosalina Estrada, (2007, pp. 33-34) afirma que, desde los años porfiristas, las enfermedades venéreas para estos clientes era un problema reservado al ámbito privado y estaba protegida por el secreto médico. Al respecto afirma:

El examen médico, acto privado por excelencia, se convierte en público. Las prostitutas realizan el tránsito al dispensario a la vista de todos, el espacio de curación en el hospital tiene nombre propio –Sala de Sifilíticas- y no sólo es el “taconeo impertinente”, el que llama la atención, las enfermedades sustituyen al cuerpo y es como si ellas transitaran por las calles.

Así que los derechos de estas mujeres que ejercían la prostitución estaban vedados, eran tratadas como seres humanos diferentes. No solamente eran marginadas por su pertenencia a clases bajas –regularmente- sino que también recibían una segregación de parte de las autoridades policiales y sanitarias. Al respecto Fernanda Núñez señala que esta en esta doble discriminación, “las prostitutas del discurso son irremediablemente pobres y degeneradas” (Núñez, 2005, p. 361). Y esta condena social y moral parece que están presentes en este acto violatorio de su personalidad e intimidad.

Los exámenes practicados a las mujeres que ejercen el oficio de la prostitución no detienen el crecimiento de los males venéreos, menos si consideramos que no sólo son ellas las que están en riesgo. Los clientes, en algunos casos “honorables hombres” y padres de familia, propagan la enfermedad y son protegidos por el secreto médico. La reglamentación establece de manera tímida una sola regla que protegería a las prostitutas del contagio, es la matrona la que tiene el deber de auxiliarlas “cuando no quieran prestarse a hombres de quienes sospechen [que] están enfermos de mal venéreo” (Reglamento, 1873). Pero la posibilidad de rechazo es pequeña; finalmente la sospecha no es garantía de negación. Para justificarlo, la mujer tiene que probar que está sana exhibiendo su libreta.

Y es así como el asunto de las enfermedades y la salud fueron preocupaciones de las distintas reglamentaciones en la materia que existieron en México. Una de sus orientaciones fue que se fueron estableciendo tienen como objetivo principal la salud, y particularmente la prevención de las epidemias. El control y la vigilancia sanitaria de la prostitución se ubican en esta corriente que busca la profilaxis de las sociedades. En esta materia México se aplican diferentes reglamentos que tienen como planteamiento esencial la tolerancia y el control.

Es pertinente agregar que en estos años de fines del siglo XIX y principios del XX, en torno a la prostitución y las enfermedades contagiosas que se presentaban en esta actividad se generaron opiniones diferentes, donde destacan las formuladas por los denominados higienistas, quienes consideraban que además de las prostitutas, existen otros culpables de la propagación de dichas enfermedades, donde figuraban la iglesia y la familia, ya que éstas propiciaban “una sexualidad secreta que anima a la promiscuidad sexual y la extensión de los males de transmisión sexual” (Elaine, 2001, p. 103).

Así que los problemas de contagio no se exterminaron y en años posteriores tuvieron hasta repuntes significativos. Esta agudización de problemas de salud pública a nivel municipal se presentó en momentos cuando la contienda armada de la Revolución Mexicana vivía sus más agudos conflictos bélicos. Para 1915, el avance de la sífilis y de otras enfermedades infectocontagiosas (como el tifo y la influenza) provocaron un renovado interés de médicos e higienistas por detener los contagios. Se hicieron campañas higienistas entre la población en general y se impusieron reglas sanitarias más rígidas tanto a las prostitutas como a la clientela masculina. La posibilidad de contagio estaba en todos lados y no solo entre las “mujeres públicas”, como lo habían creído los higienistas (Sánchez, 2010, p. 23). Por eso, a fin de impedir la propagación de enfermedades derivadas del contacto sexual, en el Reglamento que sobre este tópico se aprobó en 1917, entre otras cosas, se establecía la prohibición a los clientes para que tuvieran relaciones sexuales con mujeres que padecieran sífilis, lepra, diabetes, tuberculosis y tifo (Estrada, 2007, p. 36).

Específicamente, en materia de prevención salud se establecía la intervención de una matrona como mediadora entre las prostitutas y el Estado; el interés por la salud pública, a fin de evitar la propagación de enfermedades venéreas; aparte de mantener otros aspectos coaligados como la preservación de la moral y orden públicos como medio para impedir los escándalos y desordenes en vía pública y la obtención de ganancias con el pago de impuestos para que operaran dichas casas (Sánchez, 2010, p. 23). Además, respecto a la inspección sanitaria emprendida, destaca la reglamentación de 1917 estableció una política centralista en el terreno sanitario; relegó las responsabilidades de estados y municipios; así como también emprendió una amplia campaña de propaganda higiénica que mejorara las condiciones de vida de los mexicanos. Lo distintivo fue esa federalización de la salud (Arechiga, 2005, pp. 117-143). En tanto que, al establecerse el Código Sanitario de 1926, las acciones en materia sanitaria involucraron a ambos sexos. Puntualmente, se estableció que, en el caso de las enfermedades venéreas, se fijaban penas a hombres y mujeres que, a sabiendas, contagiaran a otros de una enfermedad venérea. Al año siguiente, este código civil se modificó para proteger a las mujeres casadas ante las enfermedades venéreas de sus esposos.

Por su parte, en la Ciudad de Puebla para estos años, se proponen diferentes iniciativas que se ponen en discusión para controlar la extensión de los males venéreos, nos dejan ver las condiciones de vigilancia y control a las que están sometidas estas mujeres. El doctor Lauro Camarillo, comisionado de Higiene y Salubridad del Honorable Ayuntamiento de la ciudad de Puebla, considera que el método de curación existente “es desastroso” y una fuente persistente de contagio. Preocupado por “el mejoramiento de la raza”, juzga que es necesario utilizar el tratamiento mercurial intenso y el arsenobenzol para mantener al enfermo sin lesiones contagiosas hasta la curación total. Propone un método para cegar las fuentes de propagación y finalizar con la sífilis en este medio:

1. Las mujeres públicas no podrán curarse en su domicilio sino en el hospital.
2. Las enfermas sifilíticas dadas de alta volverán al hospital en el plazo indicado y recibirán tratamiento intermitente.
3. Aplicada la inyección, la enferma abandonará el hospital y retornará según el plazo y así sucesivamente.
4. La boleta que acompañará a la mujer pública y que deben exigir los empleados de sanidad debe tener los datos generales de la mujer.

Según el galeno, con este método no se viola el secreto médico y se conseguiría que en el plazo de diez años la enfermedad fuese desterrada (Archivo del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Puebla, *Libro de Expedientes*, t. 615, leg. 15, 1919, Archivo del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Puebla).

En general, haciendo un apunte sintético, Rosalina Estrada afirma que las mujeres las cuales ejercieron el oficio de la prostitución siguieron siendo de objeto de controles y exámenes sanitarios hasta la derogación del *Reglamento de prostitución* en los años del cardenismo, (Estrada, 2007, p. 54) cuando se da un giro en las medidas en esta materia.

Enfermedades venéreas y prostitutas en Sinaloa

Al iniciar el tratamiento de este tema en el territorio sinaloense, es necesario aclarar que la ausencia de una investigación histórica sobre las enfermedades contagiosas y la salud en esta entidad, dificulta el abordaje y evaluación de las dimensiones de las enfermedades generadas por el contagio sexual, de ahí que sólo se destacarán indicios que apunten algunos rasgos sobre el particular.

Una mirada de orden cuantitativo a la propagación de enfermedades venéreas es prácticamente imposible de resolver en esta investigación, sobretodo porque muchos de estos casos permanecieron anónimos por las obvias estigmatizaciones; sin embargo, lo que claramente se percibe es que dichos contagios sifilíticos no revistieron la modalidad de epidemia, ya que pese a lo mencionado con antelación en el sentido de ser considerada como una enfermedad que en términos de peligrosidad supliría a la lepra o la peste, en tierras sinaloenses fue la epidemia de peste la que dejó honda huella en las calamidades sanitarias sinaloenses, ya en algunas ocasiones se hizo presente en el puerto de Mazatlán, sobre todo entre puso una estela de muerte la epidemia de peste que entre finales de 1902 y varios meses de 1903 dejó más de medio millar de muertos, aunque otras fuentes estiman que llegó hasta los dos millares. La sífilis no adquirió estas dimensiones ni se manifestó de esta forma, pero eso no minimiza su amenaza ni su silenciosa presencia en Mazatlán y Culiacán durante los años sujetos a estudio.

La seña aportada en torno a esta enfermedad dejó en este pasado sinaloense proviene, sobretodo, de la prensa de la localidad, uno de los principales medios donde se puede encontrar información respecto a medicamentos milagrosos para la higiene y la propagación de enfermedades venéreas, así como la preocupación de las autoridades y la población sobre dicha enfermedad, esto entre otros apuntes relativos a las adversidades que en materia de salud provocaba la prostitución.

Pese a lo que pudiera pensarse, para los años porfiristas, pese a los discursos en pro de la salud y la modernización a impulsarse en las ciudades, en suelo sinaloense no se contaban con las mejores instalaciones sanitarias y de salud para atender debidamente a toda la población demandante, sobretodo, de los sectores más bajos. Al respecto sobre el panorama de Culiacán a fines del siglo XIX:

La casa de beneficencia, era donde se aloja a la gente a quien se consideraba sin ocupación, era considerado como un asilo para pobre que necesitaban de atención medica cubriéndose así la carencia que se sentía en el hospital, en 1895, dicha institución tenía entre asilados y enfermos a cuarenta personas, numero el cual no era posible atender, razón por la que se pedía aumentara el subsidio por parte del Ayuntamiento y del Estado para poder solventar los gastos. En él también se atendían a las meretrices o mujeres de la vida fácil (Heras, 2000, p. 96).

Aparte de estas atenciones sanitarias a prostitutas enfermas, otros indicadores sobre el tema se pueden encontrar de manera implícita en reportes oficiales o iniciativas de incremento u orientación de ciertas partidas para atender “ciertos” problemas de salud.

Es en ese marco en el que deben leerse disposiciones relativas a las cuentas públicas del Ayuntamiento de Mazatlán correspondientes a 1912, donde aparecían las percepciones salariales de “gendarmes sanitarios”. Puntualmente, en marzo de ese año, este Ayuntamiento decretó pagar de su erario a seis agentes de ese tipo la cantidad de \$1.30 pesos diarios para que desempeñaran su labor de inspección y control, la cual realizarían debidamente uniformados y armados. La presencia de este decreto supone que era personal que se agregaba al cuerpo de servidores municipales debido a que algún suceso o fenómeno demandaba su labor sanitaria (AHMM, Caja Presidencia, decreto del Ayuntamiento de Mazatlán del 4 de marzo de 1912).

El problema no era menor debido a la desmedida apertura de espacios de prostitución en el estado, y los movimientos que aparecían relatados en las páginas de la prensa sobre la creación de éstos, dan cuenta de la dimensión del problema. Por ejemplo, la municipalidad de Culiacán, elaboró diversos reglamentos para el ejercicio de la prostitución, teniendo como objetivo la inspección sanitaria y la propagación de las enfermedades venéreo-sifilíticas; dichos reglamentos corresponden a los años veinte y treinta del siglo XX. Disposiciones legales que son una ventana para conocer la mirada médica y sanitaria en torno a la prostitución, ya que tanto la prensa como las autoridades locales, se convencieron de la necesidad de dejar establecido que las enfermedades venéreas eran un peligro que acechaba a la sociedad reinante durante estos años; así pues, cuando se elaboraban reglamentos, la principal preocupación que se observa en ellos es la prevención de dichas enfermedades, principalmente la sífilis, y así de establecen diversos artículos donde se describe la forma y manera que tiene como obligación cada prostituta para llevar a cabo su práctica y a su vez su prevención para evitar que los clientes se contagiaran con dichas enfermedades. Así pues, la reglamentación establecía que toda mujer, que haga del comercio sexual su profesión o medio de vida, sea cual sea su nacionalidad, quedara sujeta a estas disposiciones y medidas de tipo sanitario. Por eso mismo se establecía el castigo a todo aquel que fuese sorprendido inducir a mujeres para al ejercicio de la prostitución sin que éstas estuvieran inscritas en las instancias sanitarias correspondiente pues era obligatorio que cualquier mujer que quisiera dedicarse o se dedicara a esta actividad tenía que estar inscrita en la Unidad Sanitaria Municipal, donde tenía que demostrar que no era portadora de enfermedades contagiosas (sífilis, sarna, tuberculosis, piorrea, prolapsus rectal, etc.). A su vez, las prostitutas quedaban obligadas por ley a practicarse el reconocimiento médico en dichas unidades sanitarias. Por ello en el certificado que se expedía para el ejercicio de la prostitución, se ponía un extracto de las inspecciones sanitarias y el número suficiente de hojas en blanco para que los médicos de la Inspección de Sanidad, anoten el estado de salud de la mujer. Este control sanitario contemplaba que, como parte de la identificación, a las prostitutas se les tomarían cuatro retratos de frente y otros de perfil, los cuales serán destinados, dos al libreto o certificado de sanidad y dos a la Unidad Sanitaria Municipal, gratuitamente se le proveerá de este certificado, donde les será leído todas sus obligaciones a las que no sepan leer. En dicho certificado se ponía un extracto de las inspecciones sanitarias y el número suficiente

de hojas en blanco para que los médicos de la Inspección de Sanidad, anoten el estado de salud de la mujer.

Otros métodos utilizados por las autoridades estatales para excluir y controlar a las prostitutas y sus espacios laborales, fueron los ordenamientos sobre inspecciones sanitarias. Es así como en el bando de policía de ese mismo año de 1926, se puede encontrar que “la mujer pública será inscrita en un registro que se llevará en la Inspección de Higiene, anotando la fecha, su nombre, apellido, edad, lugar de nacimiento, habitación, estado civil, señas particulares, se les dará una patente, con un número de registro y sus obligaciones. Asimismo, quien no acudiera a la inspección médica era multada o arrestada, y la que era encontrada enferma, aislada a la casa de Beneficencia Pública.

Por esto mismo, en la prensa se ofertaban medicamentos como el “Jarabe Compuesto Tónico Maravilloso” que decía curaba las enfermedades de la sangre y las enfermedades sifilíticas, así como la curación de la gonorrea y demás enfermedades, usando el “Específico Estrella” (*El Demócrata Sinaloense*, 1 de agosto de 1920, p. 3, 19 de agosto de 1920, p. 1).

Pero las medicinas promocionadas no bastaban para controlar este tipo de enfermedades, de ahí que los poderes públicos deberían entrara en acción. Por eso en 1922, las autoridades establecieron que toda mujer pública debería de contar con un registro que estaba a cargo de la Inspección de Higiene, anotando la fecha, nombre, apellido, edad, lugar de nacimiento, habitación, estado civil y señas particulares, cubierto lo anterior se les daba una patente para el ejercicio de la profesión, con un número de registro y sus obligaciones. Pero para contar con dicha inscripción, era requisito que la aspirante a prostituta con registro y permiso legal para trabajar no contar con enfermedades contagiosas (sífilis, sarna, tuberculosis, pirosis, prolapsus rectal, etc.); si superaban lo anterior, a las mujeres inscritas se les elaboraba la identificación de acuerdo a los procedimientos que determinaba la Unidad Sanitaria Municipal, quedando anotada en el registro respectivo. Asimismo, quien no acudiera a la inspección médica era multada o arrestada, y la que era encontrada enferma, aislada a una casa de Beneficencia Pública. Estas medidas tenían dimensión nacional, pues eran impulsadas por la federación en estados y municipios como Culiacán y Mazatlán.

Además, también se impulsó la creación de una casa de salud para las mujeres públicas costeadas por ellas mismas. A la vez, se establecía un cuerpo especial de guardianes que a su vez asumían el carácter de sanitarios, esto para la vigilancia de las prostitutas y para hacerlas cumplir el Reglamento establecido (*El Demócrata Sinaloense*, 5 de agosto de 1922, p. 2). Por tanto, a las prostitutas se les sometía con duras inspecciones, a fuertes controles sanitarios y siempre estaban a la vista del gobierno municipal, quienes señalaban las zonas y condiciones para ejercer su comercio sexual. En general, este reglamento obligaba a la prostituta a acatar una vida muy regulada ya que, el gobierno estipulaba que debían vestir con aseo y honestidad.

En lo que corresponde a los años treinta, las medidas sanitarias continuaron aplicándose a las prostitutas, condición indispensable para ingresar y mantenerse en el registro oficial y prestar sus servicios de acuerdo a la normatividad vigente, pero para los albores de los años cardenistas las normas en esta materia incorporaron la defensa de algunos de sus derechos como trabajadoras del sexo, ya que se contemplaba que en caso de enfermarse o contagiarse en sus lugares de trabajo tenían derecho a atención médica, medicamentos y hasta de indemnizaciones, a otorgarse por parte de los dueños de los sitios donde ofrecían sus servicios. Específicamente se estableció que las dueñas o encargadas deberían cubrir la atención médica y medicamentos; si la enfermedad durara de 1 a 15 días tendrán derecho a sueldo

íntegro, y si la enfermedad durara de 1 a 60 días la indemnización consistirá en las tres cuartas partes de su sueldo, si pasaba los 60 días, tendrían derecho a medio sueldo.

Por otra parte, también existían ciertos criterios para abandonar esta profesión. Aquellas que quisieran su separación definitivamente deberían de comprobar previamente las causas que motivan su separación, quedando a juicio de la autoridad sanitaria exigir la garantía que juzgara conveniente, antes de concedérsele la separación, deberá tener un reconocimiento y en caso de resultar enferma, pasaría al hospital para su curación (*El Estado de Sinaloa*, 24 de septiembre de 1935, p. 5).

Es así que, desde el Porfiriato hasta los años posrevolucionarios, se establecieron diversas medidas para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas igualmente se pretendió regular la venta de caricias, con motivo de seguir llevando la buena moral de las familias de la localidad. Durante estos años, la sociedad siguió vigilando el ejercicio de la prostitución e hizo surgir, como en los tiempos pasados, la creencia de que el hombre estaba al abrigo del contagio. Las autoridades siguieron persiguiendo con más rigor a las prostitutas que laboraban en las zonas de tolerancia, las cantinas y espacios abiertos de las ciudades sinaloenses. Así, la mujer que caía bajo la vigilancia de la Inspección de Sanidad y de los policías “sanitarios”, estaba obligada a cumplir con las normas, evadirlas, o bien ejercer su actividad dentro de complacencia o las redes de corrupción que seguramente se fomentó entre quienes ejercían cierta responsabilidad institucional.

En fin, los discursos que se desarrollan alrededor del fenómeno, intentan definir a toda costa un método de control para la prostitución, discursos que buscan resolver el problema de la prostitución tanto desde el punto de vista sanitario como desde lo policial; ambos aspectos integraron la política en materia de salud pública.

Los marcos legales para el ejercicio de la prostitución

A lo largo de la historia, la prostitución ha coexistido en la sociedad, y ha sido duramente criticada como a sus mujeres, asimismo, se ha pretendido en cierto modo tener algún control sobre ella, ya sea por medio de normas, campañas, reglamentos, entre otros. Es así como desde principios del XIX y finales del XX, la prostitución fue uno de los tantos problemas sociales de los cuales el Estado se hizo cargo. Ejercicio político que frecuentemente se traducía en el diseño de distintas políticas ordenadoras que se plasmaban en reglamentos y ordenanzas que intentaban regular tanto las características y requisitos que debía reunir una mujer para ser inscrita como prostituta o regente como también las que debía tener una casa para ser considerada de tolerancia (Hurtado, 2006, p. 1).

El panorama de normatividad urbana, y en específico lo referente al cuidado de la salud, la higiene y la moral pública de los residentes de la ciudad de México (donde el incremento de las enfermedades venéreas como la sífilis era una amenaza pública). Así es como las reglamentaciones impulsadas a lo largo del siglo XIX tienen como objetivo convertir a las ciudades en un mundo civilizado, “sano y apacible”. El interés por la salud pública se manifiesta con mayor énfasis en esta centuria cuando las disposiciones gubernamentales “dejaron de ser un conjunto de medidas circunstanciales dispuestas para casos de emergencia y por lo común puestas en práctica por la aparición de epidemias” (Cruz, 1992, p. 255-273). Las reglamentaciones dictan órdenes y exigen obediencia a la vez que trazan sin ambigüedad las zonas de lo permitido y lo prohibido. (González, 1995, p. 436) Por eso, Jean-Louis Guereña señala que el prostíbulo reglamentado vino a ser el compromiso estratégico entre familia y Estado, en el seno de una sociedad de vigilancia y disciplina social (Guereña, 2003, p. 14). Sin embargo, todo este sistema implementado en México comenzó a ser cuestionado a principios del siglo XX, mimaron de tal forma al “registro de mujeres

públicas” a los distintos “Reglamentos de Sanidad” y la “Inspección de Sanidad”, que a partir de 1929 se comenzó a ver el control de la prostitución en México de manera distinta. Es así como la política pública en torno al ejercicio de la prostitución se divide en dos etapas, las cuales pueden sintetizarse de la manera siguiente:

En una primer etapa, el gobierno de Díaz, intentó pacificar al país con el fin de impulsarlo económicamente, al tiempo que buscaba conformar una sociedad ordenada y moderna constituida por ciudadanos responsables; en este esquema ideal, la prostituta es representada como mujer primitiva, carente de amor, ignorante, privada de cualquier vestigio de decencia, pobre, sifilítica y la prostitución como sinónimo de mal necesario y la válvula de seguridad social. En esta primera fase de la representación del comercio sexual y la prostituta, influencio y coincidió con el de la defensa de la reglamentación, en la Segunda Etapa, se presentó un crecimiento económico y una movilidad poblacional sin precedentes en el México porfiriano, los estudios médicos, muestran la coexistencia de diversas representaciones tanto de la prostituta como la prostitución. La agudización del problema del comercio sexual, con los inconvenientes higiénicos y morales que este implicaba, el proceso de una apertura sexual y moral, la asimilación de las corrientes científicas, como la frenología o la criminología, en el campo de la medicina mexicana, así como un proceso internacional de discusión entre abolicionista y reglamentista, llevaron a los médicos y a otros intelectuales en México a un replanteamiento de la tradicional representación de la meretriz como mujer fatal, primitiva, ignorante, sucia, promiscua y pobre (Picatto, 2008, p. 2).

Lo descrito en los apartados anteriores muestra que las reglamentaciones impulsadas a lo largo del siglo XIX tienen como objetivo convertir a las ciudades en un mundo civilizado, “sano y apacible”. Las reglamentaciones dictan órdenes y exigen obediencia a la vez que trazan sin ambigüedad las zonas de lo permitido y lo prohibido. La restricción es su fundamento; se trata de encerrar el ejercicio del vicio, de las prostitutas que lo practican, de los que beben demasiado, de aquellos anormales y atípicos que no forman parte de la funcionalidad social. Los códigos y manuales de cortesía se constituyen en los modelos para el comportamiento ideal de los ciudadanos, así se trazan sin ambigüedad los espacios de lo público y lo privado (Estrada, 2007, p. 35).

En lo correspondiente al Estado de Sinaloa, las primeras medidas de control y con miras a reglamentar esta actividad se ubica desde principios de la segunda mitad del siglo XIX. Las iniciativas localizadas en esta materia corresponden al puerto de Mazatlán, donde las autoridades municipales no podían permanecer indiferentes no solo por la imagen y efectos que significaba para los oriundos del puerto sino también por el aumento del flujo poblacional que experimentaban mediante la migración nacional y extranjera a dicho lugar.

El espectáculo que escenificaban las prostitutas asentadas en este puerto sinaloense llamaba la atención de algunos viajeros extranjeros era patética y bochornosa, debido a que no existía ninguna medida para que la población fuera educada para conducirse decente y prudentemente, lo que implicaba no “caer” en esa deshonroso” e “inescrupuloso” oficio ni tampoco –al menos- se conocía alguna regulación que paliara los efectos en la vida porteña (Cole, 2004, p. 169).

