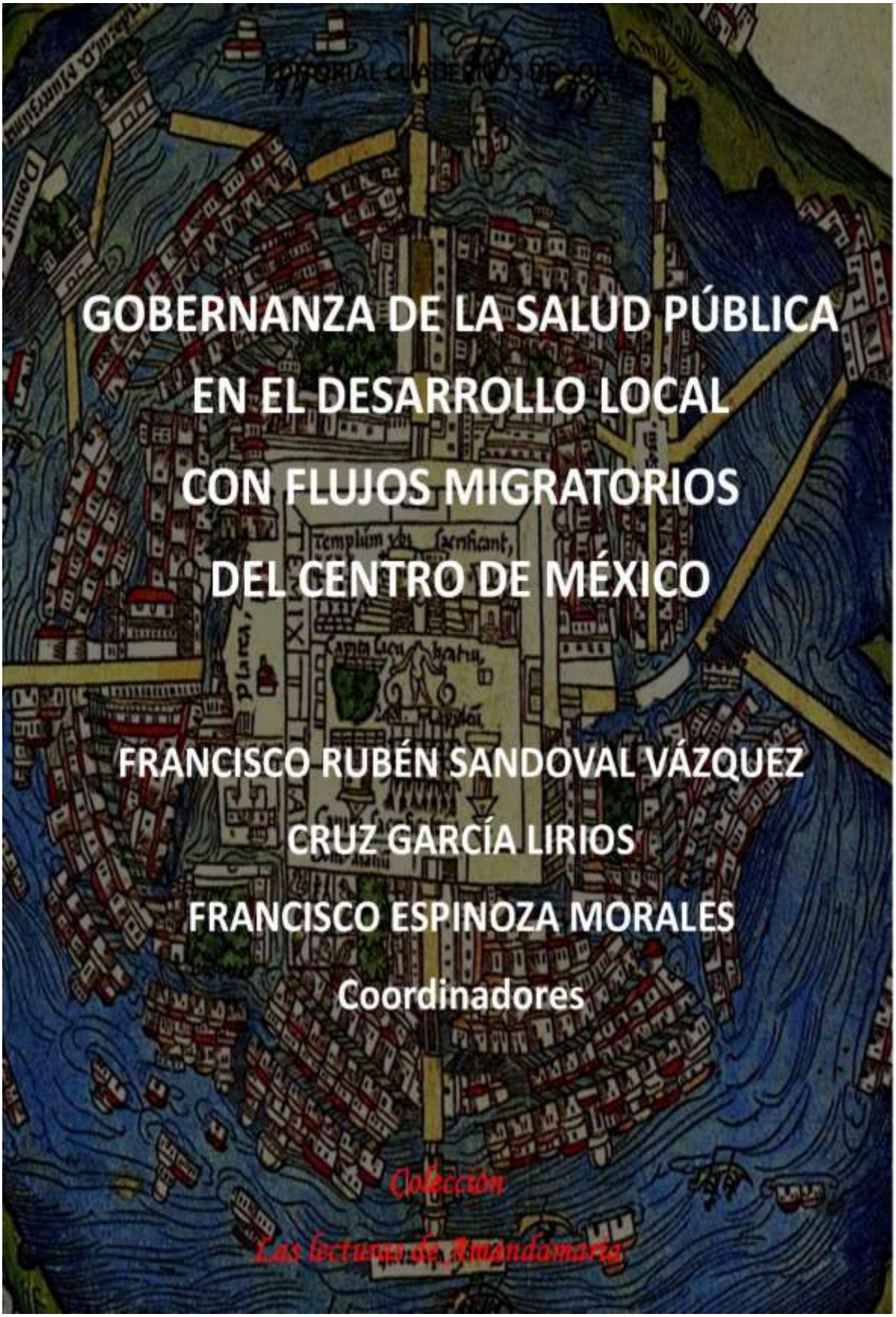


GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO LOCAL CON FLUJOS MIGRATORIOS DEL CENTRO DE MÉXICO

FRANCISCO RUBÉN SANDOVAL VÁZQUEZ

CRUZ GARCÍA LIRIOS

FRANCISCO ESPINOZA MORALES

Coordinadores

Colección

Las lecturas de Amandamaría

Editorial Cuadernos de Sofía

CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL

GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO LOCAL CON FLUJOS MIGRATORIOS DEL CENTRO DE MÉXICO

FRANCISCO RUBÉN SANDOVAL VÁZQUEZ
CRUZ GARCÍA LIRIOS
FRANCISCO ESPINOZA MORALES
(COORDINADORES)