Las discusiones sobre el tema no sólo de daba en la calle sino hasta en las mismas sesiones del Cabildo de Mazatlán durante la séptima década del XIX; una de las preocupaciones mayores era el problema de salud pública que se derivaba de dicha práctica sin control, por eso a mediados de 1861 -en una de las sesiones

del mes de julio- ante la prostitución que se ejercía en pleno centro de la ciudad, uno de los integrantes del Cabildo presentó propuestas muy puntuales:

Que se nombre un facultativo pagado del fondo municipal para que en unión del director del Hospital Civil .practiquen un reconocimiento de las mugeres (sic) públicas, que las que resulten enfermas queden curándose en el establecimiento y a las demás que espida (sic) un documento del resultado de la calificación...que el Ayuntamiento nombre una comisión ara que propage (sic) un proyecto a fin de quitar del centro las casas de prostitución, y que la policía vigile para prevenir los desórdenes y escándalos y evitar el contagio y que tales mugeres (sic) se dedique a trabajos honestos. Que la prefectura forme una lista de las que notoriamente son prostitutas que estas se reúnan en el hospital el día que se designará. (AHMM, libro de actas, sesión del 11 de junio de 1861).

La decisión del pleno del Cabildo fue que esta propuesta individual se pasara a dictamen. Pese a que no se encontraron pistas que indique la evolución que tuvo esta iniciativa, lo que se pone de manifiesto es que la idea del reglamentarismo prostibulario ya estaba en marcha, las propuestas iban encaminadas a un control medicado de las prostitutas cuya medida era la inspección sanitaria. Este examen científico de salud iba acompañado de reglas disciplinarias que acotarán la práctica de esta profesión como la prohibición para uso del primer cuadro del puerto y la supervisión policial. Su identificación y control buscaba “normalizar” y volver “obediente” a la prostituta frente a la autoridad civil. No se conoce al detalle el desenlace de las medidas propuestas, pero al parecer tuvieron “luz verde” ya que existen indicios de algunas que se pusieron en marcha como la zona de tolerancia para la práctica de la prostitución, ubicada fuera del centro de la ciudad (Cole, 2004, p. 169). Con esto se buscaba superar los escándalos y los estragos sanitarios que estaban causando los prostíbulos mazatlecos.

Lo que indica que estas reglamentaciones en tierra sinaloenses respondían a estos referentes generales de la llamada moral victoriana, y estaban orientadas a adaptar mediante discursos y normas los tradicionales conceptos decimonónicos de honor, linaje y vergüenza, entre otros. Como también se hace evidente que, a través de medidas sanitarias y policiales, junto a lo sanitario, se buscaba la protección de valores y normas domésticas, en este caso de la sacrosanta sociedad mazatleca.

Pero estas medidas no impidieron que los problemas siguieran presentándose en años posteriores, nuevas generaciones de prostitutas aparecieron en el puerto y parecía que poco o nada cambiaba pues la necesidad de una regulación y control de esta actividad seguía siendo una preocupación de las autoridades mazatlecas. Era tanta dicha preocupación y el panorama reinante que, el periódico *La Opinión* editado en la ciudad de Culiacán a fines de julio de 1887 informaba con beneplácito que “En Mazatlán reglamentan con energía la prostitución, [medida digna de aplauso porque] es necesario cuidar la salud pública” (*La Opinión*. Periódico comercial, político, científico, literario y de noticias, 30 de julio de 1887, p. 2).

Aunque, al parecer lo que la prensa anunciaba solo era un el proceso que se estaba gestando en el puerto, porque dicha iniciativa fue turnada a la sesión del Cabildo del Ayuntamiento de Mazatlán durante la segunda semana de octubre de ese año.

Se dio cuenta de un oficio del señor prefecto del Distrito, al que acompaña un proyecto de reglamento de casas de tolerancia en esta ciudad, reconviniendo al H. Ayuntamiento ocupe de preferencia su atención en este negocio, en virtud de la urgente necesidad que existe de evitar la propagación del mal venéreo que tantos males está ocasionando a la vez que considerables gastos a los fondos municipales, por el gran número de enfermos que con

este motivo entran al hospital y sobre cuyo punto varias veces ha llamado la atención de la comprobación, el Sr. Medico director de dicho establecimiento (AHMM, actas de Cabildo del Ayuntamiento de Mazatlán, sesión secreta del día 11 de octubre de 1887).

En el desarrollo de la reunión, en el tratamiento del tema se puso de manifiesto que la Comisión de Policía hizo suyo el mencionado proyecto de reglamento, así que, a petición de esta misma Comisión se analizó y dictaminó sobre este asunto y, previa dispensa de trámites, fue aprobado en lo general, así como cada uno de los artículos que contenía el mencionado reglamento. Inmediatamente después se envió al ejecutivo para que se formalizara la decisión de acuerdo a los efectos de ley.

Con este tipo de acciones, la prostitución se volvía un asunto de interés público y las autoridades sinaloenses y porteñas se erigían en garantes de la sociedad, al tiempo que anunciaban el proyecto e iniciativa se sociedad futura a la que aspiraban. Es decir, de actuaba para normar el hoy y para vislumbrar el orden social añorado como proyecto institucional y social.

El proceso de elaboración de la ordenación en materia prostibularia quedó concluido en el puerto de Mazatlán. La aprobación del Reglamento para Casas de Tolerancia por el cabildo municipal se logró el 5 de enero de 1888. Dicho reglamento establecía las condiciones y espacios donde se efectuaba la venta del acto sexual, la injerencia policial para aplicar y hacer cumplir este reglamento, así como las normas para las inspecciones sanitarias. Este reglamento permaneció sin modificársele un ápice por las autoridades municipales por poco más de veintiséis años, hasta que en marzo de 1914 se derogaron algunos artículos y se modificaron otros (*El Correo de la Tarde*, 6 de marzo de 1914).

Pero volviendo a las modificaciones del reglamento, dentro de las medidas aprobadas en 1914, lo sanitario aparece como un asunto muy importante, por eso, Don Francisco Labastida y Anguiano, Prefecto Político del Distrito de Mazatlán, notificó de manera oficial que:

1. El jefe de la Policía Sanitaria era la única persona a quien corresponde intervenir en la ejecución de este Reglamento y el resto de la policía quedaba como equipo de apoyo; la cual tenía entre sus labores de apoyo reportar a este cuerpo policial especial los desórdenes e infracciones que notaran como violatorias de las disposiciones reglamentarias en esta materia.
2. Se crea una oficina de Inspección Sanitaria, destinada al reconocimiento corporal de las mujeres públicas.
3. La Tesorería Municipal contaría con un fondo especial nutrido con las cuotas de inscripción y de pago mensual que deberían cubrir las prostitutas. Dicho fondo estaría destinado a lo siguiente: gratificación (de 75 pesos mensuales) al médico de la Inspección de Sanidad, encargado de la exploración y evaluación física de las mujeres públicas; renta del local, gastos menores, compra de instrumentos quirúrgicos, que requiera la aludida inspección sanitaria, lo que constituirá una cantidad no menor a 50 pesos mensuales; un monto a entregar Hospital Civil, consistente en treinta centavos diarios por cada mujer publica enferma de mal venéreo u otro contagioso, sea enviada a este establecimiento por parte de la Prefectura del Distrito (*El Correo de la Tarde*, 6 de marzo de 1914).

Por su parte, noticias sobre lo que ocurría en Culiacán en esta misma materia se ubican hacia la segunda mitad de 1920. Al parecer, los asuntos de higiene pública generaron controversias al interior del ayuntamiento municipal. Por esa razón, en octubre de ese año, el Jesús Moncayo renunció como médico de Sanidad Municipal, entrando en su relevo el Dr. Andrés Vidales. Uno de los temas que generaban

debates era la sanidad prostibularia. A fin de resolver los problemas que se presentaban en dicho “terreno”, este mismo mes de octubre, el señor Donaciano Martínez presentó ante el cabildo una propuesta de reglamento para el ejercicio de la prostitución, el cual fue apoyado por mayoría de votos (Alanís, 1990, p. 87).

De lo que, si se encuentran indicios de esta década, en materia de registro e inspección sanitaria, las ordenanzas eran muy claras. Toda mujer dedicada a la prostitución debería de contar con un registro legal expedido por la autoridad, para el cual era necesario proporcionar datos de identificación personal, además de aprobar los exámenes médicos correspondientes. Para la década de los 30s, las medidas sanitarias y de control continuaban: funcionaba una Unidad Sanitaria Municipal, con el parecer del Gobierno y los Ayuntamientos del Distrito que verificaba la prostitución ejercida en casas de asignación, de citas y hoteles autorizados (*El Estado de Sinaloa*, 6 de septiembre de 1932, p. 4, 3 de septiembre de 1932, p. 4).

Ya para 1932, en Culiacán se expidió un reglamento para el ejercicio de la prostitución: a las prostitutas se les sometería a inspecciones arbitrarias, a controles exhaustos y eran obligadas a ejercer en las zonas que eran señaladas por las autoridades. En donde se estableció que toda aquella mujer, quedaba obligada a inscribirse en los registros que la Inspección de Sanidad, tal como lo determinara la Unidad Sanitaria Municipal.

Hacia mediados de los años treinta, para el registro y otorgamiento de los permisos correspondientes para desempeñarse como prostitutas, junto a las medidas sanitarias y la entrega de datos de filiación personal, se establecieron criterios adjuntos como haber perdido su virginidad, ser mayor de 18 años y menor de 50, así como demostrar que tenían el discernimiento necesario para darse cuenta del alcance y significado de la inscripción. Además, aquellas pupilas que por enfermedad tuvieran que ser retiradas de su trabajo, serían exoneradas con el pago. Asimismo, cuando contraían enfermedades como consecuencia del baile y la ingesta de bebidas alcohólicas, éstas eran consideradas como profesionales y tenían derecho a curación e indemnización (*El Estado de Sinaloa*, 6 de septiembre de 1932, p. 4).

Al contrario de lo que podría pensarse en el curso del siglo XX, las medidas restrictivas se vuelven más severas, el encarcelamiento y la enfermedad son dos elementos ligados. El reglamentarismo sigue funcionando con una pretendida eficacia y a él se recurre para reprimir el ejercicio. En nombre de la higiene y la salud públicas es el cuerpo de la prostituta el que no puede guardar reserva alguna. Su desnudez se repite, se expone ante los clientes, con sus bellezas y defectos, y ante el médico que de manera imperativa introduce el espejo en su vagina para revelar su más preciada intimidad y realizar “en cada mujer un reconocimiento detenido del estado de la boca, lengua y garganta; de la vulva y uretra, de la vagina y del cuello, sirviéndose del espejo; de la región anal, de los ganglios inguinales y de la piel” (AHAP, *Libro de Expedientes, Proyecto de Reglamento de prostitución*, 1896, t. 395, leg. 11, f. 10-11).

Las modificaciones de la ley de sanidad planteadas en el año de 1927 no difieren de las aplicadas durante el Porfiriato. Podemos notar sin embargo un mayor énfasis de las medidas que parecieran corresponder a un crecimiento de los padecimientos venéreos. El doctor Ernesto Olmos en su texto de 1930, *Contribución a la lucha antivenérea en México*, insiste en la necesidad de la educación sexual y en el beneficio de los dispensarios antivenéreos que dan servicio a toda la población (Olmos, 1930, p. 169-187).

Las políticas de salud pública respecto de las enfermedades venéreas, no sufren grandes variantes: el estigma acompaña a las prostitutas como si fueran ellas las únicas que las padecen. Su salud no tiene un

carácter privado, el secreto médico les es vedado. Cuando se trata de los hombres afectados de mal venéreo, la discreción es obligatoria.

FUENTES

Archivos

Archivo Histórico del Municipio de Mazatlán.

El Estado de Sinaloa. Periódico Oficial del Gobierno

Archivo del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Puebla, *Libro de Expedientes*, t. 615, leg. 15, 1919. Medidas contra las enfermedades venéreas, Archivo del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Puebla. *Proyecto de Reglamento de prostitución*, Archivo del Honorable Ayuntamiento de Puebla, *Libro de Expedientes*, 1896, t. 395.

Prensa

- El Demócrata Sinaloense

- El Correo de la Tarde

- La Opinión. Periódico comercial, político, científico, literario y de noticias

- El Estado de Sinaloa. Periódico Oficial del Gobierno

LITERATURA CITADA

Arechiga Córdova Ernesto, (2005) "Dictadura Sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934", en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, Universidad de Granada, vol. 25.

Bliss Khaterine Elaine, (2001) *Compromised positions: prostitution, public health, and gender politics in revolutionary México City*, Pennsylvania, Pennsylvania State University Press.

Carrada Bravo Teodoro, (2003) "Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento", en Revista de la Facultad de Medicina, México, UNAM, vol. 46, Nº 6.

Cole Isunza Oses, (2004) *Las viejas calles de Mazatlán*, Culiacán, Ed. Privada.

Cruz Barrera Nydia E, (1992) "La higiene y la policía sanitaria en el Porfiriato. Su difusión y ejercicio en Puebla", *La Palabra y el Hombre*, Universidad Veracruzana, n. 83.

Estrada Urroz Rosalina, (2007) "¿Público o privado? El control de las enfermedades venéreas del porfiriato a la revolución", en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, México, Instituto de Investigaciones Históricas/UNAM, Nº 33.

Fernandez Pura, (2008) *La Mujer Pública y Vida Privada. Del arte Eunuco a la novela lupanaria*, Hardback, Tamesis Book.

Franco Guzman Ricardo, *El Régimen Jurídico de la Prostitución en México*, en Biblioteca Virtual del Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM.

González Sthephan Beatriz, (1995) "Modernización y disciplinamiento. La formación del ciudadano: del espacio público y privado", *Esplendores y miserias del siglo XIX. Cultura y sociedad en América Latina*, Caracas, Monte Ávila.

Guereña Jean-Louis, (2003) *La prostitución en la España Contemporánea*, Madrid, Ed. Marcial Ponds, Colección Ediciones de Historia.

Hurtado Ayala Monica Beatriz, (2006) *Representaciones de la prostituta y la prostitución en la ciudad de México 1867-1910*, Universidad de Guanajuato/Facultad de Filosofía y Letras, [Tesis de Licenciatura en Historia, inédita], Guanajuato.

- Heras Torres Maria del Rosario, (2000) *Vida social en Culiacán durante el cañedismo 1895-1909*, Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa, [Tesis de Licenciatura en Historia, inédita].
- Leinter RMC, C Korte, D Edo y M E Braga, (2007) "Historia del tratamiento de la Sífilis, Revista Argentina de Dermatología", en *Revista Argentina de Dermatología*, Buenos Aires, Vol. 88, Nº 1.
- Lopez Alanis Gilberto, (1990) *Culiacán, 1920*, Culiacán, Dirección de investigación y Fomento a la Cultura Regional del Gobierno del Estado de Sinaloa.
- Martinez Barbosa Xochitl, (2005) *El Hospital de San Andrés: un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación médica, 1861-1904*, México, Siglo XXI.
- Nicolás Lazo Gemma, (2007) *La reglamentación de la prostitución en el Estado español. Genealogía jurídico-feminista de los discursos sobre prostitución y sexualidad*, Barcelona, Universitat de Barcelona, [Tesis doctoral en Sociología Jurídico-penal].
- Núñez Becerra Fernanda, (2002) *La prostitución y su represión en la Ciudad de México (Siglo XIX), Practicas y representaciones*. Barcelona, Ed. Gedisa.
- , (2006) "Mujer y trabajo en el siglo XIX: El ángel del hogar y la prostituta" en, María de Lourdes Herrera Feria (Coord.), *Estudios históricos sobre las mujeres en México*. Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- , (2005) "Taras, estigmas, degeneración. Los científicos sociales de fines del siglo XIX frente a la prostitución", en Norma Blazquez Graf y Javier Flores (eds.) *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, México, UNAM.
- Olivier Toledo Carlos, (2009) "Higiene mental y prácticas corporales en el porfiriato", en Revista *Electrónica de Psicología Iztacala*, México, UNAM, Vol. 12, Nº 2.
- Ortiz de Montellano Bernardo, (1993) *salud y nutrición aztecas*, México, Siglo XXI.
- Picatto Pablo, (2008) "Una perspectiva histórica de la delincuencia en la Ciudad de México del siglo XX" en Arturo Alvarado Mendoza (ed), *La reforma de la justicia en México*, El Colegio de México.
- Ríos de la Torre Guadalupe, (2007) "Las calles de la Ciudad de México y sus pasos prohibidos," en *Tiempo y escrituras. Revista electrónica*, México, UAM-Azcapotzalco, Nº 13.
- , "Los mexicanos las prefieren...", en Elsa Muñiz (coord.), (2008) *Registros Corporales. La historia cultural del cuerpo*, México, Universidad Autónoma Metropolitana/Unidad Azcapotzalco.
- S. Olmos Ernesto (1930) *Contribución a la lucha antivenérea en México*, México, Departamento de Salubridad Pública.
- Sánchez Calleja María Eugenia, (2010) *Los secretos de la rielera y su Juan*, en revista *Proceso*, Bi-centenario, Nº 16.
- Van de Pol Lotte, (2005), *La puta y el ciudadano: la prostitución en Ámsterdam en los siglos XVII y XVIII*, Madrid, Ed. Siglo XXI.

SÍNTESIS CURRICULAR

Ana Julieta Rueda Morales

Licenciada y maestra en Historia por la Facultad de Historia de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Ponente en eventos nacionales e internacionales y autora de artículos y capítulos de libros sobre historia social del delito.



ENFERMEDADES EN MAZATLÁN DURANTE EL SIGLO XIX

DISEASES IN MAZATLAN DURING THE XIX CENTURY

Pedro Cázares-Aboytes¹ y Samuel Octavio Ojeda-Gastelum²

¹Doctor en Ciencias Sociales. Profesor asignatura base, Facultad de Derecho y Ciencia Política- Universidad Autónoma de Sinaloa. Profesor-investigador en la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa pedrocázares@uas.edu.mx. ²Doctor en Ciencias Sociales. Profesor-Investigador de tiempo completo, Facultad de Historia-Universidad Autónoma de Sinaloa. Correo electrónico: ojedas@uas.edu.mx.

RESUMEN

El presente trabajo analiza las condiciones sanitarias en la ciudad-puerto de Mazatlán durante el siglo XIX, así como las principales enfermedades o padecimientos que aquejaron a la población residente y flotante del núcleo poblacional sinaloense, como el cólera y la fiebre amarilla, diezmaron a la población en distintos momentos, siendo noticia nacional e internacional, por la importancia de Mazatlán. Aspectos como los médicos y curanderos, remedios naturales y farmacéuticos empleados para mitigar los padecimientos cotidianos y extraordinarios, figuran en el análisis del trabajo.

Palabras clave: epidemias, siglo XIX, ciudades-puerto, marginalidad, Mazatlán.

SUMMARY

The present work analyzes sanitary conditions in the city-port of Mazatlan during the 19th century, as well as the main illnesses or illnesses that afflicted the resident and floating population of the Sinaloa population nucleus, such as cholera and yellow fever, decimated the population at different times, being national and international news, for the importance of Mazatlan. Aspects such as doctors and healers, natural remedies and pharmaceuticals used to mitigate daily and extraordinary suffering, are included in the analysis of the work.

Key words: epidemics, 19th century, port cities, marginality, Mazatlán.

El puerto y sus contrastes

El puerto de Mazatlán, ubicado en la parte sur de las costas sinaloenses, con una localización geográfica estratégica y un movimiento marítimo de altura y cabotaje con alto volumen de exportación y alta demanda de productos de importación, construyó su hegemonía comercial y financiera en el Pacífico norte mexicano a lo largo del siglo XIX. Fue asiento de un buen número de comerciantes, mayormente extranjeros que potenciaron no solo el comercio sino otras actividades económicas productivas que irradió en la región, así como en varias entidades del noroeste y norte del país (Busto, 2008, pp. 146-177).

A su vez, dicho proceso provocó que el puerto recibiera una migración de considerables proporciones, lo que a su vez, auspiciaría procesos de confluencia, adaptación y contrastes culturales que se potenciaron durante la segunda mitad de esa centuria, conformándose un espacio urbano donde actuaron tanto las elites como sectores medios y bajos. Actores que adquirieron protagonismo mediante comportamientos colectivos, donde la convivencia y mezcla de personas e intereses se hizo presente, así como los conflictos y vivencias paralelas, proceso donde la división y fragmentación de sectores y clases hacia acto de presencia. En estos sectores urbanos surgieron instituciones formales e informales de comerciantes, gremios, núcleos políticos, establecimientos educativos, así como formas litúrgicas y rituales de comportamiento en el espacio público y privado.

Todo esto hizo que el puerto sinaloense se configura como una ciudad en franco crecimiento que de poco más de seis mil pobladores de mediados de siglo alcanzaría una cifra cercana a los veinte millares para inicios del siglo XX. Lo anterior demandó de diversas obras materiales para adecuar este espacio urbano en expansión. Desde inicios de los años porfiristas, las autoridades del puerto realizaban esfuerzos por remozar y regular calles, banquetas, mercados, plazas, alumbrado público, drenaje y agua potable. También existía preocupación por los caminos aledaños, muchos intransitables en temporada de lluvias; aunque en varias calles del puerto ocurría la acumulación de aguas pestilentes tanto por lluvia o desagüe de los vecinos, (Archivo Histórico Municipal de Mazatlán AHMM, actas de Cabildo, sesión 17 de agosto de 1877, f. 16) es decir se contaba con un deficiente drenaje pluvial. Pero el servicio de agua potable, debió esperar casi tres lustros, particularmente hasta mediados de 1890, fue inaugurado para beneficio de la población mazatleca (*El Estado de Sinaloa*, 12 de mayo de 1890, p. 1).

Una adecuación material de la bahía y muelle para mejorar las operaciones portuarias llegaría años más tarde. Pero las obras y el mantenimiento de calles no gozaban de la atención prodigada al muelle plazas e iglesia, tanto así que –en octubre de 1899- se denunciaba que en varias calles la calle las lluvias dejaron, “para regalo de los vecinos”, un tremendo atascadero pestilente que se extendía de una acera a otra. Un lodazal hediondo que afectaba a las personas vecindadas en ese barrio, y “sentimos que la autoridad tenga tan pocos miramientos para con ellas, que nada haga para extirpar ese foco de fiebre” (*El Correo de la Tarde*, 16 de octubre de 1899, p.1). Algunas semanas más tarde en la misma calle del Carnaval seguía corriendo agua pestilente, ante la indiferencia de las autoridades. Al respecto comentaba: “La policía la mira, la huele y...la deja correr” (*El Correo de la Tarde*, 8 de noviembre de 1899, p. 1). La prensa local cuestionaba que año con año se demandaba atender tal problema pero que no había quien se ocupara de “salvar a Mazatlán de las enfermedades que padece y de las calamidades que le pueden sobrevenir”. (1899, 1 de diciembre) *El Correo de la Tarde*, p. 2. También denunciaba que los excusados que infestaban barrios enteros porque no están construidos ni atendidos conforme a lo dispuesto en las leyes (*El Correo de la Tarde*, 15 de octubre de 1899, p. 1.). El derrame de materias fecales en la vía pública no era cosa rara, aunque fuera una violación al bando de policía (*El Correo de la Tarde*, 8 de noviembre de 1899, p.1).

En materia de salubridad en espacios públicos, las autoridades eran más eficientes en imponer multas que garantizar un espacio urbano limpio y agradable (*El Correo de la Tarde*, 30 noviembre de 1899, pp. 1-3). Pese a que en un espacio urbano se presenta “la mayor difusión de nuevos conocimientos, técnicas y procedimientos susceptibles de reducir algunos de los inconvenientes de la vida urbana, y la mayor capacidad de las ciudades para organizar servicios e instituciones de higiene y salud pública, gracias a las mayores economías de escala y a los menores costes por habitante, asociados a su creación y mantenimiento” (Barona, Escudero y Nocolau, 2014, p. 3).

El puerto de Mazatlán distaba de estar a la par del esplendor de una ciudad moderna, pues los servicios insuficientes e inmundicias en áreas públicas eran parte de los problemas que enfrentaban los mazatlecos, aunque la elite local tuvo opciones mejores para resolver el vaciado, transporte y deshecho de materias fecales y demás desechos de sus fincas, gracias a que un emprendedor radicado en el lugar adquirió del extranjero “un surtido de mangueras y válvulas para la barrica inodora, [y] me encuentro en condiciones favorables para reducir mis precios; evitando así la añeja costumbre de conducir esas materias, en pequeños y abiertos barriles de que se desprenden gases que tanto perjudican la salubridad” (*El Correo de la Tarde*, 19 de octubre de 1899, p. 1).

Así mismo, aun cuando Mazatlán era la ciudad más grande e importante del estado, en la mayoría de sus barrios, la gente vivía en pequeños cuartos oscuros, húmedos y sin ventilación alguna, además de no contar con los servicios básicos como drenaje, agua potable y alumbrado público, situación agravada por

su establecimiento en cerros y marismas, por lo que la suciedad y los desechos de la gente iban a parar a las playas o las calles, lo que provocaba malos olores y la proliferación de lugares propicios para el desarrollo de mosquitos y ratas, las cuales transmitían diversos males, además que en muchas casa criaban gallinas, cerdos y reses provocando mayores problemas de salud (Verdugo, *et al.*, 1997, p.107). Los parásitos criados por tales animales, provocaban enfermedades terribles a los habitantes de los caseríos cercanos a los muelles de desembarco y el astillero, así como de los barrios en donde se propagaba por los desagües de aguas e inundaciones en temporal de lluvias o los basureros que había en tales suburbios de la ciudad (Carrillo, 2005, pp.1049-1050).

En los barrios humildes periféricos y marginales, proliferaban cuartos y pequeñas habitaciones en renta los que tenían una creciente demanda por la población migrante, poco importaba que en sus cercanías existieran escusados en pésimas condiciones, a los que las autoridades no les brindaban atención alguna (*El Correo de la Tarde*, 25 de octubre de 1899, p. 1). Los escusados nauseabundos eran varios, tanto así que se afirmaba “No hay barrio en que no se encuentren familias que diariamente se quejen de que viven en medio de una peste insoportable” (*El Correo de la Tarde*, 29 de octubre de 1899, p. 2). Las autoridades se mostraban inmóviles y ausentes en sus acciones para eliminar esta situación desagradable. La prensa denunciaba: “En Vano señalan el lugar donde está rebosando el pestilente desecho; en vano piden se limpie y se le ponga el correspondiente ventilador. ¡Ladridos a la luna! Nadie remedia el mal- Ni las quejas por escrito valen” (*El Correo de la Tarde*, 29 de octubre de 1899, p. 2). Solo cuando la prensa lo elevaba a denuncia pública, la Prefectura de Distrito mejoraba un poco el panorama (*El Correo de la Tarde*, 14 de diciembre de 1899, p. 1). Pero una golondrina...no hacia verano.

En fin, la vida mazatleca decimonónica no solamente se fincó en el flujo de mercancías y personas, ni todo tuvo un lado amable, puesto que también experimentó calamidades y problemas que involucraban a buena parte de sus habitantes. Experimentaron la enfermedad y el dolor; a los cuales, desde principios del XIX, la ciencia médica los fue separando de connotaciones místicas y religiosas para presentarlos como un fenómeno biológico (Fernández Torres, Márquez Espinós y De las Mulas, 1999, pp. 368-379).

Los padecimientos y la muerte durante la primera mitad del siglo XIX

Las primeras enfermedades de que se tiene registro en suelo mazatleco estuvieron estrechamente relacionadas con las condiciones de vida e higiénicas del puerto y sus habitantes. La falta o insuficiencia de servicios sanitarios y la desatención de los problemas de salud pública agudizó sus infortunados efectos, los que dejaron mayores secuelas en los sectores más desprotegidos, donde predominaban viviendas pobres e insalubres, falta de agua e instalaciones limpias.

Una huella muy marcada en la vida porteña fueron las epidemias, las que se distinguen por afectar a un elevado número de personas y la imposibilidad de enfrentarla y superarla de manera inmediata y efectiva. Son una calamidad colectiva que afecta al individuo, la familia, el barrio, la comunidad, la ciudad o la región. En fin, es un padecimiento con una esencia biológica (gérmenes, virus, bacterias) pero que reviste una modalidad social y colectiva. Una enfermedad que para el siglo XIX se coloca como parte de la opción médica cambiar las condiciones de suciedad, hacinamiento y alimentación insuficiente, inadecuada o contaminada, lo que se lograría con la organización de un servicio de salud y medidas sanitarias adecuadas (Márquez, 1994, p. 30).

Pero al tiempo que el puerto iba perfilando y fortaleciendo su orientación comercial, las desgracias continuaron: para principios de la década de los cuarentas, en Mazatlán se hacían públicas las afectaciones a la salud que padecía la población, adquiriendo hasta matices epidémicos. Por ejemplo, a fines de octubre

de 1842, periódicos de la capital de la república hablaban del asunto: “hemos tenido el sentimiento de ver perecer a una gran parte de los habitantes de este puerto a la violencia de fiebres que han reinado desde mediados del último septiembre y aun no acaban de desaparecer. Creemos muy fundamentalmente que las lagunas y fangales formados por el temporal de aguas en medio de la población, han ocasionado en la mayor parte, la peste asoladora que nos está atormentando”. Estas fiebres tomaban matices tan trágicos que el presbítero José María Molina “acude incesantemente en el día y la noche a donde la humanidad doliente lo llamaba; con una paciencia y dulzura angelical, oye y consuela al desgraciado moribundo” (*El Cosmopolita*, 12 de noviembre de 1842, p. 4). Unos años más tarde -en 1845- se comentaba que en este puerto existían enfermedades y peligros latentes, ya que “Durante la estación de las aguas reinan calenturas perniciosas, y como no hay hospital en la ciudad, los capitanes deben cuidar que sus tripulaciones no cometan excesos (*Revista Científica y Literaria de Mejico*, 1845, p. 247).

Por estos mismos problemas, en las proximidades de la mitad del siglo XIX, pese a su crecimiento económico y poblacional, el puerto de Mazatlán tenía serias carencias; por tanto, junto a peticiones de beneficios fiscales y materiales, en reunión popular encabezada por el primer vocal de la Junta Municipal de Mazatlán, un grupo de residentes mexicanos y extranjeros se reunieron en el teatro local el 24 de octubre de 1848 a fin de externarle al gobierno local que uno de los males que sufría ese puerto era la falta de un hospital de sanidad, “falta más que nunca sensible en la estación de lluvias, en que puede asegurarse que cada año perece una parte muy considerable de la población”, así que consideraban que “no hay otra cosa tan necesaria, ni en que más se interese la humanidad, que el establecimiento del hospital referido y la disecación de lagunas que en los tiempos de lluvias son la causa más influyente de las enfermedades que se sufren en este puerto”. Esta petición fue enviada formalmente cinco días después de dicha reunión popular, amparadas en las firmas de los asistentes a dicho acto (*El Siglo Diez y Nueve*, 9 de enero de 1849, p. 34).

Lo anterior pone de manifiesto la vulnerabilidad de los mazatlecos: La enfermedad y la muerte rondaban al puerto y por momentos realizaban cruentas incursiones, afectando a todos por igual, pero con consecuencias fatales para los más frágiles: los niños. Puesto que la mortandad se presentaba en buen número durante los primeros días y semanas del nacimiento. Este fenómeno se percibe desde los registros disponibles de fines de la primera mitad del siglo XIX. Tomemos algunos datos del *Libro de entierros que se verificaron en el camposanto de la Parroquia de Mazatlán (1849)*, referentes al primer semestre de ese año de 1849. De las 138 defunciones, aparte de que casi la mitad fueron por fiebre (67 casos), 31 de ellas (22.5 % aprox.) fueron niños no mayores de tres años y de éstos, la mitad, tenían menos de un mes de nacidos (<https://familysearch.org/pal:/MM9.3.1/TH-1-159383-141424-46?cc=1473206&wc=MCMG-LTP:45863801,45863802,46967203>).

Si se amplían un poco más los lapsos temporales, se encuentra que entre enero de 1849 y termina en la tercera semana de octubre de 1850, en la parroquia de Mazatlán registros parroquiales se registraron 1107 defunciones; de este monto, esta mortandad de acuerdo a su sexo, indica que 632 eran hombres y 452 mujeres, las 23 personas restantes no tienen precisada edad ni sexo. 178 de los fallecidos eran niños. Por otra parte, durante esos casi 22 meses, existió un momento crítico entre el 30 de septiembre de 1849 y el 20 de diciembre de 1849, debido a que se presentó una fiebre del cólera.

El cólera: sus efectos en Mazatlán

A mediados del siglo XIX, cuando una terrible epidemia de cólera afectó a una parte del territorio estadounidense, a varios estados del noroccidente y norte de México, así como hasta el mismo centro del país. En Mazatlán sus consecuencias se presentaron durante el último tercio de 1849 y se extendieron

hasta febrero del año siguiente. Entre octubre y diciembre en el puerto fallecieron 407 personas, y de ese monto 338 fue a causa directa de dicho cólera. De este total, entre octubre y diciembre de 1849, la epidemia mató a 338 personas, de ellos 80 eran niños (Favela, 2014, pp. 79 y 80). Para principios de febrero, la cifra de fallecidos por esta epidemia se elevó a 356 personas (Favela, 2014b, pp. 64-66).

Pese a los considerables efectos sobre la población local, la prensa estatal no le dio el seguimiento tan detallado como sí ocurrió en otras regiones del país. Por ejemplo, a finales de ese mes de octubre, tan solo se comentaba y confirmaba “como seguro que el cólera está también en Mazatlán” (*El Siglo Diez y Nueve*, 9 de noviembre de 1849, p. 582). Pero la amenaza era tan real que desde principios de octubre la Junta de Sanidad de Culiacán para prevenir y atenuar los efectos del cólera elaboró un reglamento de policía y salubridad que se turnó para la aprobación del gobierno del estado (*El Siglo Diez y Nueve*, 10 de octubre de 1849, p. 468) Se ignora si en Mazatlán se procedió de manera similar. Pero semanas más tarde, algunos de los comentarios periodísticos iban en el sentido de que “según comunicaciones de aquel puerto, había desaparecido de allí, esa epidemia. Hay quien dice, que el cólera no visitó realmente a Mazatlán, y que la única dolencia que se declaró entre sus habitantes, fue la de algunos casos de *cólico bilioso* ocurridos con alguna frecuencia” (*El Universal*, 25 de noviembre de 1849, p. 4).

Esta duda y minimización de los efectos del cólera era compartido por los diarios capitalinos: en esa misma fecha, *El Siglo Diez y Nueve*, mencionaba que las últimas noticias provenientes en Mazatlán “indican que las condiciones de salubridad son satisfactorias. Eran ya muy raros los casos que se presentan de esa enfermedad que se ha tenido por el cólera, de manera que, o no es cierto que fuera esta epidemia o ha desaparecido sin hacer los grandes estragos que en otras poblaciones” (*El Siglo Diez y Nueve*, 24 de noviembre de 1849, p. 638). Mientras que, para finales de ese año, este periódico capitalino comunicaba la noticia de que dicha epidemia no solamente afectó en el puerto sinaloense, sino que se extendió por la zona de San Ignacio y Cosalá, pero estimaban que no se propagaría hasta Culiacán (*El Siglo Diez y Nueve*, 23 de diciembre de 1849, p. 754). Pero las notas informativas eran sumamente escuetas, aceptando en algunos casos que “no se había recibido noticia alguna de la Prefectura del Venado, sobre el estado que guarda la epidemia en aquel municipio” (*El Siglo Diez y Nueve*, 5 de febrero de 1850, p. 144).

Es de suponerse que algunas secuelas quedaban. Indicios de lo anterior se percibe con la actitud y comunicado de septiembre de 1851 del magistrado Mariano Amescua a la autoridades federales y estatales, informando que en Mazatlán “ha empezado a sentirse en esta ciudad la destructora influencia del cólera morbus, por cuyo motivo y por contar ya con la aprobación del supremo gobierno para trasladarme a despachar el juzgado de distrito a cualquiera otro punto que estuviese libre de aquella epidemia, he determinado marchar a Culiacán donde desapareció el mal” (*El Constitucional*, 3 de noviembre de 1851, p. 3).

Salubridad y enfermedad durante la segunda mitad del XIX

Lo anterior indica que el panorama social no era tan fulgurante como lo presentaba la prensa de esos años. Por ejemplo, si para inicio de la segunda mitad del siglo XIX el puerto ya contaba con un hospital, éste carecía de todo (vacunas, medicamentos, instrumental y equipo), menos de enfermos y, por si fuera poco, el cabildo siempre expresaba que estaba escaso de fondos. Por ende, ante la carencia de batas de hospital, medicinas, camas, sueldos, etc., se promovió “una función dramática a beneficio del nosocomio (AHMM, Actas de Cabildo, 30 de noviembre de 1866). También se sugirió que las niñas de la escuela que tomaban clases de costura se hicieran cargo de elaborar batas de hospital a fin de abaratar el costo. Las limitantes eran tales que, a fines de los 50s del siglo XIX, el cabildo negó ayuda hospitalaria a los enfermos que provenían de las filas militares, por no tener camas suficientes (contaba solo con 40) y las existentes se

dedicaban prioritariamente a enfermos de escasos recursos económicos y aquellos que no padecieran enfermedades crónicas (Armenta, 2006, pp. 54-55).

A principios de los 60s, se haría una petición enérgica dentro del cabildo mazatleco, con respecto al hospital civil en esta ciudad, “siendo una de las más apremiantes necesidades en este Puerto, mandar construir cuanto más pronto sea posible un hospital de pobres” (AHMM, actas de Cabildo, 11 de octubre de 1861). Más, sin embargo, dicha obra se proyectaría 8 años después, dado el apoyo de uno de los más ricos comerciantes acaudalados en Mazatlán, Don Pedro Echeguren, cuyo préstamo ofreció al ayuntamiento mazatleco por la suma de 20 mil pesos “para que proceda desde luego a la construcción de la fábrica del hospital municipal” (*La Regeneración de Sinaloa*, 17 de febrero de 1869, p. 4).

Esa necesidad de atención médica no solamente la padecían los mazatlecos sino sus visitantes, los gratos y los “no gratos”. Por ejemplo, durante los tiempos de la intervención francesa, para las fuerzas imperiales, mantener un control férreo e incontestable en lo concerniente a los puertos del Pacífico mexicano, presentó distintas dificultades. Un factor que al parecer los soldados imperiales acusaron bastante de no adaptarse, fue el clima en las poblaciones porteñas. A decir del contralmirante francés Alphonse Bouet, encargado de las operaciones marítimas en el Pacífico, las condiciones climáticas y las enfermedades complicaron dicha labor, inclusive varios perdieron la vida producto de lo anterior (Aparicio, 2013, pp. 57-65).

Las amenazas a la salud estaban latentes y los medios para enfrentarlas no eran los idóneos. Por eso, ante este limitado panorama, no era nada raro que la población mazatleca recurriera al yerbero o curandero. Por eso, la junta de sanidad que funcionaba en 1866 exhortó al alcalde para que tomara medidas contra los abusos que se cometían “vendiendo medicinas y recetándolas personas extrañas al arte, denunciando que en muchas “cuarterías” se recetaban y vendían unas cucharadas de purgante que llamaban ‘cucharadas o pureza de Romanillos’ (Cole, 2004, p. 111).

Ahora que, si las yerbas y curaciones fallaban y se presentaba un desenlace fatal, no había mucho problema porque las autoridades no solamente pugnaban por prevenir la salud de los vivos, sino que también se preocupaban por el descanso y reposo del cuerpo de los que perdían la vida; por ello se emprendieron iniciativas para ampliar el servicio de camposantos y cementerios; una demanda también creciente por el incremento de la población en el puerto. A esto obedece que, desde noviembre de 1868, la prensa difundiera la noticia de que se colocaba la primera piedra para un nuevo cementerio en la ciudad (*La Iberia*, 15 de diciembre de 1868, p. 3).

Otro asunto al que se le puso atención desde principios de 1867 fue la calidad de agua que se vendía entre los habitantes del puerto. Expresamente, la Comisión de Aguas del Ayuntamiento supervisó el estanque llamado “Manantial” propiedad de Manuel Fernández, estanque con una longitud entre 50 y 60 varas y de 20 varas de ancho y ubicado a una milla de la ciudad. Su agua acumulada se vendía como potable. El dictamen elaborado al respecto se apoyó en el análisis químico elaborado por el farmacéutico Benjamín Retes quien, desde fines de noviembre de 1866, dictaminó que, a pesar de ser cristalina, dicha agua poseía sustancias químicas y orgánicas que la hacían nociva para la salud. Así que la Comisión dictaminó que se debería prohibir la venta de agua de este estanque entre la población local (AHMM, Actas de Cabildo, 8 de enero de 1867, pp. 7-9). Un lustro más tarde, para mejorar las condiciones sanitarias de la ciudad, así como su misma imagen, el ayuntamiento Mazatlán acordó sacar las ordeñas del centro de la ciudad. Medida que al ponerse en operación generó algunas resistencias, de manera que una señora dueña de una ordeña tramitó un amparo ante el juzgado de Distrito del Estado para detener la aplicación de dicha medida en su contra; justificaba su amparo con el argumento de que la disposición del Ayuntamiento era

un ataque a su persona y propiedad, así como violatoria a las garantías individuales que los ordenamientos legales vigentes le brindaban (*El Occidental*, 13 de agosto de 1873, p. 2). Pero ninguna alusión a su efecto en el ámbito de la salud.

Ante tal escenario, las enfermedades se mantenían latentes o bien tenían un terreno propicio para florecer. Respecto a los padecimientos que dejaron sus nefastos efectos en la población porteña, algunos se convirtieron en noticia o al menos merecieron una pequeña nota del extranjero. Por ejemplo, a principios de 1874, un periódico madrileño destacaba que la viruela estaba causando particulares estragos en dos poblaciones mexicanas: Minatitlán y Mazatlán (*La Discusión*, 28 de febrero de 1874, p. 2).

En ocasiones, insalubridad, enfermedad, violencia y desdicha se conjuntaban, como ocurrió en marzo de 1874: un órgano de prensa del puerto mazatleco señaló que una señora viuda con dos hijos padeció una verdadera tragedia, pues uno de sus hijos enfermó de viruela y falleció, ya de noche lo velaba en compañía de una amiga y un tipo las acompañó en la velación. Este tipo quiso abusar sexualmente de la amiga, al ser rechazado amenazó con un puñal a las dos mujeres, que salieron a la calle en busca de un gendarme, ante esto el agresor se dirigió a la cama de la habitación y clavó el puñal al niño mayor. Fue detenido por las autoridades (*El Radical*, 26 de marzo de 1874, p. 3).

Pero, siguiendo con las perniciosas enfermedades provocadas por la falta de higiene y la insalubridad de diversos sitios ligados a la vida del puerto. Lo insano del ambiente se encontraba en el casco urbano y sus inmediaciones. Muestra de ello, la prensa señala para octubre de 1874, a una laguna en Mazatlán, situada frente a la garita del camino, por sus efectos contaminantes se promovió la idea de cegarla, rellenarla de tierra y sembrarla de árboles frutales (*El Siglo Diez y Nueve*, 4 de octubre de 1874, p. 3).

Por otra parte, un temor a ser presa de este ambiente es expresado por un viajero norteamericano (Henry Edwards) que arribó al puerto procedente de San Francisco California a principios de 1875 y permaneció poco menos de un mes en el puerto. Se hospedó en el Hotel Nacional; el personal del lugar hablaba inglés, pero al inmueble lo describe atestado de arañas y cucarachas. En su misma habitación tuvo como acompañantes todo un ejército de pulgas y una parvada de mosquitos que le impedían entregar su cuerpo a Morfeo. En fin, era un lugar que Edward no recomendaba a los viajeros (Martínez, 2008, p. 86).

Muchos de esos mosquitos provenían de los pantanos que existían en el espacio mazatleco; lugar desde donde se propagaban diversas enfermedades. Las emanaciones provenientes de los pantanos son las que hicieron que -hacia 1877- el Monitor del Pacífico señalara que en Mazatlán se padecía una "Fiebre pútrida", ocasionada por el agua estancada que se encontraba por doquier (*El Monitor del Pacífico*, 1 de agosto de 1877, p. 2). Y la Comisión de Sanidad y el Ayuntamiento... observando la inmensidad del mar (*El Monitor del Pacífico* 19 de septiembre de 1877, p. 1).

Durante el año de 1878, las páginas de este mismo órgano de prensa insistirían en que la viruela estaba "haciendo de las suyas rumbo al astillero" (*El Monitor del Pacífico*, 16 de junio de 1878, p. 3) agregaba también que las muertes por tétanos se daban todos los días por el mal tratamiento que daban las parteras a los recién nacidos. Insistiendo en el caso de la niñez, hacia septiembre de 1878, la prensa local destacaba que en el registro civil del puerto se presentaba una disparidad en el registro de nacimientos y fallecimiento de infantes, esta ...diferencia se da porque no se acude a registrar a los niños que nacen sino hasta que fallecen (*El Monitor del Pacífico*, 5 de septiembre de 1878, p. 3).

Esto conduce a ponderar otra faceta nada amable de la población mazatleca: su mortandad. Así, al transcurrir el mes de septiembre de 1878, la prensa consignaba que dicha mortandad producida por el

tétano vulgo mozezuelo se presentaba en gran número y de manera ordinaria. Al respecto agregaba lo siguiente: Sabido es que se reconoce como origen el mal tratamiento que se da por parte de las parteras a los recién nacidos. Bueno sería que la Comisión de sanidad recomiende al Ayuntamiento medidas para que a las personas siendo muy ignorantes se les diera alguna instrucción la cual garantice que no encontrara ese peligro inminente en las puertas de la vida de los niños (*El Monitor del Pacífico*, 19 de septiembre de 1878, p. 3).

Solo para continuar ilustrando lo ocurrido en esta materia, es de detenerse en la primera mitad del año de 1887. Durante esos primeros seis meses se registraron 295 fallecimientos. De estos 73 eran recién nacidos, su muerte ocurrió a causa de tétano y asfixia. Otros 25 niños murieron antes de cumplir un año de edad. Y 29 más fallecieron entre uno y cinco años de edad. Esto indica que el 43.05 % de los fallecidos no cumplieron su quinto aniversario de vida. En lo que toca a la muerte en edad adolescente la cifra fue de 5.42 %, mientras que el deceso de jóvenes se ubicó en 12.20 %, en tanto que la mortalidad en edad adulta el porcentaje alcanzó un 31.18 %; y finalmente, los fallecidos en edad anciana se situó en 6.4 % (*La Opinión*, 26 de noviembre de 1887, p. 3). Con relación a la información anterior, algo resalta, particularmente sobre la mortandad infantil. A pesar de que las evidencias históricas y el razonamiento conducen a pensar que la desnutrición ha sido ancestralmente un problema de salud de carácter colectivo, parece extraño que nadie se ocupó de hacer su descripción clínica.

Pero la enfermedad y la muerte son muy “democráticas” y afectan o amenazan a cualquiera, por eso en noviembre de 1882, el gobierno del estado le concedió licencia por un mes al prefecto de Mazatlán sr. Bernardo Vázquez, para que se restableciera de su salud que fue alterada seriamente al ser contagiado de la epidemia que atacó al puerto, debido a que prestó labores de auxilio. Temporalmente fue encargada la prefectura por ministerio de ley, el sr. Ruperto L. Paliza, presidente del ayuntamiento (*El Nacional*, 16 de noviembre de 1882, p. 3).