Colección
Las lecturas de Amandamaria
2018

Gobernanza de la salud pública en el desarrollo local con flujos migratorios del centro de México
Francisco Rubén Sandoval Vázquez, Cruz García Lirios y Francisco Espinoza Morales (Coordinadores)
ISBN: 978-956-9817-23-6
Primera Edición Diciembre de 2018

Portada y Contraportada
Cuadernos de Sofía
Editorial Cuadernos de Sofía
www.cuadernosdesofia.com

Referencia del libro: Sandoval Vázquez, Francisco Rubén; García Lirios, Cruz y Espinoza Morales, Francisco (Coordinadores). (2018). Gobernanza de la salud pública en el desarrollo local con flujos migratorios del centro de México. Cuadernos de Sofía, Santiago, Chile.

GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO LOCAL CON FLUJOS MIGRATORIOS DEL CENTRO DE MÉXICO

FRANCISCO RUBÉN SANDOVAL VÁZQUEZ
CRUZ GARCÍA LIRIOS
FRANCISCO ESPINOZA MORALES
(COORDINADORES)

ÍNDICE

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL *07*

INTRODUCCIÓN
Francisco Rubén Sandoval Vázquez
Cruz García Lirios
Francisco Espinoza Morales *08*

SALUD PÚBLICA DE FLUJOS MIGRATORIOS DE TRANSICIÓN Y RETORNO
Angélica María Rascón Larios
Francisca Elena Rochin Wong *14*

TEORÍA DE LA GOBERNANZA LOCAL
Javier Carreón Guillén *20*

ESTUDIOS DE LA INCIDENCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO LOCAL
Beatriz Llamas Arechiga
Oscar Coronado Rincó *35*

ESPECIFICACIÓN DE UN MODELO PARA EL ESTUDIO DE LA MIGRACIÓN, LA SALUD Y EL DESARROLLO LOCAL
Cruz García Lirios *50*

UNA METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD PÚBLICA EN MIGRANTES
Rosa María Rincón Ornelas
Ernesto Clark Valenzuela *52*

LA SALUD PÚBLICA DESDE LA MIRADA DE LOS MIGRANTES EN TORNO A SU DESARROLLO HUMANO
Francisco Espinoza Morales *57*

CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LA MIGRACIÓN Y LA SALUD PÚBLICA
Lidia Amalia Zallas Esquer *65*

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. José Marcos Bustos Aguayo
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Christian Bucio Pacheco
Universidad Autónoma del Estado de México, México

Dra. María Luisa Quintero Soto
Universidad Autónoma del Estado de México, México

Dr. Eleazar Villegas González
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

Dr. Francisco Rubén Sandoval Vázquez
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

Dra. Margarita Juárez Nájera
Universidad Autómoma Metropolitana, México

Dra. Eréndira Fierro Moreno
Universidad Autónoma del Estado de México, México

Dra. María del Rosario González Molina
Universidad de Sonora, México

Dra. Leticia María González Velásquez
Universidad de Sonora, México

Dra. María Teresa Gaxiola Sánchez
Universidad de Sonora, México

Dr. Alfredo Islas Rodríguez
Universidad de Sonora, México

INTRODUCCIÓN

Francisco Rubén Sandoval Vázquez- Cruz García Lirios- Francisco Espinoza Morales

Grosso modo, la relación entre migración, salud y desarrollo ha sido acometida desde la gobernanza como resultado de un proceso de identidad que se reduce a la elección de grupos dominantes como los oriundos y culturas dominadas como los migrantes. En ese sentido, las diferencias existentes entre líderes y seguidores radican en: a) su acceso a la información diseminada por el Estado en los medios de comunicación; b) su capacidad de procesamiento de información, ética y lógica de riesgo y resiliencia; c) legitimación de las diferencias a partir de la desconfianza hacia la gestión y la administración pública. De esta manera, el objetivo del presente trabajo es evidenciar los límites de la literatura consultada con respecto a la identidad como factor hegemónico y preponderante en la explicación del continum de migración, salud y desarrollo endógeno. Se llevó a cabo un estudio no experimental, exploratorio, transversal y correlacional con una selección no probabilística de 345 trabajadores y líderes migrantes y oriundos de una localidad del centro de México. Los resultados muestran que las intenciones de salud ocupacional determinan las conductas de autocuidado, pero éstos fueron discutidos a la luz de los hallazgos reportados en la literatura. Se advierten líneas de investigación con otras variables que expliquen a detalle el sentido de comunidad, la salud ocupacional y el emprendimiento social.

El desarrollo regional, en un sentido económico y demográfico ha sido entendido como resultado de políticas públicas en las que el Estado se asume como eje rector de la producción, empleo y servicios públicos. En ese esquema, el gobierno central no sólo entabla una comunicación directa con los gobiernos locales sino, además establece una sinergia con las comunidades o barrios periféricos a las urbes. De esta manera, la gestión estatal se acopla con la autogestión civil al momento de ajustar las políticas a las necesidades, expectativas y capacidades locales.

Es así como las políticas locales incluyen: a) programas derivados de una normatividad universal, pero orientados por asistencia técnica y fondos concertados entre los niveles de gobierno; b) estructura operativa, coordinación técnica, vinculación social, seguimiento ciudadano y participación comunitaria; c) capacitación técnica, difusión informativa y vinculación sectorial; d) gestión en coinversión, transparencia y corresponsabilidad.

El modelo más evidente de desarrollo regional es conocido como sustitución de importaciones y éste consistió en: 1) un Estado promotor del desarrollo a través del sector industrial más exitoso; 2) implementación de subsidios a la industria consolidada en la agro-industria; 3) políticas de fomento empresarial de MIPYMES como abastecedoras y consumidoras de la industria consolidada; 4) producción y transferencia de conocimiento

a través de un sistema educativo, así como de salud y empleo; 5) infraestructura bancaria, comercial, portuaria, arancelaria.

Empero, el modelo de desarrollo regional por sustitución de importaciones estancó la producción nacional debido al proteccionismo y la ausencia de competitividad, la exigencia de calidad en el mercado nacional y el comportamiento del consumidor, así como la ola de corrupción entre quienes toman las decisiones minaron el proyecto estabilizador y orillaron a crisis económicas inflacionarias y devaluatorias de las que el país no puno sobreponerse.

Es así como el modelo de sustitución de importaciones fue sustituido por el modelo neoliberal que consiste en: a) reducción de la participación económica del Estado a una mera función gendarme; b) supresión del gasto público; c) apertura comercial y financiera; d) privatización de bancos y empresas del Estado; e) eliminación de subsidios o control de precios; f) control del sector privado en la economía; g) libre flotación de la moneda nacional frente al dólar; h) fin de la reforma agraria, supresión del reparto, disolución del ejido y privatización del campo; i) reforma de la recaudación fiscal; j) fomento a la inversión extranjera.

Se trató de un modelo ajustado a los lineamientos del multilateralismo dictado por los organismos financieros internacionales que no sólo acentuó las diferencias entre los países desarrollados y las economías emergentes, sino además intensificó una mayor dependencia industrial, financiera y tecnológica entre los mismos.

De este modo, el estado generó un clima de confianza a la inversión extranjera directa, así como al capitalismo financiero especulativo, los cuales repercutieron en las políticas de salud, educación y empleo, principales ejes del desarrollo humano. A través de la liberación financiera y comercial, la desregulación de los sectores productivos generó incertidumbre laboral y ocupacional que repercutió en la salud pública en general. La flexibilización comercial y la precarización de las condiciones laborales redujo la salud ocupacional de los sectores y organizaciones, minando la generación de empleos y frenando el emprendimiento como la innovación.