El flagelo de la fiebre amarilla

Desde fines del primer tercio de 1864, un periódico francés difundía la noticia de que la fiebre amarilla estaba causando grandes estragos en todo el litoral mexicano, “desde el istmo de Tehuantepec hasta Mazatlán en el estado de Sinaloa”; (*Diario de Tarragona*, 1864, 30 de abril de 1864, p. 1), pero sus efectos más funestos casi dos décadas después.

Durante el segundo semestre de 1883, una verdadera calamidad se presentó de manera abrupta en el puerto mazatleco: debido al arribo de vapores procedentes de Panamá de donde descendieron poco más de tres decenas de enfermos de fiebre amarilla,¹ (De Torres Aured, 2009, p. 155) a los cuales en lugar de ponerlos en cuarentena se permitió que esta tripulación conviviera con la población y el entorno provocando una verdadera epidemia entre la población establecida en el puerto sinaloense.² Al parecer, en tan sólo quince días (del 15 al 30 de agosto de ese año) envió a la cama a más de cuatro mil personas y de esos enfermos 106 fallecieron en esas dos semanas, la mayoría de ellos personas de origen externo que recientemente habían arribado al puerto. Decesos que se convirtieron en noticia nacional, de manera que un semanario católico informaba que tan solo el día once de septiembre de ese año, en el puerto de

¹ La fiebre amarilla es una enfermedad tropical producida por un virus transmitida por un mosquito propio de zonas marítimas cálidas. Se incuba por un lapso de 3 a 7 días. Sus efectos son escalofríos, fiebre elevada, cefalea, mialgias, náuseas y vómitos. Se presentan hemorragias nasales y de encías. Evolucionan a ictericia (fiebre amarilla) e insuficiencia hepato-renal. En fase muy avanzada, la hemorragia se agrava con vómitos de sangre coagulada (vómito negro).

² Medidas generales para controlar la propagación de esta epidemia era fumigar buques y aislarlos, quemar posibles focos de infección y extremar la limpieza de las calles y demás espacios públicos.

Mazatlán fallecieron trece personas, once de ellas por fiebre amarilla (*El Tiempo*, 16 de septiembre de 1883, p. 4).

Entre los fallecidos figuraron tanto oriundos del puerto como visitantes pasajeros o temporales. Dentro de los segundos se pueden enlistar varios casos como sucedió con una comisión enviada por el Ministerio de Fomento para que explorara la presencia de recursos estratégicos para el desarrollo de Baja California, la cual no pudo llegar a esta región pues a consecuencia de dicha fiebre amarilla, murieron tres de sus cuatro integrantes una vez que la embarcación en que viajaban arribó a Mazatlán (Blanco Martínez y Moncada Maya, 2011, p. 80).

Asimismo, un caso particularmente trágico enfrentó la compañía de ópera de Ángela Peralta; de los 38 integrantes de esta empresa artística, a excepción de tres de ellos, el resto cayó enfermo de fiebre y muchos de ellos fallecieron, la lista la encabezó la propia dueña y tenor de la compañía, la Sra. Ángela Peralta de Montiel, además del Maestro Director, Sr. Pedro Chávez Aparicio, el Tenor Absoluto Sr. Fausto Belloti, el Tenor Primero Sr. Pánfilo Cabrera, el Contador Sr. Agrícola Armendáriz. De los integrantes del coro los extintos fueron la Sra. Sofía González de Corona, Sra. Petra Escalante, Sra. Jovita Salinas, Sr. Félix López, Sr. Enrique Ruiz y Campa, Sr. José Loreto. En ese viaje sin retorno los acompañó también el maquinista Sr. Eusebio Valencia y los sastres Sr. Juan Zamora y Sr. Carlos Zamora. Así como el integrante de la orquesta, Sr. Santos Herrera. Respecto a la famosa cantante fallecida, apenas bajada a la tumba y ya era motivo de inspiración de escritores mexicanos. Sobre su vida y muerte, Jacobos C. Dávalos escribió un poema que en una de sus partes decía lo siguiente:

*Nació para cantar, y se conquista
Para su sien espléndida corona
Que del mundo melódico á la vista
La fama de sus méritos abona
En éxtasis feliz, la egregia artista
Hermosos cantos al morir entona* (Agueros, 1883, p. 464).

Por otra parte, más allá de los fallecidos, otra parte de los enfermos integrantes de la compañía de Peralta se embarcaron en un pailebot llamada “El Naufragio” que iba rumbo a San Blas y otros menos a salieron rumbo a Guaymas y Durango. Mientras que otros artistas y empleados se quedaron en Mazatlán a padecer su enfermedad y enfrentar su convalecencia. La embarcación que arribó a San Blas, pese a no llevar a bordo ningún caso de enfermedad, no modificó su travesía y respetar la cuarentena que se le impuso, pero el virus infeccioso viajaba en su cargamento y equipaje, de ahí que el dueño de un hotel de aquel puerto y algunos de sus huéspedes cenaron a bordo de “El Náufrago”, volviendo a tierra con la enfermedad, la que en corto tiempo los llevo a la tumba, no sin antes contagiar al resto de los huéspedes y servidumbre del hotel, quienes también fallecieron. Seguidamente de manera rápida se propagó entre la población de la región; pero ya no atacó a los tripulantes y pasajeros del buque, a quienes se permitió desembarcar cuando la enfermedad ya estaba propagada. Entre los pasajeros figuraban Pedro Chávez Aparicio, director de orquesta de la mencionada Compañía de Opera de Peralta, así como integrantes de su cuerpo de coro y algunos otros integrantes de esa empresa del espectáculo (Revueltas, 1894, p. 114).

Mientras que los que permanecieron en el puerto sinaloense fueron Antonia Antonietti, soprano; Guissepina Zeppilli de Villani, Contralto; Vincenzo Villani, baritono; Clemente Bologna, bajo, al igual que su esposa; José Rivas, Violín concertante; e Ismael Corona, apuntador. De los integrantes del Coro: Francisco Servín de la Mora y Manuel Lemus; al igual que el Administrador, Jaime Germa, y el propio Representante de la Compañía, el Sr. Julián Montiel y Duarte, esposo de la llamada Ruiseñor Mexicano:

Ángela Peralta. (García de Alba y Salcedo Rocha, 2006, p. 131) En general, más del 90 % de la compañía fueron víctimas de la epidemia y murieron el 36% del total de los integrantes; mientras que de la guarnición militar del puerto cayeron enfermos el 98% y sus índices de mortandad alcanzaron un 30%, (García de Alba y Salcedo Rocha, 2006, p. 135) esto por citar solamente algunos de los sectores afectados.

En tanto que los montos generales de fallecidos sumaron varios cientos. Decesos que se dieron de manera fulminante en muy poco tiempo y cuya secuela seguiría afectando a la población. Por las dimensiones que alcanzaba esta fatalidad, se generó una verdadera psicosis, que generaría conductas desesperadas e irresponsables como la asumida por la policía de Mazatlán, la que conducía al panteón de la localidad a enfermos atacados de la fiebre amarilla antes de que éstos fallecieran (*La Patria*, 29 de septiembre de 1883, p. 6). Ellos juzgaban y definían sobre el destino de dichos enfermos, parecía que tenían una “bola de cristal” donde veían la futura muerte del enfermo. Por las dimensiones que alcanzó la epidemia, la noticia cruzó los mares y llegó hasta el continente europeo. Una correspondencia particular rescatada por un periódico español, a la que se le daba mucha credibilidad, presentaba una parte del panorama desastroso prevaleciente en el puerto sinaloense: *La Patria*,

La fiebre amarilla nos fue traída en los vapores de Panamá y del 15 de agosto al 18 de presente (septiembre_ han muerto 403 personas, que es mucho en una población de 12 mil personas que tiene Mazatlán. Figúrese usted el pánico horrible que aquí habría, sobre todo habiendo salido de la población un sinnúmero de personas para otros puntos del interior que también han sido infestados. Mazatlán parece un cementerio (*La Correspondencia de España*, 23 de octubre de 1882, p. 2).

Este panorama tan desastroso y trágico llegaba como noticia a diversos puertos del Pacífico mexicano. Por ejemplo, El buque americano “Granada” zarpó de San Francisco y en su trayecto por el Pacífico arribo a costas mazatlecas en plenos días de calamidad, por esa razón se negó a recibir carga y pasajeros. De ahí se desplazó rumbo a Acapulco, donde informó que debido a la fiebre amarilla, en Mazatlán estaban muriendo entre 25 y 30 personas diariamente. Ante ello, el Capitán de Puerto de Acapulco solicitó a las autoridades nacionales que se clausurara este puerto para impedir contagios y liberar a los demás puertos de dicha amenaza (*El Siglo Diez y Nueve*, 12 de agosto de 1883, p. 3).

Este terrible brote epidémico se desarrolló no solamente por el descuido o irresponsabilidad del capitán del puerto que consistió en no poner el cuarentena al par de barcos que traían la infección, sino también por existir un ambiente local favorable para la transmisión de la enfermedad, donde figura el hecho de ser una la zona costera, contar con copioso temporal de lluvias, malas condiciones higiénicas en este litoral del Pacífico; con todo esto, al presentarse una libre y cuantiosa circulación del mosquito vector que vinculó al agente portador y el huésped susceptible de la infección, tanto oriundos del lugar como procedente de una dinámica migración que se experimentaba en Mazatlán.

Con relación a este lamentable suceso, cabría preguntarse qué tan eficiente era el funcionamiento del Consejo Superior de Salubridad que existía en Mazatlán, derivado del reglamento sobre puertos desde el 9 de septiembre de 1851, en el cual se establecía que en los puertos mexicanos deberían existir juntas de sanidad, compuestas por el presidente del ayuntamiento, el capitán de puerto, el médico responsable de sanidad, un médico del hospital militar y otro del municipal, o los médicos que hubiera en el puerto. Dicha instancia tenía como obligaciones:

Formar un reglamento sanitario que sujetara a la autoridad municipal, fundado en las siguientes bases: dar corriente a las aguas estancadas, secar pantanos y todos los charcos que contengan aguas inmundas.

Situar fuera de la ciudad en rumbo opuesto a los vientos reinantes, los tiraderos y muladares, cementerios y panteones, los nuevos hospitales, casas de matanza, pescaderías y en general todo establecimiento de donde se desprendan emanaciones malsanas. Establecer plantíos de árboles en la ciudad y favorecer la vegetación en los lugares circunvecinos (García de Alba y Salcedo Rocha, 2006, p. 140-141).

Los resultados que arrojó esta fiebre epidémica, parecen evidenciar que estos propósitos y actividades de sanidad de tipo precautorio no se cumplieron en Mazatlán. Tal vez por eso, ante la iniciativa del Secretario de Gobernación del gobierno federal referente al traslado de los restos de la artista Ángela Peralta a la capital del país, los periodistas nacionales señalaban que esta medida resultaba altamente peligrosa por el tipo de enfermedad de que murió, y probablemente sabedores de las situaciones de salubridad prevalecientes en el país (*El Tiempo*, 11 de septiembre de 1883, p. 3).

Ahora bien, si bien para octubre, ¡las autoridades estatales comentaban que el estado sanitario del puerto de Mazatlán había mejorado, y que la fiebre amarilla tendía a desaparecer. Así se expresaba en telegrama a las autoridades federales “Fiebre amarilla en Mazatlán casi localizada en hospital militar; en la ciudad son ya raros los casos que ocurren” (*La Iberia*, 17 de noviembre de 1883, p. 2). Mientras que de parte de la población civil, desde este puerto se generaban reportes como el siguiente:

Antes no se conocía la terrible epidemia de la fiebre amarilla en esta costa mejicana del Pacífico; pero á partir del último verano la ha recorrido desde Acapulco, causando horribles estragos, aun en los pueblos interiores inmediatos á la costa. Muchas familias, de las gentes del pueblo, han desaparecido por completo, otras han huido al interior: la miseria más espantosa ha sido la consecuencia en todos los puntos atacados por la plaga, que desgraciadamente no ha desaparecido por completo, á pesar de lo adelantado de la estación del frío: la trajo á Mazatlán un vapor de los Estados-Unidos que venía con enfermos, procedentes de Panamá» (*La Hormiga de Oro*, 3ª Semana de febrero de 1884, p. 118).

Los efectos de esta enfermedad epidémica fueron tantos que en ciudades del extranjero se formaron organismo para socorrer a las zonas afectadas. Por ejemplo, reportes de principios de 1884 señalaban el comité de apoyo a los enfermos mexicanos de fiebre amarilla establecido en San Francisco California dio por concluidas sus labores de recolección de recursos económicos para el auxilio de los enfermos. Producto de su labor se recolectaron 6, 297.33 dólares, de los cuales se enviaron a Mazatlán 2,518.93: a Guaymas, 2,267.03; y a las poblaciones de La Paz, San Blas y Manzanillo, la cantidad de 503.79 para cada una de ellas. Montos obtenidos gracias a la generosidad del mencionado puerto de San Francisco (*Daily Alta California*, 12 de enero de 1884, p. 1). Pero los apoyos no solamente llegaron del extranjero, pues desde Villa Lerdo, Durango también surgieron acciones de solidaridad con Mazatlán. En este lugar se organizó una junta para solicitar donativos a favor de los que sufrieron el azote de la fiebre amarilla en el puerto sinaloense, producto de dicha labor, en marzo de 1884, este organismo remitió al sr. Francisco J. Gómez Flores, integrante de la Tesorería de la Junta Distribuidora de Mazatlán, una libranza por valor de \$ 1,447.16, recaudado gracias a la actitud filantrópica de dicha población duranguense (*Diario del Hogar*, 1 de abril de 1884, p. 2).

Para esas fechas se estaba superando un duro trance cuyo efecto fue devastador en Mazatlán y dejó secuelas en otras poblaciones sinaloenses (Altata, Culiacán, etc.); lo anterior era contrario a las cuentas alegres y la minimización del hecho que realizaban las autoridades estatales. Tanto así que, durante la tercera semana de junio de 1884, el gobernador Mariano Martínez de Castro informaba a las autoridades federales que solo en Mazatlán se habían presentado casos de fiebre amarilla y que su gobierno había

exigido al Ayuntamiento de Mazatlán que tomara las medidas necesarias para combatirla, habiéndose procedido a construir una sala especial en el hospital para auxiliar a los enfermos, así como otras medidas de salubridad.

Ante tal información, la última semana de junio de 1884, las autoridades federales giraron órdenes a todos los gobernadores de los estados situados en la costa del Pacífico y a los jefes políticos de los territorios de Tepic y Baja California para que “sean sometidos a cuarentena de rigor o de observación, según los casos, los buques procedentes del referido puerto de Mazatlán o de otros en que haya aparecido o apareciere después dicha epidemia”. Si el buque llevaba enfermos, la cuarentena consistía en 10 a 15 días de detención a juicio de la Junta de Sanidad del puerto de arribo, lapso en el que se realizaría la desinfección de mercancías y equipaje, con la ayuda de calor, mediante estufas a temperaturas de 110 a 120 grados centígrados o con el empleo de ácido sulfuroso, quemando 30 gramos por metro cúbico de capacidad de la cámara de desinfección (*La Voz del Pueblo*, 3 de julio de 1884, p. 2).

Este fenómeno epidémico fue de los más letales ocurridos en el puerto, y para colmo no fue la única vez que se presentó. Quizá por eso los panteones no recibían la atención debida, pues, según un periódico de la ciudad de México, en marzo de 1885, dos visitantes localizaron en el cementerio de Mazatlán, a un perro devorando los restos de un cadáver (*La Voz de México*, 25 de marzo de 1886, p. 3). Imposible saber si esos restos eran de una víctima de las epidemias que flagelaban al puerto. Lo que sí parece cierto, es que pese a las actitudes optimistas que se presentaban en junio de 1885, referentes a que, pese al calor que se presenta en Mazatlán, no se ha presentado la fiebre amarilla” (1885, 10 de junio, p. 3). Para septiembre de ese mismo año, hasta en la capital del país se difundía la noticia de que la fiebre amarilla continua causando estragos en Mazatlán y Guaymas (*El Monitor*, 23 de septiembre de 1885, p. 2).

Ese mismo mes de septiembre de 1885, reportes emanados desde el puerto de Guaymas hablaban de que ese mes se habían presentado 200 casos de fiebre amarilla en territorio mexicano, de los cuales 47 fueron decesos. No obstante, en el puerto sinaloense los efectos eran mínimos, ya que, de ese monto de enfermos, solo siete de ellos se reportaban como ocurridos en la zona de Mazatlán y San Blas (*Daily Alta California*, 6 de octubre de 1885, p. 5).

Sin embargo, para mediados de 1886, varios casos de fiebre amarilla se estaban presentando en Mazatlán. Los casos estaban adquiriendo tal dimensión que el Ayuntamiento del puerto empezó a tomar precauciones para evitar el contagio (*La Patria*, 27 de julio de 1886, p. 3). Aunque estuvo lejos de adquirir las dimensiones de pasadas ocasiones. Así que para agosto de ese año (1886), se difundió la noticia emanada de *El Correo de la Tarde*, relativa a que, *por lo avanzado de la estación, el calor excesivo y la presencia de calenturas intermitentes de poca significación hacen creer que ya no se presentará en este puerto la fiebre amarilla* (*El Monitor del Pacífico*, 19 de agosto de 1886, p. 3). Esta agradable noticia era reforzada en las páginas de *La patria* la cual señalaba que para septiembre de 1886 no se había presentado un solo caso de fiebre amarilla en Mazatlán (*La Patria*, 12 de septiembre de 1886, p. 2).

En años sucesivos ya no se presentaron epidemias de esta enfermedad en las magnitudes de 1883, pero si figuró como causa de muerte de varios mazatlecos. Por ejemplo, reportes llegados a San Diego, California en octubre de 1897 señalaban que durante la semana que va del 26 de septiembre y el 2 de octubre se presentaron nueve muertes de fiebre amarilla en Mazatlán. Por esa razón, el vapor mexicano Albion se puso en cuarentena hasta el 4 de noviembre de ese año. “Hasta que tenga una patente de sanidad limpia”; además, a prensa estadounidense difundía que el cónsul de Estados Unidos declaraba que los funcionarios sinaloenses estaban intentando disfrazar la situación real, pese a que el gobierno

mexicano había pedido una estricta cuarentena sobre el puerto (*Boston Evening Transcript*, 27 de octubre de 1897, p. 1).

Otros padecimientos

Pero no solo esa sino otras enfermedades se hicieron presentes en Mazatlán. Por eso mismo, en la sesión del cabildo de Mazatlán del día 5 de junio de 1883, la Comisión de Salubridad Pública solicitó un terreno para el establecimiento de un lazareto; la opción que se buscaba era un terreno con una extensión de diez mil metros cuadrados por rumbos de “Loma Montuosa”, el acuerdo fue que se buscaría un contrato amistoso y de no lograrse se procedería a la expropiación por causa de utilidad pública. (AHMM, actas de Cabildo, 5 de junio de 1883, p. 15.) A este proceso de adquisición del terreno se le dio tratamiento y resolución en la sesión del Cabildo del 18 de junio de 1883 (AHMM, actas del Cabildo, 19 de junio de 1883, p. 21 y ss.).

Años más tarde, no se exterminaba por completo la fiebre amarilla cuando en el puerto ya se presentaba otras calamidades. Durante la penúltima década del XIX —específicamente en 1884— se presentó otra enfermedad epidémica, aunque los afectados no eran los seres humanos sino mulas, burros y caballos. Se le denominaba vómito bruto y a decir de la prensa, “presenta en los animales los mismos síntomas que el vómito en la gente” (*El Tiempo*, 2 de marzo de 1884, p. 3).

A mediados de 1886 circulaba la noticia relativa a que se había desarrollado la viruela y otra enfermedad que presentaba caracteres semejantes a los de ‘peste y es llamada “guaguana”. La explicación que se daba sobre este padecimiento decía lo siguiente: *es una erupción cutánea que se forma de fístulas acuosas, produce picazón constante y se dice la determinba un insecto conocido con el nombre de “acaro” o “sarcopto” microscópico, del género de los arácnidos, de la familia de los acáridos* (*El Municipio Libre*, 3 de julio de 1886, p. 3). Esta enfermedad era conocida popularmente como sarna.

Pasando a otros rasgos de la enfermedad en Mazatlán, datos de los fallecimientos ocurridos durante el primer semestre de 1887 ayuda a observar otros padecimientos y dolores de los porteños. En ese lapso temporal hubo 295 defunciones de menores, las que tuvieron como causas principales un 25% por tétanos, 21 % por fiebres, 20 % ocasionadas por padecimientos pulmonares, y el 27 % restante debido a otras enfermedades (*La Opinión*, 26 de noviembre de 1887, p. 3).

Con relación a estas cifras y datos, llama la atención la ausencia de un padecimiento que ocasionaba muchas enfermedades y muertes: la desnutrición. Máxime que en estos tiempos afectaba significativamente —y en muchas ocasiones fatalmente— a la niñez. Esto ocurre, *a pesar de que las evidencias históricas y el razonamiento conducen a pensar que la desnutrición ha sido ancestralmente un problema de salud de carácter colectivo, parece extraño que por siglos nadie se ocupó de hacer su descripción clínica*, (Vega, 1999, p. 329) o simplemente se miró con indiferencia, o bien se tipificaba de otra manera.

Pero, para ampliar un poco más el cuadro de enfermedades de los porteños, es pertinente voltear la mirada a 1890: para el mes de mayo de ese año, la prensa nacional informaba que se estaba presentando muchos casos de influenza entre la población mazatleca, pero con una atenuante: “sin que, por fortuna hayan presentado ningún carácter grave” (*El Siglo Diez y Nueve*, 2 de mayo de 1890, p. 3).

Junto a estos padecimientos había enfermedades de otro tipo que preocupaban a las autoridades, donde la salud y la moral se compaginaban: las enfermedades venéreas. Tanto así que, en octubre de 1887, ante

la urgente necesidad que existe de evitar la propagación del mal venéreo que tantos males está ocasionando a la vez que considerables gastos a los fondos municipales, por el gran número de enfermos que con este motivo entran al hospital, el Prefecto del Distrito de Mazatlán presentó ante el cabildo un proyecto de reglamento de casas de tolerancia en esta ciudad, donde se contemplaban medidas sanitarias. La propuesta fue aprobada y turnada al ejecutivo para los efectos de ley (AHMM, sesión secreta del Cabildo, 11 de octubre de 1887).

Es indudable que la sífilis dejó su estela de dolor. Pero existieron otros padecimientos con consecuencias fatales. En 1894, pese a la atención hospitalaria se presentaron decesos a causa de pleuresía neumónica, meningitis cerebral aguda y hasta por artritis femoral (Torres, 2016, p. 163). A su vez, poco después se presentó un terrible padecimiento de fiebre y vómito que alarmaba a la opinión pública. Sobre tal situación, la prensa nacional comentaba: *En Mazatlán ha comenzado a desarrollarse una enfermedad desconocida hasta ahora. Es algo semejante a una fiebre, acompañada de abundantes vómitos y, con muy pocas excepciones, la persona atacada por esa enfermedad muere en el término de cuatro horas. Esta enfermedad comenzó a desarrollarse en una pequeña población cercana, y ha invadido ya el puerto (La Patria, 11 de noviembre de 1898, p. 3).*

Las enfermedades que afectaban a la población eran más variadas que los colores de un arcoíris. Se presentaban las que revestían riesgos inminentes e inmediatos de muerte, las de proliferación masiva, padecimientos muy individualizados y aquellas más comunes y de menor alcance pero que sin atención podrían adquirir proporciones y desenlaces mayores. Sobre éstas últimas, por ejemplo, en 1896, los directores de las escuelas municipales de Mazatlán reconocían los altos índices de reprobación entre los estudiantes. Tal situación la explicaban por dos aspectos: la falta de útiles y materiales empleados en la labor docente (tinta, papel, lápices, pizarras y pizarrines) y el ausentismo de los alumnos. Los reportes turnados a los docentes señalaban que no pocas de las inasistencias a clases se debían a que los alumnos sufrían de enfermedades gastrointestinales (Santamaría, 1998, pp. 226-227).