Las relaciones laborales pasaron de ser solidarias y cooperativas a una lucha competitiva por la reducción de costes, la maximización de las ganancias y la persecución de la utilidad. Ello propició un sistema de violencia formativa y laboral que se caracteriza por un clima de relaciones de desconfianza, bajo compromiso, nulo emprendimiento y espuria innovación, todos y cada uno determinantes del deterioro de las relaciones laborales y la infelicidad.

Ambos modelos, el des sustitución de importaciones como el neoliberal inhibieron la participación de los sectores civiles productivos, soslayaron los acuerdos y las

corresponsabilidades entre los actores estatales, patronales y trabajadores (Bautista et al., 2012).

Si el modelo de sustitución de importaciones apostó por una intervención estatal en la economía, la planificación de inversiones, las alianzas estratégicas entre las industrias consolidadas y las MIPYMES, a través de la nacionalización, la regulación, la promoción y el subsidio, así como la diversificación de las organizaciones cooperativas, privadas y comunitarias, redistribuyendo las ganancias como si fuese un patrimonio nacional, generó más bien una corrupción centrada en el nepotismo y la opacidad ante las crisis inflacionarias por los desequilibrios comerciales internacionales.

Si el modelo neoliberal orientó sus esfuerzos en la exportación como estrategia de estabilidad e incluso superávit, a través de liberar el mercado, adoptar una postura gendarme, concentrar los ingresos, control inflacionario, ello no impidió que adquiriera déficits fiscales por la dependencia con organismos acreedores, la generación de la pobreza, la intensificación de la desigualdad económica y social, así como su concentración excesiva en la iniciativa privada.

Resultado de ambos modelos, el país cuenta con 53,3 millones de pobres, de los cuales 36,6 están en las zonas urbanas, 16,7 en las zonas rurales. El estado de México, Veracruz, Puebla Chiapas, Jalisco, Distrito federal y Guanajuato tienen el 51% de los pobres (García et al., 2013).

Ante éste panorama, el análisis del desarrollo regional parece mirar hacia un nuevo horizonte ya no centrado en el estado ni en la iniciativa privada como los actores centrales, sino ahora en la ciudadanía como principal actor de su propio bienestar y calidad de vida. Es decir que mientras los gobiernos se encuentran inmersos entre el multilateralismo y el regionalismo y la iniciativa privada entre el rezago y la sobre-especialización tecnológica, la sociedad civil tiene la oportunidad de auto-gestionar y auto-administrar sus recursos con y sin la participación estatal o privada.

No obstante, el primer requerimiento para que la sociedad civil se organice en torno a proyectos productivos es la salud y la educación. Principalmente los servicios de salud son el eje conductor de un bienestar subjetivo y calidad de vida suficientes para el desarrollo de competencias, habilidades y conocimientos que transformen lo local (García et al., 2017).

En este tenor, el panorama de salud pública y sobre todo ocupacional dista mucho de ser favorable. La tasa de morbilidad correlaciona negativa, directa y significativamente sobre el progreso económico. En un sentido acotado, la salud pública sólo consiste en la proliferación de enfermedades que, desde ésta visión no tendrían una influencia directa con la productividad, la competitividad y el desarrollo económico local. En una perspectiva

intermedia, la salud pública es un ideal de una comunidad que aspira al autocuidado y con base en éste estilos de vida, se espera un bienestar subjetivo y una calidad de vida limitada por satisfactores personales o grupales. Por último, en un sentido amplio, la salud pública explica procesos multidimensionales de desigualdad.

Empero, una visión acotada limita el combate del origen y las consecuencias de la salud pública. Mientras que una visión amplia es ambigua y difícil de instrumentar. Por consiguiente, el enfoque intermedio permite que los actores involucrados delimiten sus oportunidades y capacidades al entorno, así como a las capacidades organización civil, entre los que se encuentran los profesionistas de la salud (Carreón, 2013).

Por lo tanto, el estudio de la problemática de salud pública no sólo permitirá anticipar los escenarios posibles de desarrollo endógeno, sino además generará alternativas de participación civil que coadyuven con los profesionistas de la salud en la edificación de una auto-gestión y auto-administración de los talentos y recursos de la sociedad civil que enaltezcan las ventajas competitivas de sus micro, pequeñas y medianas empresas, generando el empleo que los sectores intermedios requieren para producir conocimiento y transferirlo a las MIPYMES.

En la práctica profesional de la Psicología Social, el ámbito de la Salud Pública cobra especial relevancia porque son los asistentes sociales, a través de los servicios sociales de Salud Pública, los que determinarán la prevención de enfermedades, la promoción de la Salud Pública, la adherencia al tratamiento, el seguimiento y la canalización de la población vulnerable, excluida o marginada que encabeza el número de defunciones por enfermedades relacionadas con la pobreza y la cesantía. El diagnóstico social y los estudios socioeconómicos son instrumentos por excelencia para el establecimiento de redes preventivas y promotoras de la Salud Pública (Bustos y Flores, 2014).

Hace no muchos años, el Estado lideraba, desde su función rectora, las políticas y programas de Salud Pública, pero muy pronto este paradigma cambió con la emergencia de comunidades migrantes en los países desarrollados y las economías emergentes por las que atraviesan los migrantes hasta llegar a suburbios de las ciudades que les requieren para realizar los trabajos que los oriundos o incluso migrantes de generaciones anteriores ya no quieren hacer (García et al., 2012).

En este panorama de centralidad y periferia económica y migrante, la Salud Pública se ha erigido como un tema central en la agenda de los países desarrollados y emergentes, expulsores y receptores de migrantes. Los sistemas de Salud Pública hoy en día son cuestionados por atender a la población migrante; vulnerable, excluida y marginal sin considerar el impacto en la Salud Pública de epidemias o pandemias que se gestan en los suburbios y terminan en los centros de servicios urbanos.

Precisamente, la relevancia del diagnóstico de servicios sociales de Salud Pública es fundamental para esclarecer el impacto de los recortes al presupuesto de instituciones y centros de Salud Pública, así como sus efectos sanitarios en sectores periurbanos (Roqueñil y Umbral, 2013).

La construcción de una política de Salud Pública que iniciaría desde la recepción y atención de migrantes, pasando por las campañas sanitarias, hasta la capacitación de cuadros conforme a sus creencias, percepciones y actitudes hacia las enfermedades, enfermos y profesionistas de la Salud Pública supone una estrategia de la sociedad civil enfocada en la atención sanitaria de trabajadores hasta alcanza la salud ocupacional o cuando menos prevenir enfermedades y accidentes que minen la producción.

La administración pública de los programas de Salud Pública en sus profesionistas se ha caracterizado por su distanciamiento con la sociedad civil. De esta suerte, el capital humano de hospitales y centros de Salud Pública es parte fundamental de la estabilidad del sistema de atención y sus subsistemas preventivos y aditivos a tratamientos y rehabilitación, pero sobre todo en la transferencia de información en cuanto prevención de enfermedades y accidentes (García et al., 2014).

Anticipar escenarios de bienestar social, Salud Pública o en su caso advertir la emergencia de problemáticas institucionales y organizacionales que impactan la calidad de los servicios de Salud Pública, considérese que el aporte fundamental estriba en la relación que establecen entre el clima organizacional y la calidad del servicio observando los factores de adherencia al tratamiento y la relación entre profesionistas de la Salud Pública, pacientes y familiares (Carreón et al., 2015).

Hoy en día ya no es suficiente con un sistema de Salud Pública moderna, automatizado y accesible, se requiere de una ética preventiva que oriente la calidad de vida y el bienestar subjetivo para que el Estado destine los fondos a la investigación y erradique la discrecionalidad con la que se manejan las instituciones, así como la impunidad con la que los profesionales de Salud Pública, sea por estrés o sea por falta de ética, se manejan ante la indefensión de la población civil.