Pero, no terminaba de controlarse una cuando ya surgían síntomas de otros padecimientos, incluso de mayor peligro, ya que, junto a las afecciones intestinales, el hospital civil del puerto atendía múltiples casos de tétano infantil, paludismo y tuberculosis (Torres, 2016, p. 163). Sobre esta última, las mismas autoridades estales aceptaban que en el puerto dicha enfermedad se desarrollaba en grado alarmante, por el poco cuidado de las familias para evitar el contagio y por carecer de un establecimiento adecuado para la curación y el aislamiento de dichos enfermos. Así que varios enfermos de este tipo fallecieron durante la última década del XIX; por ese motivo, en noviembre de 1899, en el cabildo porteño se manifestó preocupación por los estragos que estaba causando entre la población hace en la tuberculosis, esta enfermedad contagiosa que –según las autoridades– *se ha generalizado a causa de la ignorancia y de la indolencia de los más, hasta llegar a ser la causa dominante de mortalidad*; de ahí que la Prefectura de Mazatlán solicitó al cabildo que se autorizaran disposiciones que impidieran la propagación de esta infección bacteriana (*El Correo de la Tarde*, 10 de noviembre de 1899, p. 1). Dicha solicitud se presentó ante esta instancia del gobierno municipal, la que turnó a la Comisión de Higiene, la petición de efectuar los gastos necesarios á fin de evitar en lo posible el avance de la terrible enfermedad llamada tuberculosis que toma un incremento alarmante en la ciudad (*El Correo de la Tarde*, 24 de noviembre de 1899, p. 1).

Aunque en el caso de infecciones contagiosas muy sonadas, las autoridades tomaban cartas en el asunto. Así se muestra durante la segunda semana de diciembre de 1899, pues el Ayuntamiento de Mazatlán autorizó aplicar el gasto necesario para la desinfección de las casas que la Prefectura juzgue conveniente para que la tuberculosis no se propagara. El 12 de diciembre se inició esa operación en un cuarto donde murió una persona víctima de dicha enfermedad. Esta medida era elogiada por la prensa local, al afirmar

ojalá que siempre que se requiera la lleve á cabo la Prefectura á ver sí dentro de algunos años vemos desaparecer de nuestras listas de mortalidad el número correspondiente á la terrible plaga citada que tanto se ha generalizado en Mazatlán (El Correo de la Tarde, 13 de diciembre de 1899, p. 1).

Las amenazas a la salud eran una constante, y provenía tanto del interior de la ciudad como del exterior siguiendo la ruta tradicional de comunicación y flujo humano y mercantil. Como parte de ello, la noche del 4 de diciembre arribó a Mazatlán el vapor nacional "Carlos Pacheco" procedente de San Blas, del cual se informaba que algunos de sus pasajeros y tripulación estaban infestados de una fiebre sospechosa. Debido a lo anterior, el Delegado de Sanidad realizó una inspección al navío y *dispuso que el contador Sr. Antonio Martínez, que viene enfermo, fuese trasladado al Lazareto de Belvedere, donde permanecerá en observación hasta que se ponga en claro la clase de fiebre que tiene.* La embarcación quedó fondeando en las inmediaciones del puerto, se procedió a la desinfección de tripulación y carga antes de permitirle seguir su destino y actividades (*El Correo de la Tarde*, 5 de diciembre de 1899, p. 1).

Pero existían otras enfermedades más comunes entre los mazatlecos. Resulta ilustradora la nota periodística que se elabora a mediados de diciembre de 1899, sobre los "huéspedes" del Hospital Civil: *Los heridos y lesionados que se encuentran en el establecimiento, así como la mayor parte de los enfermos, son de fuera, siendo notable entre estos últimos el número de los que deben la ruina de su salud al alcoholismo y á los males venéreos sifilíticos (El Correo de la Tarde, 16 de diciembre de 1899, p. 1).*

Pero existían otros padecimientos y enfermedades más comunes que se presentaban en la población más allá del sexo, edad o posición social; afectaciones ordinarias y hasta rutinarias. Para ellas, no solamente se podía recurrir a "remedios caseros", la oferta de medicamentos ya estaba presente en el Mazatlán del ocaso del siglo XIX; por eso a principios de 1893, la prensa anunciaba la presencia de un "¡Elixir Maravilloso ¡el poderoso analgésico para dolor en general, pecho, cabeza y espalda"; se insistía en su efecto infalible e inmediato, tanto que causaba verdadera admiración. Dicho producto se vendía en la Botica Nacional de Luís G. Espinoza, a un precio de \$ 1.50 por frasco (*La Opinión de Sinaloa*, 5 de enero de 1893, p. 4).

Asimismo, la publicidad de la Botica Italiana de L. B. Canobbio durante las últimas semanas del siglo XIX eran muy enfáticas sobre la novedad de los medicamentos que se encontraban en su estantería, donde destacan las Píldoras del Dr. B. Huchard, las que se presentaban como una inmejorable solución a enfermedades del aparato digestivo y con gran capacidad antiséptica; se recomendaba como *el mejor remedio para la dispepsia, mala digestión estomacal e intestinal, para la diarrea, disenteria, enfermedades del Hígado, gastralgias, jaquecas y en todos los casos en que la digestión es torpe y la nutrición imperfecta, ó cuando hay inflamación ó infección del Aparato digestivo o de los órganos anexos (El Correo de la Tarde, 5 de diciembre de 1899, p. 3).*

De igual manera, contaban con el elixir digestivo Pepsina del Dr. Carnier, presentado como un medicamento nuevo e infalible para la dispepsia y otras enfermedades del estómago, así como de gran utilidad para reanimar las fuerzas, abrir el apetito y dar vigor y energía a personas debilitadas por las enfermedades o por el trabajo excesivo. También tenían a la venta un producto de origen asiático llamado Kolketta, presentado como un remedio muy útil para el dolor de muelas, fortalecer las encías y mantener la dentadura libre de caries (*El Correo de la Tarde*, 6 de diciembre de 1899, p. 1).

Su oferta era muy amplia y, por tanto imposible de enlistar, pero nada más para ilustrar, dentro de esa larga lista figuraban las píldoras de salud de Hipócrates, las que presentaban como de un color rosa hermoso y azucaradas, muy útiles para limpiar las impurezas de la sangre y cómo un buen tónico para todo

el sistema, de ahí que “Su uso constante conserva la salud y alarga la vida”; además, ofrecían una curación segura del estreñimiento gracias a la Cascarine Lerrince, medicamento que también recomendaban para la “Atonía del intestino, Almorranas, Vahídos, Náuseas, Enfermedades del hígado, Embarazo de Estómago, Dolores de Cabeza, Estreñimiento durante la Preñez y la Lactancia” (*El Correo de la Tarde*, 9 de diciembre de 1899, p. 4).

Por su parte, en lo referente al personal especializado que podía atender problemas de salud de lo mazatlecos, para finales del siglo XIX, existía un dentista, 17 farmacéuticos, 11 médicos alópatas, 1 médico homeópata y 58 parteras. De los médicos existentes, tanto el Dr. J. J. Valadés como su colega Martiniano Carvajal utilizaban la prensa para ofertar sus servicios profesionales. El primero consultaba a sus pacientes tanto en su domicilio como en la Botica Central, mientras el médico Carvajal atendía a toda hora en la Botica “Económica”. Otro colega de ellos era el Dr. Perfecto G. Bustamante, el cual recibió elogios hasta por medio de la prensa: José Alfaro agradeció por este medio al Dr. Bustamante por la curación de su esposa, superando una grave enfermedad que la tenía en peligro de muerte. (*El Correo de la Tarde*, 13 de diciembre de 1899, p. 1) Este profesionista de la salud, a principios de diciembre recibió de Nueva York un aparato que producía los ya famosos rayos X, que tantos y tan útiles aplicaciones estaban teniendo en cirugía y medicina; al respecto la prensa comentaba: “*La adquisición de esta maravilla de la ciencia es de importancia para Mazatlán, por la facilidad con que podrán hacerse muchas operaciones que antes tropezaban con el escollo de un examen imposible que ahora es la cosa más sencilla del mundo*”. (*El Correo de la Tarde*, 5 de diciembre de 1899, p.1).

La salubridad del puerto a fines de la centuria

En fin, la ciudad crecía y los problemas también, algunos desaparecían, otros nuevos emergían y unos más seguían reiterándose en años posteriores e incluso algunos se profundizaban, como la insalubridad.

Para lograr una mejor higiene en los alimentos que adquiriría y consumía la población, hacia fines del XIX, se edificó un nuevo mercado, pero mientras eso sucedía, en 1897, los servicios que ofrecía el viejo mercado era objeto de regulaciones por parte del Ayuntamiento: en sus reglas de salubridad e higiene se establecía que: Al frente de los expendios no podrá estar ninguna persona que estuviera afectada de alguna enfermedad ostensiblemente repugnante o contagiosa, así como su personal estará siempre aseado (Torres, 2016, p. 111). Mientras que en lo que concierne a la calidad de los productos también existían normas de calidad. Por no ajustarse a las mismas, al iniciar la última semana de noviembre de 1899, el matancero Luis Arcega fue multado con diez y seis pesos, por vender carne de cerdo con trichinella, larva que producía la triquinosis. Asimismo, el Inspector de Mercados mandó recoger 50 litros de leche a un conocido expendedor del Mercado, pues la ofrecía al público en mal estado, (*El Correo de la Tarde*, 24 de noviembre de 1899) p. 1) y pocos días más tarde solicitó que la policía retirara a un dulcero que vendía por las calles con sus bateas descubiertas (*El Correo de la Tarde*, 30 de noviembre de 1899, p. 1).

Por tanto, es de reconocerse que las preocupaciones de salubridad e higiene, generaron iniciativas de solución, aunque no todas se cororaran exitosamente. Otra medida para darle ese rostro de limpieza y urbanidad a Mazatlán fue el establecimiento de baños públicos, entendible por el importante número de visitantes y población flotante que se presentaba en el puerto. Entre esos baños figuraban “La Libertad”, “El Capitán Muñoz” y “Baños de Maxemín”, donde tinas y mozos abastecedores de agua estaban a disposición de quien cubriera la cuota respectiva por tal servicio. Porque incluso, si bien para la penúltima década del siglo XIX, en Mazatlán existían baños públicos de este tipo, no eran precisamente el prototipo de higiene y de una nueva cultura. Por ejemplo, por estas fechas, un extranjero que regresaba de California todo sucio y con escasez de dinero se detuvo en Mazatlán y visitó estos baños públicos para asearse. Dicho

baño consistió en pararse desnudo sobre una tina de barro y esperar que otro individuo vertiese agua sobre su cuerpo. Sin embargo, al día siguiente esa misma agua se reutilizaba para otros baños (Cunietti, 2002, p. 55).

Lo anterior ocurría, muchas de las veces, por la mala calidad del agua. Tanto así que, en 1898, los rumores de Mazatlán como “Una ciudad a punto de ser envenenada” figuraron como noticia en la prensa nacional. Se consignaba alarma entre la población por la reciente muerte de los jóvenes Miguel Gutiérrez y Juan N. García y otro más sobre los que no se había descubierto las causas de tales decesos. Se creía que la causa fue envenenamiento por sustancias nocivas procedentes de yacimientos mineros que contenía el agua potable que consumía la población, esto porque ya se habían presentado intoxicaciones en tiempos recientes. Respecto al sentir y actitud de los mazatlecos, el comentario era el siguiente: La alarma que hay en Mazatlán es extraordinaria, y gentes hay que se rehúsan a tomar agua sea de la que fuere...Muchos se hayan en una situación verdaderamente desesperada y filtran agua de mar para atender a sus más ingentes necesidades (*El Popular*, 8 de octubre de 1898, p.1).

El problema de encharcamiento y acumulación de aguas era grave, tanto así que a finalizar 1899, empezaron a surgir iniciativas de particulares, obviamente de la elite local, para que en el año y siglo venidero se realizaran de obras de desagüe, lo que ayudaría grandemente a la población, pues *no hay vecino que no reconozca la absoluta, la apremiante necesidad de saneamiento de la ciudad, desapareciendo al instante un sinnúmero de enfermedades que aflijen[sic] a ricos y pobres, siendo costosas para los primero y ruinosas ó mortales para los segundos* (*El Correo de la Tarde*, 21 de diciembre de 1899, p. 2). Mientras eso sucedía algunas iniciativas se efectuaban para paliar esta problemática, como el encarcelamiento del residente chino Asam por reincidir en la censurada acción de arrojar aguas sucias á las calles (*El Correo de la Tarde*, 23 de diciembre de 1899, p. 2). Las medidas sanitarias, servicios médicos y hospitales van a ser preocupaciones recurrentes de los mazatlecos decimonónicos; asuntos que merecieron la atención de distintos cabildos mazatlecos.

En lo que se refiere a instituciones encargadas de cuidar o recuperar la salud, para fines del XIX funcionaban en el puerto el Hospital Civil, Hospital Militar y el Lazareto Belvedere; dedicadas a atender los padecimientos ordinarios de la población o bien atender alertas sanitarias: por ejemplo, a principios de diciembre de 1899, un vapor procedente de San Blas arribó con un integrante de su personal enfermo de una “fiebre sospechosa”. Ante ello, el Delegado de Sanidad dispuso su traslado al Lazareto Belvedere, para ser observado y diagnosticado (Torres, 2016, p. 168). Este establecimiento estaba bajo la tutela de las autoridades municipales. Bajo la misma jurisdicción se encontraba el Hospital Civil, la cual se buscaba adaptarla a las necesidades y demandas que se presentaban; por ello, en 1897, se le amplió el presupuesto, pues estaba contemplada la atención medica en 40 camas, pero –en agosto de ese año- estaban atendiendo a 84 personas en estado de más o menos gravedad (Torres, 2016, p. 168).

Asimismo, el Ayuntamiento que estaba en funciones en 1899 puso atención a la normatividad en materia sanitaria. En noviembre de ese año, se discutían las disposiciones contenidas en los artículos 65 y 66 del Bando de Policía vigente, sobre la limpia de excusados. El prefecto de distrito consideraba necesario reglamentar dicho servicio para hacerlo más eficiente, y además proponía que se revisara una parte del contenido del artículo 67 del citado Bando para que la autoridad interviniera en la construcción de excusados (*El Correo de la Tarde*, 10 de noviembre de 1899, p. 1).

Por la propagación de enfermedades contagiosas, por esas mismas fechas, la Prefectura del Distrito de Mazatlán adoptó otro tipo de medidas de carácter preventivo: dispuso que en *lo sucesivo serán desinfectados convenientemente los carros fúnebres que conduzcan los cadáveres de personas que hayan*

muerto á consecuencia de enfermedades infecciosas. Ante esta iniciativa la prensa porteña agregaba: Esperamos que lo mismo se hará con los carruajes que después de conducir angelitos al panteón, van al sitio a recibir pasajeros como si tal cosa! (El Correo de la Tarde, 20 de diciembre de 1899, p. 1).

Lo que parece claro es que la atención a los sectores más vulnerables no era una prioridad de las autoridades mazatlecas. Un ejemplo ilustrativo se puede observar casi a punto de finalizar esa centuria cecimonónica. A fines de octubre de 1899, se conocía la noticia de que *en el barrio de Palmillas reina una plaga de calenturas y fiebres...Las defunciones son frecuentes y como la mayoría de los vecinos carecen de recursos, cuando se registra un caso fatal, interviene la policía y se recoge el cadáver, o los que quedan vivos se cotizan para pagar los gastos de inhumación (El Correo de la Tarde, 31 de octubre de 1899, p. 3).*

Por otra parte, como los fallecimientos alcanzaban ya cifras nada desdeñables, la modernidad llegó a este rubro. Al finalizar la última década de ese siglo, el señor Luis Rea estableció una agencia de inhumaciones, poniendo en servicio del público un elegante y modesto carro fúnebre blanco para la conducción de cadáveres de niños al panteón del puerto, servicio que proporcionaba *un beneficio a la higiene y salubridad pública a la vez a la cultura de la ciudad*. Asimismo, la empresa comentaba que con este servicio funerario se acabaría la antigua y antihigiénica costumbre de conducirlos en carruajes de sitio que están destinados al servicio y recreo del público. También contaba con Buggys, carruajes y carretelas. Contaba con diversos paquetes, el más económico era: conducción en el carrito Blanco al panteón y un Buggy por la cantidad de cuatro pesos (*El Correo de la Tarde, 11 de enero de 1900, p. 3*).

Otro servicio que se ofertaba al público eran coronas para sepulcros y actos de velación. Este negocio estaba ubicado en el jardín situado en el Cerro de la Cruz, cerca de la quinta del señor Echeguren, donde se podían adquirir coronas de todas clases, tamaños y precios, así como ramos de flores finas (*CT, 25 de octubre de 1899, p. 2*). Aunque no era la única negociación que, en las proximidades del “día de muertos” de 1899, La Mercería Francesa, de la firma JC Carpentier y cía., publicitaba en la prensa local que dentro de sus existencias contaba con coronas mortuorias para ese 2 de noviembre. La Mercería Alemana también ofrecía su amplia cantidad de coronas fúnebres que recientemente le habían llegado a sus instalaciones para abastecer la creciente demanda en esa fecha (*CT, 25 de octubre de 1899, p. 2*). Ahora que, sobre esa fecha dedicada al culto a los muertos, la prensa local daba cabida a opiniones como la siguiente:

El 2 de noviembre. La fecha más negra del año aparece como un monumento sepulcral en nuestro camino y, siguiendo la costumbre anual, ya se alista el vecindario para llevar su ofrenda de rosas á los amados muertos.

En el fondo de esta piedad relampaguea un fugitivo rayo escapado de la vanidad; pero hay también verdaderas sombras, verdaderas lágrimas trémulas de, tristeza y dolor (*CT, 31 de octubre de 1899, p. 1*).

Un comentario final

Durante el siglo XIX, Mazatlán experimentó un significativo ascenso como puerto con una clara vocación comercial y con nexos con mercados nacionales e internacionales y se transformó como un espacio urbano que vivió un dinámico proceso de migración y consolidación como una ciudad con afanes de progreso, pero también enfrentó retos y adversidades que se generaron por sus propias dinámicas de desarrollo que esta urbanización y crecimiento demográfico.

En este sentido, la búsqueda de un hogar o espacio de vivienda, servicios públicos y salud fueron retos a resolver, no siempre superados. Más allá de una elite pujante y un primer cuadro ciudadano con cierto orden, el crecimiento de Mazatlán fomentó la acumulación de personas en espacios reducidos, desprecios fecales que generaron contaminación e infección; aguas negras que creaban zonas insalubres e insectos y animales nocivos; además de desperdicios perecederos, que generaban basura, mal aspecto y malos olores. Debido al panorama anterior, de manera particular, las enfermedades tuvieron una continua presencia en la vida porteña decimonónica. Se padecieron epidemias que cimbraron su estructura poblacional, como también enfermedades comunes o casi rutinarias acentuadas por su concentración humana.

Muchas de las enfermedades padecidas en Mazatlán se derivaron del hacinamiento y suciedad en la población porteña, que se dejaba ver y sentir entre sus calles y barrios, la cual no era una situación exclusiva de Mazatlán, pues su situación portuaria³ hacía que los puertos decimonónicos enfrentaron un problema grave de insalubridad. Enfermedades que azotaban a la población más vulnerable como lo eran los niños o adultos mayores de las clases menesterosas.

Así mismo, este tipo de fenómenos no fueron exclusivos del puerto sinaloense, porque de una u otra forma todo el estado de Sinaloa se vio afectado por diversas enfermedades y epidemias ocasionadas por las malas condiciones de higiene, insalubridad, falta de agua potable y drenaje (Verdugo, 1997, p.106.); sumando a todo esto, a la falta de una cultura sanitaria de los habitantes y una eficiente política gubernamental en esta materia. Las autoridades y los actores políticos estuvieron más preocupados por el arribo de mercancías, personas y militares en los buques y navíos que incursionaban en las costas y atracaban en el muelle mazatleco, en tanto que los virus, infecciones, enfermos y enfermedades que también llegaron de la mar y dejaron su estela de dolor, padecimientos y muerte.

En este ambiente las ideas promovidas con respecto a la limpieza de las ciudades y la prevención de enfermedades generaron no fueron a la par de las adversidades que se presentaron en estos rubros, lo que configuró una débil política de salubridad pública, más allá de voluntades individuales orientadas a mejorar la calidad de vida de la población local. Si bien a lo largo de esa centuria, en este puerto se generaron cambios en la estructura urbana debido a la introducción de alumbrado, agua entubada, hospitales, etc., su establecimiento fue paulatino y solo se acrecentó hacia fines de siglo, donde se fortalecieron las acciones en pro de la salud pública y se desplegaron prácticas sanitarias modernas, pero estas fueron muy focalizadas y no siempre accesibles al grueso de la población porteña.

Lo anterior conduce a pensar que en Mazatlán se presentaron, algunos rasgos de este fenómeno analizado y tipificado por diversos historiadores españoles como penalización urbana, la cual señala que las condiciones de salud, alimentación y mayor mortalidad que experimentaron las ciudades del siglo XIX fueron peores en comparación con las poblaciones rurales. Si bien, estos centros urbanos tenían un mayor acceso a los avances de la ciencia y la técnica, al igual que mayores capacidades para poner en marcha instituciones médicas y sanitarias, también es cierto que las poblaciones urbanas tenían mayor riesgo de difusión de enfermedades infecciosas transmitidas por factores ambientales, aire, agua y alimentos contaminados (Barona, Escudero y Nocolau, 2014, p. 3-4). Riesgos que pusieron sello a la vida local, ya sea porque no fueron atendidos con efectividad, o bien porque eran superiores a las realidades que experimentaron ciertos conglomerados urbanos como la llamada Perla del Pacífico: Mazatlán.

³ Las poblaciones que se formaron a partir de la dinámica comercial en los puertos como Acapulco, San Blas, Altata, Guaymas, Manzanillo y Ensenada de todos los Santos presentaron características similares de insalubridad y enfermedades, lo que hacía de tales lugares, sitios habitados por temporadas, ya fueran dictadas por la dinámica comercial del puerto o con poca afluencia de personas para habitar tales lugares.

REFERENCIAS

Archivos

Archivo Histórico Municipal de Mazatlán, Actas de Cabildo, 1877.

Hemerografía

Boston Evening Transcript, (Boston)
Constitucional, El, (México)
Correo de la Tarde, El, (Mazatlán)
Correspondencia de España, La, (Madrid)
Cosmopolita, El, (México)
Daily Alta California, (San Francisco California)
Diario de Tarragona (Tarragona)
Diario del Hogar, El, (México)
Discusión, La, (Madrid)
Estado de Sinaloa. Órgano Oficial del Gobierno, El, (Culiacán)
Hormiga de Oro, La, (Barcelona)
Iberia, La, (México)
Monitor, El, (México)
Monitor del Pacífico, El, (Mazatlán)
Nacional, El, (México)
Opinión, La, (Culiacán)
Opinión de Sinaloa, La, (Mazatlán)
Pacífico, El, (Mazatlán)
Patria, La, (México)
Popular, El, (México)
Radical, El, (México)
Regeneración de Sinaloa, La, (Mazatlán)
Revista Científica y Literaria de Mejico, (México)
Siglo Diez y Nueve, El, (México)
Tiempo. Diario Católico, El, (México)
Universal. El, (México)
Voz de México, La, (México)
Voz del Pueblo, La, (México)

LITERATURA CITADA

- Agueros, Victoriano. (1883). *El Tiempo. Edición literaria*, Tomo I, México, Imprenta de la Biblioteca Religiosa, Histórica, Científica y Literaria.
- Aparicio Vázquez, Jonathan. (2013). *Un sueño monárquico: El proyecto de organización militar del segundo imperio mexicano (1864-1867)*, México, D. F., Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras/Colegio de Historia, [Tesis de Licenciatura en Historia, inédita].
- Armenta Pico, Margarita. (2006). *Matrimonios en Mazatlán: Una mirada sociodemográfica. 1860-1870*, Culiacán Sin., Facultad de Historia-Universidad Autónoma de Sinaloa, [Tesis de Maestría en Historia, inédita].
- Barona, Josep Luis, Antonio Escudero y Roser Nocolau. (2014). "Introducción", en *Historia Social: Ciudades, salud y alimentación en España (ss XIX y XX)*, N° 80, Valencia, Fundación Instituto de Historia Social.

- Blanco Martínez, Mireya y José Omar Moncada Maya. (2011). "El Ministerio de Fomento, impulsor del estudio y el reconocimiento del territorio mexicano (1877-1898)", en *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, N° 74*, México, UNAM.
- Karina Busto Ibarra. (2008) *El espacio del Pacífico mexicano: puertos, rutas, navegación y redes comerciales, 1849-1927*, México D. F., Colegio de México/Centro de Estudios Históricos, [tesis de Doctorado en Historia].
- Carrillo, Ana María. (2005) "¿Estado de peste o Estado de sitio? Sinaloa y Baja California, 1902-1903" en *Historia mexicana*, N° 216, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cole Isunza, Osés. (2004). *Las viejas calles de Mazatlán*, Mazatlán, Visión Imprenta Editores.
- Cunietti Ferrando, Arnaldo J. (2002) "Las casas de baño porteñas de fines del siglo XIX", en *Historias de la ciudad. Una revista de Buenos Aires*, N° 18, Buenos Aires, Lulemar Ediciones.
- De la Figuera Von Wichmann, Enrique. (2009). "Las enfermedades más frecuentes a principios del siglo XIX y sus tratamientos"; en Ma. Lourdes de Torres Aured (coord.) *Los Sitios de Zaragoza. Alimentación, enfermedad, salud y propaganda*, Zaragoza, Institución <Fernando El Católico>.
- Favela Astorga, Pedro Pablo. (2014). "Morir en el puerto. El cólera de 1849 en Mazatlán, Sinaloa", en Gilberto López Castillo, Luis Alfonso Grave Tirado y Víctor Joel Santos Ramírez, *De las labradas a Mazatlán. Historia y arqueología*, Guadalajara, INAH/ Ayuntamiento de Mazatlán.
- Favela Astorga, Pedro Pablo. (2014b) *El Poblamiento del puerto de Mazatlán entre 1830 y 1860*, Zamora, El Colegio de Michoacán, [Tesis de Maestría en Historia, inédita].
- Fernández-Torres, B, C. Márquez-Espinós y M. de las Mulas. (1999). "Dolor y enfermedad: evolución histórica. Del siglo XIX a la actualidad", *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, vol. 6, N° 5, Madrid, Sociedad Española del Dolor (SED).
- García de Alba García, Javier E. y Ana L. Salcedo Rocha. (2006). "Fiebre amarilla en Mazatlán, 1883" en *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, Vol. XII, No. 35, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Marquez Morfín, Lourdes. (1994). *La desigualdad ante la muerte en la ciudad de México. El tifo y el colera (1813 y 1833)*, México, Siglo XXI.
- Martínez Peña, Luis Antonio. (2008). "Miscelánea: ecos mazatlecos y de pueblos circunvecinos" en *Arenas. Revista Sinaloense de Ciencias Sociales*, N° 15, Mazatlán, Facultad de Ciencias Sociales/Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Mendieta Vega, Roberto Antonio. (2010). *El puerto de Babel: extranjeros y hegemonía cultural en el Mazatlán decimonónico*, Culiacán Sin., Universidad Autónoma de Sinaloa/Facultad de Historia, [Tesis de Maestría en Historia, inédita].
- Revueltas, Juan. (1894). "Apuntes sobre las condiciones higiénicas del territorio de Tepic y la costa del mar Pacífico de la nación mexicana", en *Salubridad Pública: documentos e Informes*, México, Asociación Americana de Salud Pública.
- Santamaría Gómez, Arturo. (1998). "Escuelas, maestros y estudiantes en el Mazatlán porfiriano" en Arturo Carrillo Rojas y Guillermo Ibarra (coordinadores), *Historia de Mazatlán*, Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa-Ayuntamiento de Mazatlán.
- Torres Acosta, Francisco Javier. (2016). *Instituciones, espacio y actores urbanos en el puerto de Mazatlán (1880-1910)*, Culiacán Sin., Universidad Autónoma de Sinaloa/Facultad de Historia, [Tesis de Licenciatura en Historia, inédita].
- Vega Franco, Leopoldo. (1999). "Hitos conceptuales en la historia de la desnutrición proteico-energética", en *Salud Pública en México*, Vol. 41, N°. 4, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Velázquez Hernández, Santos Javier. (2010). *La representación del mundo en la literatura durante el cañedismo: símbolos y figuras*, Culiacán Sin., Universidad Autónoma de Sinaloa, [Tesis de Maestría en Historia].

Verdugo Quintero, Jorge. (et al). (1997). *Historia de Sinaloa, tomo II*, Gobierno del Estado de Sinaloa, SEPyc-COBAES-DIFOCUR.

SÌNTESIS CURRICULAR

Pedro Cázares Aboytes

Licenciado y maestro en Historia por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Profesor de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología Nivel I. Autor del libro Heraclio Bernal, entre el bandolerismo y la rebeldía, COBAES, 2009, además de publicaciones de artículos en revistas y capítulos de libro.

Samuel Octavio Ojeda Gastelum

Licenciado en Historia por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Maestro en Historia Regional por la Universidad de Colima. Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología Nivel I. Autor del libro El mezcal en Sinaloa: una fuente de riqueza durante el porfiriato, México, El Colegio de Sinaloa, 2006, además de publicaciones de artículos en revistas y capítulos de libro.



**LOS MAESTROS RURALES EN SINALOA: PEDAGOGOS, PROMOTORES DE LA SALUD Y
ACTIVISTAS POLÍTICO-SOCIALES**

RURAL TEACHERS IN SINALOA: PEDAGOGUES, HEALTH PROMOTERS AND SOCIO-POLITICAL ACTIVISTS

Rafael Santos-Cenobio

Profesor asignatura base en la Universidad Autónoma de Sinaloa y profesor de posgrado en la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa. Doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Candidato a Investigador del Sistema Nacional de Investigadores Correo electrónico: rafaelsantos921@gmail.com

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo estudiar la formación del Estado de Mexicano postrevolucionario a partir de las acciones emprendidas por los maestros rurales pertenecientes a la Secretaría de Educación Pública (SEP). Desde estos actores se programó y emprendió una Revolución cultural a nivel nacional, lo cual establecía como misión integrar e incorporar a las masas de campesinos y obreros a la cultura nacional. En ese sentido, los maestros funcionaron como articuladores entre las comunidades y el Estado nacional se convirtieron en pedagogos, organizadores de campesinos y obreros; promotores de la unidad y legitimidad mediante canciones, danzas, teatro y oratoria, introduciendo los nuevos héroes y principios de la Revolución a los procesos políticos y a las expresiones artísticas locales (Kay, 1997, p.57).

El trabajo consta de dos apartados. En el primero alude a las acciones educativas emprendidas por el Estado como manifestaciones contra el alcoholismo, Día y la Semana del Árbol. Estos proyectos eran ejecutados por los gobernadores de los estados, presidentes municipales, maestros y estudiantes, quienes se encargaban de recorrer las calles gritando y perorando consignas contra el alcoholismo y los daños que éste ocasionaba.

El segundo apartado, se refiere al quehacer de los maestros, sobre todo en sus respectivas comunidades donde organizaban campañas de limpieza, encuentros deportivos, plantación de árboles y formación de comités de Padres de Familia para recaudar fondos para la construcción de escuelas. Al mismo tiempo, se analiza a los maestros como articuladores entre el Estado nacional y las comunidades rurales. Para concretar el proyecto socialista, los profesores organizaron obras de teatro, fundaron escuelas nocturnas, presidieron reuniones y dictaron conferencias a los ciudadanos de la comunidad. Asimismo, los profesores se convirtieron en líderes populares, pues asesoraron y fundaron sindicatos obreros; además, crearon Comités Agrarios, de los cuales ellos mismos se erigieron como dirigentes.

Palabras clave: posrevolución, docencia, discursos, estado-nación.

SUMMARY

The objective of this article is to study the formation of the postrevolutionary Mexican State based on the actions undertaken by rural teachers belonging to the Ministry of Public Education (SEP). From these actors a cultural revolution was programmed and undertaken at the national level, which established as a mission to integrate and incorporate the masses of peasants and workers into the national culture. In this sense, the teachers functioned as articulators between the communities and the national State, they became pedagogues, organizers of peasants and workers; promoters of unity and legitimacy through songs, dances, theater and oratory, introducing the new heroes and principles of the Revolution to political processes and local artistic expressions. (Kay, 1997, p.57)

The work consists of two sections. In the first one it refers to the educational actions undertaken by the State as manifestations against alcoholism, Day and Tree Week. These projects were executed by state governors, municipal presidents, teachers and students, who were responsible for touring the streets shouting and shouting slogans against alcoholism and the damage it caused.

The second section refers to the work of teachers, especially in their respective communities where they organized clean-up campaigns, sporting events, tree planting and formation of parent committees to raise funds for the construction of schools. At the same time, teachers are analyzed as articulators between the national State and rural communities. To realize the socialist project, the professors organized plays, founded night schools, chaired meetings and gave lectures to the citizens of the community. Likewise, the professors became popular leaders, because they advised and founded labor unions; In addition, they created Agrarian Committees, of which they themselves were established as leaders.

Key words: post-revolution, teaching, discourses, nation-state.

De la pedagogía al activismo sociopolítico

Desde el naciente Estado postrevolucionario se decretaron leyes y se movilizó a los maestros de la SEP para que funcionaran como articuladores con las comunidades rurales. En ese sentido, los maestros asumieron el rol de pedagogos, organizadores de campesinos y obreros; promotores de la unidad y legitimidad mediante canciones, danzas, teatro y oratoria, introduciendo los nuevos héroes y principios de la Revolución a los procesos políticos y a las expresiones artísticas locales (Kay, 1997, p. 57).

El Ingeniero Narciso Bassols, responsable de la SEP de octubre de 1931 a mayo de 1934, eliminó las prácticas educativas nacionales de las políticas populistas regionales y puso énfasis en los cuadros técnicos de la SEP. Bassols, de ideología marxista culpó al capitalismo de la pobreza y trató de que el Estado resolviera las irracionalidades del mercado. El Estado redistribuiría la riqueza y movilizaría la colectividad hacia la modernidad por medio de una tecnología aplicada a la producción y la ciencia aplicada a la salud física y mental. El gobierno crearía una cultura patriótica secular, antitética a la Iglesia (pp. 59-60). Asimismo, la pedagogía de la acción se convirtió en actividad de grupo en forma de campañas con metas productivista, higiénicas, redistributivas e ideológicas dentro y fuera de la escuela. Las nociones de salud y de educación física se basaron en las ideas contemporáneas occidentales de eugenesia, aptitud racial y ciencia domésticas que pudieran emplearse para promover las hazañas físicas de individuos y colectividades en todo el país⁴.

Un nuevo proyecto cultural se moldeaba en la mentalidad de los intelectuales mexicanos. *El Maestro Rural*, revista bimestral publicada por la SEP a partir de 1933, divulgaba artículos sobre la salud y el maestro, sobre cómo construir letrinas, organizar cooperativas, seleccionar semillas, usar fertilizantes, mejorar la dieta de los niños y como preparar alimentos. La revista involucró a los maestros en la creación de una cultura cívica nacional; ellos colaboraron con artículos relacionados con música, danza y teatro en sus comunidades. Los maestros componían y publicaban obras moralistas en que atacaban problemas como el alcoholismo y la suciedad, creando todo un reparto de personajes satánicos, en cuyas tumbas surgiría la nación recién liberada: hacendados voraces, comerciantes usureros y curas tiránicos. *El Maestro Rural*, también movilizó a profesores para difundir la doctrina de la reforma agraria, el cooperativismo y la ayuda del gobierno para la producción y el mercado. Las misiones culturales agrícolas y cuerpos de maestros federales regionales a menudo dirigieron la organización campesina en demanda de tierra (p. 61).

En el ámbito de lo cultural y lo social, se anteponía una diversidad de obstáculos para arribar a la nueva sociedad. El alcoholismo y sus instituciones, el fanatismo religioso y las suyas, los juegos de azar, la ignorancia en material sexual y su corolario: altos índices de enfermedades venéreas. En síntesis, era un ataque combinado contra las cantinas, iglesias y burdeles (Palacios, 1999, p. 192).

Se pusieron en movimiento los recursos y estrategias en contra de las costumbres y prácticas heredadas del antiguo régimen. El Presidente de la República Emilio Portes Gil, decretó e instruyó al gobernador de Sinaloa, Macario Gaxiola; y al Departamento de Educación, para que lanzaran una ofensiva contra el alcoholismo. Las instituciones gubernamentales del estado, para el 20 de noviembre de 1929, convocaron a una manifestación anti-alcohólica. En la ciudad de El Rosario, la convocatoria fue atendida masivamente: asistieron a la manifestación anti-alcohólica profesores y niños de las escuelas y, los atletas del Club

⁴Bassols, extendió los mecanismos de preparación y movilización de maestros. Para mejorar sus conocimientos en materias de agricultura, fundó varias Escuelas Rurales Normales vinculadas a las escuelas Centrales Agrícolas. Las misiones culturales se unieron a esas instituciones para que los maestros pudiesen desarrollar sus habilidades de desarrollo práctico de la comunidad. Se intensificó la instrucción en economía doméstica, salud e higiene. Se reclutaron más maestras, se extendió y mejoró el sistema de inspectores de la SEP; provisiones de diploma normalistas, los inspectores bimestralmente preparaban maestros en los centros pedagógicos.

Deportivo Nacional, quienes portaban cartelones que decían: “El deporte regenera y enorgullece a la raza, fomentémoslo” (*El Demócrata Sinaloense*, 26 de noviembre de 1929, p. 3).

La capital del estado, también se vio estremecida por los contingentes de profesores y alumnos, empleados del gobierno estatal y municipal, así como de comerciantes que recorrieron las calles principales de la ciudad. En el acto se atacaba duramente el alcoholismo: Concepción Cota, recitó una pieza poética donde manifestaba que el alcohol provocaba males personales y familiares. El profesor Benjamín Casarrubia, leyó la carta enviada por el presidente Portes Gil a los niños mexicanos y, posteriormente los alumnos de las escuelas presentes protestaron para combatir el alcoholismo. Ya para cerrar, el gobernador Macario Gaxiola, fundó el Sub-comité Anti-Alcohólico (Brito, 2011, pp. 208-209), que estuvo presidida por Filiberto Heiras, como presidente; Antonio Chávez como secretario; Tomás Miranda como tesorero; y como vocales se desempeñaron Próspero Valderrama, Carlos Chávez y Jesús Valderrama (*El Demócrata Sinaloense*, 26 de noviembre de 1929, p. 3).

El gobierno de Manuel Páez (1932-1935), trató de frenar el consumo de alcohol en el estado, especialmente en los trabajadores y los empleados del comercio. En ese sentido, decretó que las cantinas estarían abiertas de lunes a sábado hasta media noche; mientras que los domingos se prohibía la venta de alcohol. Nada de eso funcionó, pues los dueños de las tabernas y de los expendios ofrecieron aumentar sus contribuciones, lo cual el gobierno no pudo resistir (Brito, 2011, 208-209). Los funcionarios del gobierno Federal y Estatal se dieron cuenta que por medio de decretos y manifestaciones no era posible lograr la integración nacional. Era necesario fundar escuelas y forjar profesores con el fin de crear, multiplicar y robustecer mejores tipos humanos, desde el punto de vista económico, moral e intelectual entre las masas campesinas (Palacio, 1999, pp. 39-42). Bajo esa filosofía, la SEP presidida por Rafael Ramírez les dio a los profesores las herramientas necesarias, preparación y dirección pedagógica, para que emprendieran una cruzada en contra el analfabetismo, el alcoholismo, la suciedad y la ignorancia.

Entre mayo y junio de 1930, en la cabecera municipal de Choix, la Misión Cultural dirigida por el profesor Luís G. Medellín, concentró a los profesores rurales Adalberto Acosta Núñez, originario de San Javier, cuñado de Ismael Castro Quiñones “El Pulga”, quien pronto dejó el magisterio y optó por la carpintería; Antonio Galindo maestro en el municipio de Ahome, oriundo de Mocorito; Arnulfo Lares Vega, originario de Higuera de los Vega, Mocorito, impartía clases en Mayocoba, Ahome; el colimense Juanito Flores el más viejo del grupo, fue uno de los primeros maestros rurales en llegar a la región; los hermanos Corrales nativos de Caballhuaza, El Fuerte; y Artidoro R. Mexia, Jesús “Tuto” Orduño R., y Tomás Ruiz (Ruiz, 2003, p. 90).

La jornada de instrucción fue intensa y productiva. La trabajadora social, Hermelinda Chávez se encargó de capacitar a los profesores y las jóvenes mujeres de Choix, en lo referente educación sexual e higiene íntima y otros conocimientos para el momento de iniciar la vida matrimonial. Pablo Guardado Chávez, profesor de Educación Física, se hizo cargo de enseñar deportes, danza, juegos escolares y educativos, instrucción militar e interpretación de marchas. Enrique Aguilar Ugarte, maestro de Pintura, impartió clases para elaboración de murales, dibujo, serigrafía y nociones de publicidad. Fidencio Pérez Díaz, especialista en pequeñas industrias, se ocupó de la instrucción de curtido de pieles, manejo de enjambres y cultivo de miel, conservas de frutas y otros alimentos envasados, fabricación de forros de pelota con cámara y fabricación de dulces con azúcar. Francisco de P. Baltazares, enseñó a los maestros a utilizar el guano como abono y fertilizante para la tierra (Ruiz, 2003, pp. 90-91).

Los profesores misioneros además de instruir a los maestros rurales, construyeron un teatro al aire libre, que fue inaugurado por el Profesor Enrique Ugarte y los alumnos que entonaron la canciones *Me*

abandonas y *El Tecolote*; asimismo, con obreros y campesinos Pablo Guardado Chávez, fundó el Club Deportivo que llevó su nombre; paralelo a ello, Hermelinda Reyes, con “damas y damitas del pueblo organizó la Cruz, cuyo objetivo era trabajar en beneficio del vecindario”; mientras tanto, el profesor Medellín corrigió las prácticas del pueblo sobre el consumo del agua, con las alumnas del instituto construyó pozos limpios, y para conservarlos en ese estado, el Presidente Municipal, el profesor Hernando Ramos estableció un reglamento (El Estado de Sinaloa, 15 de junio de 1930, p. 1). El Teatro Misión Cultural 1930, culminó el 14 de junio con el festival en el que “se efectuó un lúcido baile en la casa habitación de Ángel Echave, y además de concurrido resultó animado y fue dedicado a los maestros misioneros y alumnos del Instituto” (*Demócrata Sinaloense*, 19 de junio de 1930, p. 1), al poco tiempo, los misioneros se desplazaron a Álamos, Sonora, lugar donde prosiguieron con su quehacer cultural.

La Secretaría de Agricultura y Fomento, contribuía a la edificación del hombre nuevo e instruía a los gobernadores de los estados para que decretaran el *Día y la Semana del Árbol*. Al poco tiempo, el profesor Víctor B. Medina, Inspector de Escuelas Federales se encargó de organizar a los maestros de la región para realizar actividades relacionadas con la plantación de árboles y otros quehaceres pedagógicos. Inscrito en ese proyecto, el profesor Miguel Cristo Ontiveros en la ciudad de El Fuerte, impulsó con los docentes y estudiantes de las Escuelas Federales y Estatales la creación de un parque infantil, que fue diseñado por los alumnos de tercer año, “era admirable verlos con un grafómetro improvisado con un trasportador y un doble decámetro hecho con una cuerda con cenizas hasta dejar razada con ceniza la obra” (*Demócrata Sinaloense*, 6 de febrero de 1929, p. 3) después los estudiantes plantaron varios árboles en las avenidas y dentro del perímetro del parque.

El profesor Ontiveros como organizador de los eventos en la región, abrió con un encendido discurso; posteriormente, los alumnos y alumnas de la escuela oficial número 1, dirigidas por el Profesor Simón Ramírez, ejecutaron en presencia de la muchedumbre la Tabla de Gimnasia calisténica- calistenia; luego las alumnas dirigidas por las señoritas María Guadalupe Gastélum y el señor Simón Ibarra, protagonizaron el baile rítmico, “las niñas estaban divididas en dos grupos: uno usaba uniforme azul, el otro vestido de color rosa, hacían vistosas figuras y combinaciones sin perder ni por un momento el compás de la música”; y por último los alumnos de tercer grado asesorados por el Prof. Ontiveros formaron pirámides (p. 3).

En agosto de 1932, el gobierno de Macario Gaxiola, desplegó la circular veinte, estableciendo como obligación para las escuelas del estado, realizar una campaña pro- higiene. La respuesta fue contundente, en la escuela de Agua Blanca, Guasave, el director promovió entre los alumnos de segundo grado la formación de una Sociedad de Higienización Pública y Privada, cuya tarea era la adquisición de medicinas para un botiquín escolar; de materiales para la fabricación de jabón; y de herramientas para poner a funcionar una pequeña carpintería; y la inspección sanitaria se ocupó de visitar enfermos y dar atención a los estudiantes accidentados en la escuela (Informe del Director de la escuela Oficial Rural Mixta, 1 de julio de 1933).

Las comisiones desplegadas se ocuparon de diferentes actividades. La Comisión de Deportes se encargó de localizar y realizar estudios sobre el terreno aledaño a la escuela para adecuarlo y convertirlo en centro de actividades deportivas; otra comisión de niños respaldados por el ex –comisario ejidal de la colonia Portes Gil, Francisco Santa Cruz consiguieron de la SEP, 60 libros que fueron guardados en la casa de Francisco Reina. Por otra parte, un profesor impulsó dos actividades: en una, los niños se dedicaron a limpiar fuera y dentro de la escuela; en otra, los alumnos sembraron 68 plantas de ornato y 8 árboles frutales, pero por falta de agua sólo sobrevivieron 32 de la primera y 4 de las últimas.

Las actividades escolares, las festividades culturales como el *Día y la Semana del Árbol*, los encuentros bailables y la poesía a veces atravesaban por serias dificultades. Esto se debía por un lado, a que muchos de los niños contribuían con el gasto familiar y se veían obligados a emplearse como trabajadores en las haciendas; por otra parte, porque los padres de familia no tenían interés en enviar sus hijos a la escuela.