Una jerarquía de procesos en torno a los cuales el sistema de prevención, tratamiento y adherencia están motivados por estructuras sanitarias y de gestión del conocimiento en el que la población vulnerable, especialmente la infantil es su objetivo central explica consistentemente la calidad de vida, el bienestar subjetivo y sus efectos sobre la salud ocupacional.

De este modo, el objetivo del presente estudio es establecer los ejes y temas de una agenda pública orientada a la construcción de una gobernanza de la salud pública como estrategia de desarrollo local por su incidencia en la formación educativa y

profesional, la prevalencia de capacidades sobre las oportunidades de las MIPYMES en la coyuntura de sus alianzas estratégicas.

Se llevó a cabo un estudio documental con una selección de fuentes indexadas a repositorios de Dialnet, latindex y Redalyc, considerando el periodo de publicación que va de 2010 a 2017, la inclusión de palabras claves “desarrollo”, “migración”, “agenda”, “neoliberalismo”, “regionalismo”, “multilateralismo”, “salud pública”, “salud ocupacional”, “emprendimiento”, “calidad de vida”, “bienestar subjetivo”. En seguida, la información fue procesada con la técnica Delphi, utilizando matrices de análisis de contenido, especificación de un modelo y contrastación del mismo.

SALUD PÚBLICA DE FLUJOS MIGRATORIOS DE TRANSICIÓN Y RETORNO

Angélica María Rascón Larios – Francisca Elena Rochin Wong

La migración es un tema complejo ya que supone relaciones de dependencia entre factores educativos, laborales y sanitarios del país receptor en claro contraste con los países expulsores. Empero, cuando existe un país de transición por el que los migrantes transitan para arribar al país receptor, la problemática se complejiza ya que un alto nivel educativo y laboral no es sinónimo de un desarrollo humano significativamente mejor al que priva en los países expulsores (Bautista y Sánchez, 2013).

Por ejemplo, los flujos migratorios que parten de América Central, pasan por México y arriban a las urbes estadounidenses han sido constantes después de terminada la Primera Guerra Mundial

La problemática migratoria, vista desde una perspectiva socio-histórica, advierte una tendencia creciente cuando se exacerbaron los conflictos mundiales, en el periodo que va de 1930 a 1960, el crecimiento de los flujos se duplicó cada década (Carreón, 2015).

En las décadas de 1970 y 1980 el crecimiento fue superior en referencia al periodo anterior ya que creció un tercio más, aunque en los siguientes 20 años los flujos migratorios se intensificaron sustancialmente porque duplicaron el crecimiento del periodo de 1930 a 1980.

Por consiguiente, los flujos migratorios parecen obedecer ya no a una lógica laboral centrada en los conflictos bélicos, ahora la migración parece ser explicada por las relaciones comerciales entre Estados Unidos, México y América Central.

En efecto, si se contrastan los flujos migratorios provenientes de México y América Central hacia los Estados Unidos, es posible observar que Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá superan ligeramente la cantidad de migrantes que México expulsa hacia los Estados Unidos. Es decir, no sólo una gran cantidad de migrantes centroamericanos transitan por México, sino que muchos de ellos no alcanzan a llegar a los EUA (García et al., 2015).

Esto es así porque los estados que conforman la actual República mexicana, por la que los centroamericanos deben necesariamente transitar, en su recorrido a los Estados Unidos, son en términos generales entidades con bajo nivel educativo y alto nivel de desempleo (García et al., 2011).

Es posible observar que los niveles de analfabetismo son constantes y las diferencias entre los estados no son del todo significativas. Sólo los estados de Chiapas y Oaxaca están por arriba del umbral del 20% de analfabetas en población mayor de 15 años y menor de 29 años.

Chiapas, Hidalgo, Estado de México, Puebla, Tamaulipas, Tlaxcala y Veracruz, estados de la ruta de los transmigrantes, alcanzan un nivel educativo inferior al Distrito Federal, Nuevo León y Quintana Roo, estados de mayor prosperidad económica y oportunidad laboral.

Es posible observar que el Distrito Federal al alcanzar el 70% de la escolaridad obligatoria, sus jóvenes parecen tener mayores oportunidades laborales en comparación a los jóvenes de los demás estados del país (Bustos, Quintero y García, 2017).