Se puede hacer una tipología de los casos que obstruían la marcha de los quehaceres educativos. En la ciudad de El Fuerte, por ejemplo, el Comité de Educación y el Inspector de Policía Ambrosio Fierro convocaron a una reunión de padres de familia para tratar asuntos relacionados con la educación de sus hijos, sin embargo, la concurrencia fue muy limitada (Demócrata Sinaloense, 24 de septiembre de 1928, p. 2; 22 de septiembre de 1929, p. 3.). También la profesora de Vivajaqui, María del Rosario Aréchiga (El Demócrata Sinaloense, 24 de septiembre de 1928, p. 3), se quejaba de la inasistencia escolar, decía que era porque los niños solicitaban permiso para irse por temporadas a trabajar a la hacienda de Chinobampo; otras veces, como en La Palma, Sindicatura de Charay, el dueño del local de la Escuela y el Comisario Municipal optaron por clausurar el plantel educativo y, en su lugar abrieron una cantina, que seguramente era más benéfica a sus intereses (“Queja de los vecinos de La Palma, 26 de noviembre de 1931). En ciertas ocasiones, los mismos padres obstaculizaban los quehaceres pedagógicos de sus hijos, pues les prohibían plantar árboles y construir jardines. Sobre ello, la profesora de Vivajaqui sostenía:

El comisario es persona muy generosa y me ha ofertado un regular espacio de terreno, yo de mi parte, conseguí semillas de morera [...] tengo variedad de flores pero ellos [los padres de familia] nunca son culpados solo la maestra y el comisario resultan culpados de todo proyecto (Oficio de queja de la profesora María Rosario Aréchiga, 29 de enero de 1932).

Sembrar árboles, lanzar campañas de higienización, juegos atléticos (béisbol y basquetbol), teatro didáctico, festivales laicos y patrióticos, y poner a funcionar carpinterías era parte del proyecto que estaba promoviendo Bassols (Kay, 1997, p. 86). Además, Bassols buscaba contrarrestar la cuestión religiosa del centro de la política educativa. Quería limitar el papel de la Iglesia en la enseñanza, pero al introducir la educación sexual provocó la ira de miles de católicos de la Unión de Padres de Familia. Bassols permaneció en la SEP hasta 1934, momento cuando Ignacio Téllez ocupó su lugar. Éste reafirmó el proyecto de Bassols y diseñó el Plan de Acción de las escuelas Socialistas, que proponía la creación del Comité de Acción Social en cada escuela, formado por maestros, estudiantes, padres de familia, autoridades y representantes de las organizaciones obreras y campesinas, llevaría adelante la campaña de desfanatización, prepararía la distribución de las tierras, formaría cooperativas y promovería la conciencia de clase por medio de conferencias, arte y festivales (p. 87).

El ropaje antirreligioso de la política educativa, planteado por Plutarco Elías Calles (Máximo Jefe de la Revolución Mexicana) y luego por el Presidente Lázaro Cárdenas, se convirtió en un programa de reivindicación populista a través de la reforma agraria y los derechos de los trabajadores. La oposición y la violencia generalizada convencieron a Cárdenas de la conveniencia de dar marcha atrás en la cuestión religiosa.

La educación socialista, en su expresión programática pasó en la SEP por dos fases. El Plan de Acción de la Escuela Socialista, redactado durante el periodo que fungió como Secretario de Educación Ignacio García Téllez, de 1934 a mediados de 1935, levanta los principios de justicia social y lucha de clases y sugería que el programa alimentara en el niño un sentimiento de repulsión a lo injusto de la explotación humana y desfanatizar a los ciudadanos. En la segunda fase, durante el desempeño de Gonzalo Vázquez Vela, el programa se vinculó con las movilizaciones de los obreros y campesinos por la lucha de sus derechos

constitucionales: tener tierra, ingreso y condiciones de trabajo decentes y ejercer derechos como ciudadanos y como miembros de las organizaciones de masas (p. 88-99).

El proyecto socialista buscaba lograr una distribución igualitaria de la riqueza. Bajo esa tesitura, los docentes debían unir fuerzas con las organizaciones populares para garantizar la reforma agraria, mayores salarios, acceso a crédito y precios de mercado justos. El proyecto socialista en Sinaloa, bajo el mandato del gobernador Manuel Páez (1932-1935) se propuso convencer a los profesores del nuevo modelo educativo; para ello, organizó conferencias en las cabeceras municipales y ordenó a las autoridades educativas y municipales instrumentar campañas para erradicar la mentalidad idealista, los prejuicios y el individualismo. Páez, también patrocinó la formación de brigadas que estuvieron presididas por los diputados locales, Guillermo B. Liera y Carlos Careaga, quienes junto con algunos profesores organizaron números musicales y exhortaron al pueblo a organizarse y formar cooperativas (Cuevas, 2001, p. 73).

Al poco tiempo, Páez, impulsó las Misiones Culturales, que fueron presididas por el misionero Enrique Félix Castro “El Guacho Félix”, quien exhortaba al profesorado a contribuir a la transformación de la sociedad, en la escuela, en el hogar, en la calle, en las reuniones sociales y en el campo (Cuevas, 2001, p. 76). Después de 1935, disminuyó el papel de Félix Castro, pues la dirección del proyecto socialista quedó en manos de la SEP, que era presidido por el profesor Eliseo P. Silva Garza⁵. Éste pronto autorizó al Departamento de Enseñanza Rural una Misión Cultural Urbana en Culiacán del 8 de octubre al 2 de noviembre de 1935; y otra en Mazatlán que contó con 250 maestros (Cuevas, 2001, pp. 88-89).

La Misión Cultural en Mazatlán fue dirigida por el profesor Alfredo G. Basurto, quien impartió los cursos *Origen de las religiones* (budismo, hinduismo, cristianismo, taoísmo, confucionismo y judaísmo), Concepto de Escuelas Socialistas y Técnicas de la enseñanza de cálculo; el profesor Enrique Galindo, enseñó Historia del movimiento obrero internacional; Victoria Pardo, se ocupó de Técnicas de Enseñanza de dibujos de la decoración escolar; Ignacio Acosta, enseñó Técnicas del estudio de la naturaleza, Cooperativismo, Educación Física; Miguel García Mora, instruyó a los maestros en Danzas Regionales, Música y canto popular y escolar; mientras tanto, Leobardo Ceja Torres, impartió Técnica de enseñanza de las Ciencias Sociales (Cuevas, 2001, p. 108).

En 1936, la Misión Cultural número 4, se movió en tres municipios en Badiraguato (6-20 de junio), Sinaloa de Leyva y Ahome, la cual quedó a cargo del profesor Francisco López Bayghen. Las actividades de la Misión Cultural se limitaron a dos momentos: en una los misioneros se dedicaban observar las características regionales, respecto a las actividades económicas, la situación social y política de la población, los recursos y las posibles soluciones; en otra, se orientaba y se profesionalizaba al claustro en las diferentes áreas del conocimiento. Lo destacable de la Misión 4, es que estuvo muy ligada a las luchas sociales; los profesores y el mismo López Bayghen funcionaron como asesores de sindicatos de Los Mochis; formaron comités agrarios en Guasave, Los Mochis y El Fuerte.

⁵ Se esforzó por restablecer estrechas relaciones con las autoridades locales e impulsar la integración entre maestros federales y estatales. Se realizaron convenios de colaboración con Departamento Agrario, Departamento Forestal de Caza y Pesca, Secretaría de Hacienda, de Salubridad Pública, autoridades militares y municipales, así como con los Bancos Nacional de Crédito Ejidal y Nacional de Crédito Agrícola. El Profesor Silva Garza, realizó una ardua labor de estudio y convencimiento a nivel local, así como gestiones entre la SEP para establecer un internado Indígena y una Escuela Regional Campesina en la entidad, para ofrecer atención a una población de aproximadamente 9 mil indígenas mayos (Sinaloa y sonora); serviría además, como centro escolar para otros indígenas del noroeste del país. Le propuso a la SEP, construir el Internado Indígena en el latifundio Stonum, ubicado entre los pueblos de San Blas y Los Mochis, cerca de un núcleo indígena mayor de la región del Fuerte. La intención era lograr la incorporación de las comunidades indígenas por medio de una institución que, lejos de aislar jóvenes e infantes de su cultura, funcionara como un centro comunal, donde se trabajara colectivamente para el beneficio económico y cultural de ellos y de sus comunidades. La escuela Regional Campesina, atendería la demanda educativa de los maestros y de cientos de hijos de trabajadores agrícolas de la entidad formándolos para el medio rural sinaloense. Ofrecerles una enseñanza elemental agrícola, ganadería e industrial, se les formaría para ser verdaderos promotores de las comunidades.

Las Misiones Culturales se institucionalizaron dando pie al surgimiento de los Centros Pedagógicos que funcionaron con base en comisiones de recepción, de trabajos materiales, festivales culturales, deportivos y de aseo. La sesión duraba dos o tres días; el primer día se daba lectura a los oficios, circulares y disposiciones de la SEP, y se refrendaba la lealtad al régimen cardenista; posteriormente, se revisaban las cuestiones técnico-administrativas como estadística de escuelas, registro de control escolar y problemas en el cumplimiento del pago en las cabeceras municipales. Los maestros, después de las actividades salían en brigadas a impulsar campañas sanitarias y antialcohólicas; organizaban encuentros deportivos y artísticos; y organizaban cajas de ahorro (Cuevas, 2001, p. 112).

Las Misiones Culturales y los Centros Pedagógicos, fueron espacios donde el profesorado adquirió las herramientas necesarias para emprender sus quehaceres en sus respectivas comunidades. Una vez instruidos, los maestros regresaban a sus escuelas a poner en práctica las enseñanzas adquiridas. Las materias impartidas, por los profesores durante el cardenismo eran las siguientes: en *Aritmética* y *Geometría* se enseñaba a los alumnos, los números del uno al cien, sumas, restas y quebrados, para un mejor aprendizaje se realizaban ejercicios de competencias; incluía también contar y escribir los números hasta mil y diez mil, ejercicios con 4 operaciones fundamentales, memorización de las tablas, números romanos hasta mil, cuadriláteros, cuadrados, triángulos y rectángulos; sistema métrico, operaciones con fracciones, decimales, círculo y regla de tres (Informe de labores desarrolladas en la escuela rural Los Pozos, que rinde el profesor Antonio García, 10 de julio de 1940).

En *Ciencias Naturales*, a los niños se les instruía en el aseo personal –lavarse las manos, la cabeza, la cara, la boca, peinarse y las condiciones para ingerir alimentos–, la limpieza de la escuela y de la casa; al mismo tiempo, los alumnos conocían las plantas productivas de la región como el algodón, frijol, maíz y caña de azúcar; también recibían charlas pláticas o exposiciones relacionadas con los animales (vertebrados e invertebrados) y, así como del cuerpo humano, anatomía, fisiología de los aparatos (digestivo, respiratorio, circulatorio y sistema nervioso), los reinos de la naturaleza, el aire, el agua, el calor, la presión atmosférica y la gravedad (Informe de labores desarrolladas en la escuela rural Los Pozos, que rinde la profesora maestra Jesús Gámez, 8 de julio de 1939).

En *Historia y Geografía*, los profesores centraban su atención en las leyendas populares; las biografías de Miguel Hidalgo, Benito Juárez, Madero, Morelos y Antonio Rosales (héroe sinaloense en la batalla de San Pedro, contra los franceses); los primeros pobladores (mayas, toltecas, aztecas y tarascos), descubrimiento de América, gobierno colonial, independencia, la reforma, movimiento social en 1910 y la administración del Presidente Lázaro Cárdenas; también se estudiaba la República Mexicana (comercio, orografía, comunicaciones, comercio, industria, agricultura y división política); los movimientos de rotación y traslación de la tierra; y el estado de Sinaloa (producción agrícola, ferrocarriles Kansas City México y Oriente, el Sub Pacífico) (Informe de labores realizado por María de los Ángeles Depract, Directora de la escuela 37, s/f).

Como puede observarse, el Estado Mexicano a través de los profesores intentaba organizar una sociedad, basada en un proyecto de identidad nacional fincado en la premisa de la ciudadanía, una identidad o membresía individual disponible para todos a través de la igualdad legal. En cada caso particular el nacionalismo se convertía en una serie de discursos en constante formación y negociación, compitiendo entre sí sobre un campo delimitado por la historia particular del poder regional (Mallon, 2003, pp. 81-82).

Con las materias impartidas, se buscaba concebir un hombre nuevo, regido bajo parámetros de autosuficiencia económica, política y social. Los conocimientos adquiridos por los alumnos servían para mantener una higiene personal y del hogar; mientras que las técnicas debían ayudar a obtener mejores

productos regionales; las operaciones matemáticas para contar los salarios y criticar las ganancias exageradas de los hacendados, y la enseñanza de la biografía de las principales heroínas y héroes de la patria, las conmemoraciones y los símbolos patrios reforzaban el nacionalismo mexicano.

Para robustecer el proyecto nacional, los profesores impulsaron el estudio de las materias de *Labor Social* y *Civismo*. En la primera, por ejemplo, la profesora de Potrero, Choix, Josefina Vega enseñó a los niños a saludar a las personas mayores, participar en las fiestas cívicas, en las carreras de relevos y los ejercicios gimnásticos. En *Civismo*, el profesor de Bajosori, Antonio García L., orientó a sus alumnos en el arte de organizar sindicatos, comunidades agrarias, así como conocer los artículos Constitucionales, los tres poderes, las huelgas de Cananea y de Río Blanco, Himnos Nacional, Socialista y Agrarista. El mismo maestro, adiestraba a sus pupilos en los tejidos y bordados de hilos y estambre, cerámica, la palma y en la construcción de hamacas de ixtle. No faltó, la Lengua Nacional, que instruía a los niños en los cuentos, las recitaciones, dramatizaciones, redacción de vales, recados, actas, recibos y escritura (Informe de labores desarrolladas en la escuela rural de Potrero, que rinde la profesora Serafina Vega, 10 de julio de 1939; Informe ciclo escolar 1939-1940, 6 de julio de 1940).

El apostolado del maestro

El estudio sobre los maestros, obreros y campesinos se centra en los norteños municipios sinaloenses de Choix y El Fuerte, espacio que fue convertido durante el cardenismo en un escenario de confrontaciones, alianzas y pugnas. Los maestros rurales como actores del cambio sociocultural recorrían los poblados sembrando sindicatos y comités agrarios, que solicitaban mejoras económicas y dotación de tierras (Cuevas, 2001, pp. 91-92).

La tarea del maestro no se circunscribía solamente al salón de clases, para ciudadanizar e incorporar a los campesinos y obreros al nuevo Estado Mexicano, necesitó expandir su radio de acción en otros ámbitos. Las clases-práctica fueron acompañadas de rituales cívicos nacionales y festivos, que la misma SEP había instaurado como obligatorias.

Los profesores rurales en sus respectivos centros de trabajo organizaron comités y asociaciones de alumnos, de padres de familia y deportivos, todo con el fin de impulsar y desarrollar festivales académicos y culturales, eventos sociales y deportivos según los ritmos del calendario escolar. En las escuelas rurales El Doradito, Nío, Bamoa y Verdura, Guasave; Chinobampo y la cabecera municipal de El Fuerte; Bajosori y La Vaca, Choix, los profesores fundaron dos organizaciones: la Asociación de Padres y Madres de Familia; y la Juventud Varonil y Femenil. Las dos agrupaciones se desglosaban en comisiones que se dedicaban a labores de higiene, mejoramiento material de la escuela, campañas contra el alcoholismo, tribuna de justicia; caja de ahorro, acción social y cultural; crecimiento y deporte; asistencia y puntualidad de los alumnos.

A tono con el calendario escolar, los profesores de Bajosori, Chinobampo y Verdura; Antonio García, Celedonio López Ramírez y Cecilio Pazos Gutiérrez, organizaron los siguientes eventos cívicos y culturales: Día de la raza, Semana de la higiene, Aniversario de la Revolución Mexicana, Aniversario de la muerte de Morelos, Batalla ganada de San Pedro, Aniversario de la Constitución de 1917; Ceremonia del árbol, Muerte de Francisco I Madero, Natalicio de Juárez, Muerte de Zapata, Día del niño, Día del trabajo, Natalicio de Hidalgo y Día de la madre (Informe rendido por el director de la escuela de Chinobampo, desarrolladas durante el periodo de 1937-1938, 10 de julio de 1938).

Los festivales se organizaban bajo el mismo procedimiento.⁶ El festival sobre el 20 de noviembre, iniciaba con la inauguración del Presidente Municipal o la autoridad más cercana; luego los alumnos realizaban distintas actividades, por ejemplo, en Bamoa, los alumnos de 5º y 6º llevaron a cabo una dramatización relacionado con el 20 de noviembre; la alumna, Sofía Ochoa, pronunció un discurso alusivo a la Revolución de 1910; los estudiantes de 6º, recitaron poesías de la Revolución; Refugio Llanes, entonó canciones populares; mientras tanto, los alumnos de 3º, ejecutaron un Sainete Cómico y un Diálogo; hubo una manifestación antialcohólica; y por último se entonó el Himno Nacional (Programa del festival de 126 de noviembre de 1940, 26 de noviembre de 1940).

El maestro rural también constituía comisiones de higiene, cuya misión era lanzar compañías de limpieza y vacunación. En Nío y El Dorado, por ejemplo, los profesores Román R. Ramos, Ramón Guzmán establecieron el Día de Educación Higiénica: grupos de estudiantes diseminados por la comunidad, desmontaban la maleza, recolectaban y quemaban la basura regada en las calles, los patios de las casas y los caminos que separan el poblado de otras comunidades; mientras que los charcos de agua, los pantanos y las norias fueron limpiadas y aterradas, para evitar que se reprodujera el mosquito, productora de paludismo. Y para mantener la regularidad del aseo y la limpieza, los maestros constituyeron comisiones de alumnos encargados de supervisión y asesoramiento a la gente del lugar.

Los maestros reforzando y poniendo en práctica la materia de Ciencias Naturales, realizaban pláticas y conferencias sobre la higiene persona, salud física (“Informe de labores del Director de la escuela Rural Tipo C, número 169, 7 de julio de 1941); y para evitar que la gente de los pueblos hiciera sus necesidades fisiológicas en el monte, los profesores les enseñaron a construir letrinas “la gente hizo su hoyo, su desnivel, su cajón, su rueda y su casita y toda la cosa” (Landeros, 1,2 y 3 de junio de 1987). Los apóstoles de la educación también se ocupaban de gestionar ante los Servicios Sanitarios del Estado, vacunas para los pobladores, por ejemplo, el profesor Román en respuesta a su solicitud, recibió del Dr. Alberto Islas Chacón 400 dosis contra el paludismo, que fueron aplicados a 47 niñas, 55 niños y el 50% de los habitantes del poblado y todavía alcanzó para prevenir la enfermedad en un 25% de los ranchos circunvecinos (Informe del Director de la escuela Rural Tipo B, 39, 8 de julio de 1939; e Informe general del Director de la Escuela, Aurelio Alatorre y Tejeda, 15 de julio de 1940).

Los maestros rurales en las comunidades construyeron Ligas de Padres de Familia, ya sea para organizar fiestas, eventos culturales o para el cultivo de la parcela escolar, cuyas ganancias eran para remodelar o construir escuelas. En Verdura, el Comité de Padres de Familia conformado por el profesor Jesús Huess B., se encargó de la reparación del teatro al aire libre, de la construcción de dos baños, formó un parque infantil con columpios, cancha de boliball, de basquetbol y beisbol; al mismo tiempo, la agrupación de padres de familia impulsó la producción de la parcela escolar, reparaba las cercas y construía mesas colectivas para la escuela (Informe de labores desarrolladas por el Director de la escuela Rural número 18, J. Jesús Huess B., 6 de julio de 1941).

⁶ Para celebrar el 18 de marzo, el día de la expropiación petrolera, el director de la escuela de Bamoa, pronunció un discurso alusivo al momento; acto seguido, los alumnos de 4º, recitaban una poesía coral; después los estudiantes de 6º, cantaban el corrido El Petróleo. Sobre la batalla del 5 de mayo, el festival se desarrollaba de la siguiente manera: Diálogo ejecutado por niños de 3º; recitación de poesía por alumna de 4º; marcha El tambor por un grupo de niños de 1º; Recitación a la Bandera por alumna de 2º; Himno a Zaragoza, coreado por todos los alumnos de la escuela; poesía 5 de mayo por alumnos de 4º; poesía 5 de mayo por la profesora Rafaela Sarabia; Marcha El Batallón, por alumnos 4 y 6º año; Himno Nacional coreado por todos los alumnos de la escuela. La celebración del Día de la madre contenía los siguientes piezas: Dramatización Feliz ejecutado por alumnos de 3º; Bailable, Guadalajara realizada por estudiantes de 3º y 4º; Recitación a la madre por la alumna Ramona Valle; Canción ranchera; Bailable Amor chiquita, alumnos de 4º; Alocución por Rafael Sarabia; Recitación a la madre por estudiante de 4º; Canto a la madre por Refugio Llanes; Las Hadas del Bosque, por niños de 5 y 6º; Dramatización 10 de mayo; Canto por la niña María Ávila; Bailable Sevillanas por alumnos de 2º; Dramatización Sacrificio; Bailable Las Cocineras; China Poblana; Bailable Voy que te pica el amor; y el Himno Nacional.

A veces, para la construcción del edificio escolar, las autoridades y las haciendas de la región organizaban fiestas donde recaudaban recursos económicos. En San Blas, el síndico municipal, Jesús Esparragoza con la intención de coleccionar fondos para la escuela llevó a cabo una fiesta en la hacienda Buena Vista con anuencia de los dueños, y para mayor éxito invitó a los empleados del empaque de Parmazo, pero el Jefe del Comisariado Ejidal, en compañía de la Defensa Rural irrumpieron violentamente en el salón de fiestas “ordenando dejara de tocar la música y por lo tanto se retiraron inmediatamente de aquel lugar, porque allí solo mandaban ellos y que ni la autoridad civil ni la militar tendrán que ver en la demarcación de su mando” (Informe sobre los acontecimientos ocurridos en la Hacienda Buena Vista, con motivo del baile que inicio la Junta de M. Materiales de este lugar, del Síndico Municipal, Jesús Esparragoza, 23 de marzo de 1936).

La SEP encomendó a los profesores rurales, las campañas de alfabetización, cuyo propósito se limitaba a “terminar con la ignorancia, hasta conseguir que no haya un solo individuo que no sepa firmar y escribir, sino que todos en su mayoría sea un pueblo capaz de defenderse de por sí solo y sea civilizado [...] para que se forme una consciencia de clase” (Informe de labores desarrolladas por el Director de la escuela Rural número 18, J. Jesús Huess B., 3 de julio de 1939). Para cumplir con el proyecto de alfabetización, los profesores se valieron de una serie de mecanismos y herramientas; una de ellas fue la creación de la escuela nocturna para adultos, lugar donde se les enseñaba a escribir y leer, realizar actas, recibos; así como interpretar el Código Agrario, y estudiar las huelgas y la Constitución. El Teatro al aire libre fue otro recurso que los maestros utilizaron para ganar las consciencias e imprimir una visión sobre la nueva vida: Al respecto algunos actores recuerdan:

Organicé un grupo de jóvenes para hacer obras de teatro. Un cuerpo de difusión socialista, creábamos obras de teatro, metíamos poesía, corridos, parodias, canciones populares pero con mensajes socialistas. Se presentaban obras de teatro como la historia de un agrarista, se enaltecía al campesino, se cataban a un campo libre de patrones, de explotación [...] se trataba de combatir los vicios, preparar psicológicamente a la gente para luego hablarse en serio [...] presentábamos obras en el campo, yo escribí como tres obras de teatro “el dolor del campo”, que presentábamos en las comunidades como una compañía ambulante formada por maestros y vecinos [...] una comedia que se llamaba Se Vende una mula, era una trama muy simpática que venía en El Maestro Rural, de ahí nos arrancamos para escribir teatro nosotros [...] haciendo una apología de las personalidades que teníamos en la región (Cuevas, 2001, p. 129).

Las obras de teatro que funcionaban como mecanismos de transmisión de conocimientos, ayudaban a los niños y a los ciudadanos a construir una visión del mundo y a formar una representación sobre el campesino. Asimismo, a través de las obras de teatro se denunciaba y denostaba a las autoridades y hacendados enemigos del proyecto socialista. El profesor Natalio Landeros, por ejemplo, en Agua Caliente, Choix, recuerda que elaboró la comedia El caballo para que sea bueno, parodiando al dueño de la hacienda La Viuda, José María Soto.

Además de la escuela nocturna y del teatro al aire libre; el profesor dictaba pláticas y conferencias periódicamente y, en otras ocasiones recurrían a las reuniones de padres de familia y de ejidatarios para transmitir la buena nueva cardenista. Los temas versaban sobre el Código Agrario, Artículos 123, 37 y 3º Constitucional; organización ejidal y sindical, huelgas, derechos del trabajador; mejoramiento de la producción agrícola, preparación de alimentos, la Revolución Mexicana; liberación económica y política; higiene, creación de cooperativas y colaboración con el gobierno de Cárdenas (Informe de trabajo desarrollado por el Prof. Antonio García L., 10 de Julio de 1939).

Las asambleas de ejidatarios, se convirtieron en espacios adecuados para la educación del campesino. En el Zapote, El Fuerte, por ejemplo, en una reunión, el profesor del lugar con sus alumnos desarrolló un breve programa que terminó con la entonación del corrido del Agrarista. (Solicitud dirigida al presidente municipal, 19 de febrero d 1936). En Nío, el profesor Román R. Ramos se presentó en la asamblea con el propósito de orientar a los campesinos en la lucha social y política de la comunidad, pero:

La directiva de la agrupación jamás ha querido cumplir con las normas que marca el Código Agrario tuviera desde luego algunas dificultades con el suscrito, sin lograr ningún descontrol en mi contra puesto que la totalidad de las siembras se convencieron de la realidad y veracidad de las orientaciones. (Informe del Director de la escuela Rural Tipo B, 39, 8 de julio de 1939).

Los profesores rurales, no se quedaron con pláticas, conferencias y obras de teatro. Permanecían en la comunidad los fines de semana y parte de las vacaciones, invertían su sueldo en la siembra de la parcela escolar y en otras ocasiones hasta de partero funcionaron. (Landeros, 1,2 y3 de junio de 1989).

Los maestros rurales se convirtieron en los operadores directos del Estado Mexicano, pues organizaron sindicatos; fundaron cooperativas; y otras veces se desempeñaron como dirigentes agrarios. Por ejemplo, los profesores Antonio García, Aurelio Alatorre y Tejeda y Natalio Landeros Ramos en sus respectivas comunidades impulsaron la creación de cooperativas de consumo;⁷ convocaron a reuniones generales para informar a la gente de los acontecimientos nacionales sucedidos entornó al gobierno de Cárdenas. Sobre ello un profesor sostenía:

Le expliqué la expropiación petrolera invitándolos a prestar nuestro respaldo moral y económico al gobierno de Cárdenas [...] los campesinos enviaron un telégrafo un voto de adhesión al presidente [...] se colectó \$50. 00 que fueron enviados al Comité de Redención Nacional. En junio convoqué una reunión con el objeto de informar a los campesinos de los acontecimientos sediciosos nacidos en San Luis Potosí y encabezados por el traidor Saturnino Cedillo, en este momento otra vez como siempre supieron ponerse los campesinos a la altura de deber patentizando nuevamente por escrito el presidente de la República su respaldo, condenado así mismo a suerte la traición del fachista Cedillo. El cinco de junio se efectuó en esta escuela una junta a la cual concurrieron el Inspector de Educación Federal, algunos maestros de otras escuelas y gran número de representantes de diferentes comunidades agrarias del municipio con el objeto de la junta fue el de constituir la Alianza Regional Campesina Anti-Fachista [...] Vigilé porque se cumpliera fielmente con la Constitución, Ley Federal del Trabajo, Salario Mínimo. (Informe general del Director de la Escuela, Aurelio Alatorre y Tejeda, 15 de julio de 1940; e Informe sintético de las labores desarrolladas por el profe. Antonio García L., 8 de julio de 1938).

Este informe deja bien claro que la intervención de los profesores en las comunidades rurales fue muy efectiva. Los maestros se desempeñaron como conectores directos entre el Estado nacional y las comunidades. Estaban al tanto de lo que ocurría a nivel nacional; inmediatamente bajaron la información a los pueblos sobre la expropiación petrolera, la rebelión de Saturnino Cedillo y la Ley Federal del Trabajo.

⁷ Las cooperativas operaban como antídoto contra las tiendas de raya de los hacendados. La siembra de árboles frutales, que se distribuían en la comunidad, costureras comunales, con algunas máquinas elaboraban la ropa necesaria para los pobladores.

La misión de los maestros rurales fue muy ardua y tenaz, por ejemplo, en el municipio de Choix, los apóstoles de la educación el día viernes por la noche en caballo se trasladaban a los alrededores de su comunidad para organizar comités agrarios y fundar sindicatos. Un caso fue el profesor Natalio Landeros, quien fundó en Agua Caliente – su lugar de trabajo- un comité agrario, y después con apoyo de los maestros Filemón Coronel Bueno, Primitivo Alonso Gómez “El Botitas”, Chuy Rodríguez Zazueta y Miguel Ángel Zamudio “El Burro” se dedicaron a sembrar comités agrarios y a organizar los trabajadores de las haciendas de Llano Grande de Soto, Baimen de los Escajeda, Delicias, Santa Anna y Aguahito, con gente que provenía de los poblados de El Rincón de Agua Caliente, Santa Anna, El Chapote, El Ranchito, Delicias, Guadalupe, San Felipe, Aguacalientita, Los Mezcales, El Nahua, Jiguparaquí, Chinaquí, La Viuda y Huiyubampo. (Landeros, entrevista personal, 1,2 y3 de junio de 1989).

Los hacendados no se quedaron cruzados de brazos, emprendieron también diferentes estrategias para defenderse de los misioneros culturales. En Agua Caliente, por ejemplo, solicitaron al Inspector de Zona, la destitución del maestro Natalio Landeros y para ejercer presión “ya no me mandaban los chamacos, no porque no aprendieran nada, sino porque me tenían mucho odio, me sabotearon” (Landeros, 1989). Finalmente, los hacendados consiguieron que Natalio Landeros fuera expulsado de la comunidad –su lugar lo ocupó el profesor Jorge Campos Castro- y enviado al pueblo de Mezquitilla.

El maestro Campos Castro, siguió con el proyecto de evangelización educativa, alentado por la Misión Cultural No. 8, -que dirigía el profesor Francisco López-, en abril de 1937, acompañado con el profesor Daniel Carrillo Cruz lograron organizar un comité agrario en Agua Caliente, posteriormente, se trasladaron al poblado de Bacayopa y Bacayopa lugar donde ya hacía actividad agraria el maestro Juan Islas. Ahí se congregaron los campesinos, la reunión se extendió desde la mañana hasta muy entrado la noche. Para cuidarse de los hacendados, los maestros colocaron vigilantes en la entrada del pueblo en caso de un posible ataque. En el transcurso del día los ahí presentes escucharon gritos de un campesino de Agua Caliente que fungía como vigilante, que decía “el hacendado Manuel Cárdenas se acerca [al pueblo] acompañado con un grupo de hombres bien armados” (Ruiz, s/f, pp. 552-553).

La noticia llenó de miedo a los concurrentes y sin darles tiempo de salir recibieron una lluvia de balas perpetuadas por las guardias blancas. El resultado fue fatal: el presidente del comisariado ejidal de Agua Caliente pereció; el hacendado Cárdenas también murió apuñalado por el campesino Reynaldo. Sobre las dos muertes, la autoridad acusó a los maestros y campesinos de Yecorato y de Agua Caliente, quienes fueron reclusos en la cárcel municipal de Choix; y para rematar, el gobernador Alfredo Delgado en persona ordenó al ministerio público de Choix, “enciérreme a esto profesorcitos”, pero el Dr. Magdaleno Constantino, Inspector de Zona, le respondió, “señor mis maestros siguen la política del presidente Cárdenas y cumpliendo con su deber orientan a los campesinos para que logren poseer un pedazo de tierra y formen sus ejidos”, pero reponía Delgado, “yo no necesito orientaciones, mi gobierno las tiene, enciérreme a estos profesorcitos y yo me encargaré de sacarlos del estado” (Ruiz, s/f, p.553).

De las acusaciones que pesaban sobre los maestros Carrillo Cruz, Juan Islas y Campos Castro se hizo cargo el abogado Miguel Gaxiola, y por las presiones que ejerció el sindicato de maestros y la SEP, el gobernador no le quedó otra opción que dejarlos en libertad. Al poco tiempo, los maestros fueron homenajeados en el Teatro Apolo de Culiacán, donde fueron reconocidos como los héroes de Bacayopa.

CONCLUSIÓN

Durante el cardenismo, el Estado mexicano emprendió una revolución cultural, que fue llevado a las comunidades por los maestros, quienes se lanzaron a la conquista de las mentes y las almas de los campesinos y obreros. La revolución cultural llegó a través de los maestros a los lugares más recónditos del estado de Sinaloa. En los poblados y las cabeceras municipales, los profesores organizaron sociedades de padres de familia con el fin de implementar campañas de higiene personal, limpieza del poblado, vacunación y la arborización de calles y parques. Asimismo, los maestros realizaban obras de teatro al aire libre con fines pedagógicos, para que los alumnos y los ciudadanos identificaran a los hacendados como enemigos y explotadores. Asimismo, se fundaron escuelas nocturnas para palear el analfabetismo; además, se celebraron reuniones donde se dictaban conferencias con temas referentes a Ley Federal del Trabajo, Salario mínimo, el Código Agrario y la rebelión el “traidor” Saturnino Cedillo.

Los maestros asumieron el papel de dirigentes agrarios y asesores de sindicatos. Se distinguieron bajo ese rol los siguientes maestros: Ramón Sánchez destacó en la comunidad del Triunfo; Dámaso Flores figuró en Pochotal; mientras que Inocente Flores descolló como unos de los más prominentes líderes agraristas en La Palma y en Jahuara. Éste fundó cooperativas comunitarias que eran administradas y trabajadas por los campesinos de la región.

FUENTES

Archivo del Registro Agrario Nacional-Delegación Sinaloa
 Archivo Histórico Municipal de El Fuerte
 Archivo Histórico del Estado de Sinaloa
El Demócrata Sinaloense, Mazatlán, 1927, 1929 y 1930.

Entrevistas

Landeros Ramos, Natalio. Entrevista realizada por Lourdes Cuevas Tazzer, Culiacán, 1, 2 y 3 de junio de 1987.

LITERATURA CITADA

- Cuevas, Lourdes María. (2011). *La Educación Socialista en Sinaloa, 1934-1940*, Culiacán: Universidad de Occidente.
- Escalante Fernández, Carlos. (2010). “Inspectores y maestros rurales ante la educación de los indígenas en el estado de México de las décadas de 1920 y 1930”, *Cuadernos Culturales* 8, no. 14.
- Figueroa, José María y Gilberto López Alan (Coords). (2003). *Choix. Encuentros con la Historia*, tomo I., Culiacán: Gobierno del Estado de Sinaloa, Revista Cultural Presagio y Archivo Histórico General del Estado de Sinaloa.
- Mallon, Florencia E. (2003): *Campesinos y Nación. La construcción de México y Perú poscoloniales*, México: El Colegio de San Luís, El Colegio de Michoacán y El Centro de Investigaciones y estudios Superiores en Antropología Social.
- Montes de Oca Navas, Elvia. (2007). “La educación en México. Los libros oficiales de lectura editados durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, 1934-1940”, *Perfiles Educativos* 29, no. 117.
- Vaughan, Mary Kay. (2000). *La política cultural en la Revolución. Maestros, campesinos y escuelas en México, 1930-1940*, México: Fondo de Cultura Económica.

- Guillermo Palacios. (1999). La pluma y el arado. Los intelectuales pedagogos y construcción sociocultural de “problema campesino” en México, 1932-1934 (México: El Colegio de México y el Centro de Investigación y Docencia Económicas).
- Quintanilla, Susana y Mary Kay Vaughan. (1997). Escuela y sociedad en el periodo cardenista, México: Fondo de Cultura Económica.
- Félix Brito Rodríguez. (2011). “Alcohol, política, corrupción y prostitución en el Sinaloa pos revolucionario”, en Historias de la Revolución en Sinaloa, Samuel Octavio Ojeda Gastelum y Matías Hiram Lazcano (Culiacán: Universidad Autónoma de Sinaloa).
- Vázquez de Knauth, Josefina Z. (1969). “La educación socialista de los años treinta”, Historia Mexicana 23, no. 71

SÍNTESIS CURRICULAR

Rafael Santos Cenobio

Licenciado en Historia por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Maestro en Historia de México por la Universidad de Guadalajara. Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Autor del libro El movimiento estudiantil en la UAS, 1966-1972 (Editorial UAS). Ha publicado artículos y capítulos de libro sobre movimientos sociales durante el siglo XX. Ha sido profesor a nivel superior en la Universidad Autónoma de Sinaloa en varios programas educativos. También se ha desempeñado como profesor de posgrado en la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa.

COLABORACIONES

INSTRUCCIONES PARA POSTULAR ARTÍCULOS A LA REVISTA RA XIMHAI

La revista Ra Ximhai de la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa, tiene como objetivo la publicación de artículos científicos y técnicos inéditos, ensayos, revisiones bibliográficas y reseñas de libros en español, inglés y francés, vinculados a las ciencias sociales, que presentan los resultados de las investigaciones científicas y tecnológicas concebidas por la comunidad de especialistas en el área.

Los trabajos deben ser originales e inéditos. Los textos deben de ser un aporte al conocimiento de las ciencias sociales y no deben de haber sido propuestos en otras revistas académicas.

Tipos de contribuciones

- *Artículos de investigación.* Deben ser propuestos temporales o definitivos de investigación. Deben de contener por lo menos introducción, metodología, resultados y conclusiones.

- *Ensayos científicos.* Derivados de investigación de campo, documental, combinada o de estudios de caso.

- *Estado del arte.* Elaborado a partir de perspectivas críticas y analíticas de revisiones bibliográficas donde se sistematizan y analizan teorías, metodologías y resultados de investigaciones en un campo específico del conocimiento con el propósito de exponer las diferentes tendencias predominantes (no menos de 25 referencias).

- *Reseñas bibliográficas.* Pueden ser de divulgación (de 3 a 5 páginas) o reseñas críticas que expongan las condiciones teóricas, metodológicas, epistemológicas y analíticas del libro reseñado.

Características de los trabajos

- Deberán tener la forma y presentación de artículo, ensayo científico, estado del arte o reseña bibliográfica.
- Los textos usarán mayúsculas y minúsculas.
- Deberán ser enviados sin errores ortográficos ni gramaticales.
- Extensión mínima de 14 cuartillas y máxima de 35 incluyendo gráficas o cuadros en el tamaño carta que por default da el procesador de textos Word. Letra Times New Roman 12 pts, a un espacio y medio (1.5).
- Las citas textuales dentro del texto no deben de exceder 10 renglones. Las notas adicionales deben de ir numeradas, a pie de página y con interlineado sencillo. No deben de exceder cinco renglones.

Estructura formal del artículo

- Título

El artículo se iniciará con un título en español y en inglés. Debe presentarse en forma breve, es decir, indicar la naturaleza del trabajo de la manera más clara posible. No exceder 12 palabras.

- Autor o autores

El (los) nombre (s) del (los) autor (es) seguido por sus apellidos, los cuales deben estar separados por un guion sin espacios.

- Resumen

Se expondrá una síntesis del trabajo no mayor a 10 renglones, incluyendo los aspectos más relevantes: importancia, materiales y métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir en el antecedente, discusión, citas, llamados a cuadros, figuras y referencias a pie de página. Estará escrito en español (Resumen) y en inglés ("Summary"). El "Summary" podrá tener hasta 10 renglones.

- *Palabras clave*

Son palabras ubicadas después del resumen, que se citan para indicar al lector los temas principales a los que hace referencia el artículo, además de facilitar la recopilación y búsqueda de la cita en bancos de información. Se requiere un número entre tres y seis y no deben estar contenidos en el título.

- *Key words*

Son las mismas palabras que se incluyen en el apartado anterior, pero en inglés. Se enlistaran después del "Summary".

- *Introducción*

En este apartado se justificará la realización de la investigación. Deberá ser breve y mencionar la importancia, antecedentes referentes al tema y objetivos del estudio.

- *Métodos y técnicas de investigación*

Aquí se describirán los métodos y técnicas de investigación aplicadas, tanto para la realización del trabajo como para el análisis de resultados.

- *Resultados y Discusión*

Se describirán los resultados relevantes, de una manera clara, ordenada y concisa. Se pueden incluir en el texto, dibujos, fotografías cuadros y/o gráficas que apoyen a la comprensión del escrito. Debe evitarse repetir en el texto la información presentada en cuadros y figuras. Además en este apartado se presentarán las explicaciones de los resultados y comparación con trabajos anteriores, así como, las sistematizaciones, inferencias y comentarios valiosos que puedan surgir de los resultados. También se debe concluir con afirmaciones relacionadas con los objetivos planteados sin rebasar los alcances del artículo.

- *Conclusiones*

Cuando lo requiera el trabajo estas se redactarán de modo breve, preciso y directo. Evite repetir información ya trabajada previamente, así mismo como introducir nueva información.

- *Literatura citada*

En este capítulo se presentan únicamente las referencias bibliográficas citadas a lo largo del artículo. Para ello el autor se guiará por el sistema Harvard.

- *Agradecimientos*

Al final del artículo, se mencionará el reconocimiento a personas, instituciones, proyectos, fondos, becas de investigación, etc. que apoyaron la realización de la investigación presentada.

- *Síntesis curricular*

En este capítulo se debe informar de modo breve, pero completo, los datos personales, de contacto, los principales títulos y logros académicos y la filiación académica; además de expresar sintéticamente el trabajo actual y las principales contribuciones hechas por el autor en el campo de la investigación, la docencia o la extensión universitaria.

Reseña del libros

Debe incluir:

- Título del libro reseñado.
- Editorial, ciudad de edición y año de edición.
- Nombre y antecedentes personales del autor, institución a la que pertenece y correo electrónico.
- Notas a pie de página (opcional).
- Bibliografía al final del texto, de acuerdo a la normatividad APA (si emplea referencias adicionales al libro reseñado).

Formato para la redacción del artículo

Generalidades

Cuadros

Los cuadros deben documentar, pero no duplicar los datos ya presentados en el texto. El título deberá ser corto, preciso y antes del cuadro, comenzando con mayúsculas la palabra "Cuadro", e indicando lo que se presenta en las columnas.

Figuras

Al pie de la imagen estará una leyenda con la palabra "Figura" seguida por el número arábigo que le corresponde en la secuencia y un texto que contenga la información necesaria para comprender el contexto de la figura y al igual que los cuadros se deben entender por sí solos sin recurrir al texto, en tamaño 11. Todas las figuras deben citarse en el texto.

La palabra figura se refiere al uso de tablas, gráficos, dibujos, fotografías, diagramas, mapas, y demás información visual que complementa el texto. En ningún caso las figuras deben llevar marcos; cuando estas sean de autoría del investigador, se debe omitir la fuente, pues con ello se indica que la autoría es propia.

Envío de trabajos

Los trabajos a postular deben ser enviados a:

raximhai@uaim.edu.mx

editorial@uais.edu.mx

SUSCRÍBASE NO DEJE PASAR ESTA OPORTUNIDAD

Inscripción a la revista Ra Ximhai

Estoy interesado en la suscripción anual (2 números) de la revista:

Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre (s)	
Domicilio	No. Ext.	No. Int.	Colonia	C.P.
Ciudad	Estado	País	Teléfono	Correo electrónico
Profesión u oficio:				
Empresa/organización/institución:				
Forma de pago:	Cheque ()		Efectivo ()	

COSTO:

México \$ 450.00
Otra parte del mundo US Dlls 70.00

Depositar a la Cuenta: 22000518800 del Banco Santander a nombre de la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa.

Remitir esta forma y ficha de depósito a:

Dr. Pedro Cázares Aboytes
drcazare@uais.edu.mx

Revista Ra Ximhai. Fuente de Cristal 2334 entre Coral y Cuarzo. Fracc. Fuentes del Bosque. Los Mochis, Sinaloa. C.P. 81290 Tel: (668) 816-03-20 Ext. 1601.

La edición de este número estuvo a cargo del Comité Editorial de la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa (UAIS). **Diseño de portada:** Ing. Aminne Armenta Armenta. **Formación de artículos:** Dr. Pedro Cázares Aboytes. Tiraje 1000 ejemplares. Impreso en la Imprenta Universitaria 2017.

DIRECTORIO UAIS

Dra. María Guadalupe Ibarra Ceceña

Rectora

M. en E. y N. Miriam Fabiola Guerrero Escalante

Secretaria General

Lic. Francisco Javier Chan Medina

Coordinador General Administrativo

Dr. Francisco Antonio Romero Leyva

Coordinador General Educativo

Dr. Ernesto Guerra García

Coordinador General de Investigación y Posgrado

M. en C. Juan Antonio Delgado Morales

Coordinador General Unidad Mochicahui

M. en E. y N. Aneth Yuriria de Jesús López Corrales

Coordinadora General Unidad Los Mochis

Biol. Roberto Carlos Barreras Fitch

Coordinador General Unidad Choix

Dr. José Emilio Sánchez García

Coordinador General Unidad Virtual

Dr. Pedro Cázares Aboytes

Editor General

Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa

Colaboradores

Summaries

M. en C. Diana Paola Fierro Mexia

Apoyo editorial

Ing. Aminne Armenta Armenta

Webmaster

Julián Octavio Román Valenzuela

Revista Ra Ximhai. Fuente de Cristal 2334 entre Coral y Cuarzo. Fracc. Fuentes del Bosque. Los Mochis,
Sinaloa. C.P. 81290 Tel: (668) 816-03-20 Ext. 1601.

Correos electrónicos: raximhai@uaim.edu.mx / editorial@uais.edu.mx

Alcohol consumption as a public health problem

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez; Mario Enrique Gámez Medina y Carolina Valdez Montero

Social representations of the consumption of tobacco, alcohol and other drugs

Mario Enrique Gámez Medina; Jesica Guadalupe Ahumada Cortez y Carolina Valdez Montero

Reduction of damage as a strategy for the use and abuse of substances in Mexico: challenges and opportunities

Arodi Tizoc Marquez; Karina Rivera Fierro; Ulises Rieke Campoy y Manuel Cruz Palomares

Alcohol consumption as a risk factor to acquire overweight and obesity

José Luis Higuera Sainz; José Alfredo Pimentel Jaimes; Gea Salomé Mendoza Catalán; Ulises Rieke Campoy; Gisela Ponce y Ponce de León y Adriana Camargo Bravo

Perception of satisfaction of students in the use of clinical simulation

Lubia del Carmen Castillo Arcos y Lucely Maas Góngora

Educational models: a challenge for health education

Ginne Ussí Guadalupe Apodaca Orozco; Lourdes Patricia Ortega Pipper; Luz Ester Verdugo Blanco y Laura Elena Reyes Barribas

Analysis of the social determinants of gender violence

Lucía Caudillo Ortega; María Teresa Hernández Ramos y María Luisa Flores Arias

Composition and perception of body image in adult women

Fabiola Elizabeth Soto Montero; Milton Carlos Guevara Valtier y Carolina Valdez Montero

The obesity of pregnant women and their assistance to nutritional control in the gineco-pediatric hospital of Los Mochis

Yesenia Palazuelos Paredes; Ernesto Guerra Garcia y Lluvia Magally Ibarra Robles

The distant stratum of unreason: expressions of madness in the port and city of Mazatlán late nineteenth century

Griselda Santiago Pérez

Health care within the prostitution exercise in Sinaloa an approach to his history

Ana Julieta Rueda Morales

Diseases in Mazatlán during the XIX century

Pedro Cázares Aboytes y Samuel Octavio Ojeda Gastelum

Rural teachers in Sinaloa: pedagogues, health promoters and socio-political activists

Rafael Santos Cenobio