El desempleo en los estados donde transitan los transmigrantes exacerba su condición socioeconómica. Sólo la región maquiladora de México ofrece los empleos a la par de la demanda, pero en los estados de la ruta migrante el desempleo se intensifica (Sánchez et al., 2017).

En la actualidad, la urbe con el mayor desempleo es el Puerto de Veracruz, con cerca del 5% del total de la demanda laboral de sus jóvenes. En contraste, las ciudades de Campeche y Tijuana, esta última ciudad fronteriza con los EUA, receptora de flujos migratorios externos e internos, no rebasan 0,5% del total de sus jóvenes en edad laboral. Debido a que en el Distrito Federal radican los jóvenes con mayor nivel educativo, el Producto Interno Bruto (PIB) es superior en comparación a las entidades federativas de Nuevo León y Quintana Roo, estados que ocupan el segundo y tercer lugar en cuando al Producto Interno Bruto se refiere. Por el contrario, los estados de Chiapas y Oaxaca, el primero como entidad de paso de los transmigrantes centroamericanos, ocupan los últimos sitios en cuanto al PIB se refiere mientras que el Estado de México está identificado en una posición intermedia.

No obstante que el Distrito Federal destaca por su mano de obra calificada y PIB, su nivel de desempleo lo ubica como la entidad con un mayor desarrollo humano, ligeramente superior al observado en los demás estados mientras que el Estado de México ocupa un lugar intermedio.

Empero, los flujos de remesas de los migrantes mexicanos parecen evidenciar que la entrada a los Estados Unidos es cada vez más compleja, ya que en el año 2008 el total de remesas fue equiparable al total de 1998. Diez años antes, los flujos migratorios, las ofertas laborales y las remesas explican una tendencia decreciente

Las relaciones comerciales entre Estados Unidos y México parecen concentrar la mano de obra en las zonas maquiladoras del sureste, centro y noreste. De este modo, los flujos migratorios que provienen de Centroamérica están expuestos a problemáticas de orden laboral que los hace vulnerables frente a la explotación sexual comercial en México ya que las oportunidades laborales, en aquellos estados por los que transitan, son menores en comparación a la oferta de otros estados (Carreón, 2016).

En el Estado de México, considerado como una entidad intermedia de desarrollo, la situación económica parece incidir en menor medida que en otras entidades como Chiapas o Oaxaca, pero a la vez, es un escenario propicio para la explotación sexual comercial ya que la densidad poblacional de jóvenes es mayor que en otros estados del país. Así, una entidad, como la del Estado de México, que concentra flujos migratorios internos y externos es más proclive al fenómeno de la explotación sexual comercial, ello con respecto a otras entidades de la federación, con mayor desarrollo humano e incluso con menor desarrollo humano.

El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) en su informe correspondiente al año de 2005 relativo a la sexualidad, advierte un incremento respecto a las relaciones sexuales entre la muestra encuestada.

En efecto, el incremento de la iniciación de relaciones sexuales está vinculado con el grado de conocimiento de las llamadas: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En todos los rangos de edad, el porcentaje de desconocimiento de las ETS es mayor al cinco por ciento y más del 60 por ciento se reservan su opinión. También es posible advertir que el conocimiento de las ETS es muy similar según las regiones del país. Esto es, las ciudades y los municipios conurbados parecen tener el mismo grado de conocimiento o desconocimiento en torno a las ETS. Esta tendencia también se observa con respecto a los rangos de edad y los sexos (García, 2015).

La pregunta relativa al conocimiento de ETS está relacionada directamente con la experiencia sobre el contagio. Si la muestra encuestada afirma no saber, no conocer o no querer contestar sobre las ETS, entonces cabría esperar que, ante la pregunta sobre un posible contagio, una abstención ante la respuesta. Sin embargo, en torno a la pregunta de diagnóstico de ETS en su persona, la muestra encuestada emite un “no” contundente (García et al., 2016).

Sólo en la zona sur-sureste entre los hombres de entre 15 y 19 años, se reconoció el diagnóstico de infección. Respecto a la muestra de mujeres, éstas se mantuvieron en la tendencia negativa ante la pregunta de alguna ETS diagnosticada. Es decir, la tendencia de desconocimiento de las ETS parece estar asociada a una prevalencia no asertiva en torno al reconocimiento de algún diagnóstico de ETS. Respecto a quienes reconocen tener

alguna ETS, el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la enfermedad principal. En la mayoría de los portadores de ETS, el seguimiento de un tratamiento fue afirmativo.

Los recursos psicosociales favorecen la adherencia al tratamiento de ETS como un factor asociado a la salud personal, familiar, comunitaria y colectiva, a su vez determinantes del Desarrollo local puesto que los niveles de salud dependen de la actividad laboral.

Resulta importante traer a colación que el INJUVE, en su encuesta nacional sobre sexualidad correspondiente al año 2005, identifica una mayor tendencia de respuesta negativas alusivas a la experiencia sexual. Ello a partir de su ubicación geográfica y rangos de edad, los hombres tienden a responder afirmativamente en comparación a las mujeres.

Respecto a su conocimiento sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), la muestra entrevistada declara conocer a las ETS. Nuevamente, los hombres obtienen un mayor porcentaje de respuesta afirmativa en comparación a las mujeres. Si se observan los datos a nivel nacional y se comparan con los datos a niveles locales; centro, noreste, centro occidente y sur sureste, la tendencia es similar: los encuestados afirman conocer las ETS.

Si se comparan los datos totales por rangos de edad, se observa una tendencia de respuesta afirmativa con mayor porcentaje entre quienes tienen menos de 14 en referencia a quienes tienen entre 20 y 24 años en todas y cada una de las distintas regiones del país.

Esta tendencia parece indicar que en la medida en que la edad se incrementa la posibilidad de tener relaciones sexuales es alta. Sin embargo, a mayor edad parece haber un mayor desconocimiento de las ETS entre quienes tienen más de 20 años. Esta tendencia es diametralmente opuesta entre quienes tienen menos de 14 años puesto que declaran en su mayoría no tener relaciones sexuales, pero afirman conocer las ETS.

En torno al rubro del diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual, prevalece la respuesta negativa entre hombres y mujeres, menores de 14 años y mayores de 20 en todas y cada una de las zonas encuestadas. El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la ETS con mayor porcentaje de diagnóstico en casi todos los rubros.

El VPH es el principal causante del Cáncer Cervicouterino (CACU) y en los grupos de 15 a 19 años parece ser la ETS con mayor prevalencia en la muestra encuestada. En el gráfico 5 se observa que un alto porcentaje de los entrevistados no contestó a la pregunta relativa a la adherencia al tratamiento.

Asimismo, de conformidad con los datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), en su informe de 2015, la insuficiencia renal afecta en menor medida la calidad de vida de los enfermos. No obstante, el bienestar subjetivo y la salud mental parecen indicar que esa calidad de vida es suficiente para explicar las consecuencias de la insuficiencia renal en las actitudes de quienes participan en la atención médica, familiar, sociodemográfica, socioeconómica y psicológica del enfermo.

Se puede apreciar como en su informe que presenta INEGI, correspondiente al año 2010, ubica a las enfermedades relacionadas con el funcionamiento del corazón como las principales causas de muerte en México. Esto es, aproximadamente el 23 por ciento de todos los fallecimientos tienen su origen en este tipo de enfermedades. En contraste, los accidentes de trabajo tales como las caídas representan un porcentaje inferior al uno por ciento. En el caso de la Insuficiencia Renal, se ubica con cerca de 3 por ciento.

La Secretaria de Salud (SSA) en su informe correspondiente al año de 2010 ha registrado en el periodo 2006-2008 aproximadamente 539,530 decesos (86,9 por cada 100 mil habitantes). En dicho informe las enfermedades cardiovasculares representan el 17,2 por ciento con 92,679 casos que representan 70,9 casos por cada 100 mil habitantes. La diabetes mellitus con 75,637 con una frecuencia de 70.9 casos por cada 100 mil. La insuficiencia renal registra 11,202 casos con una frecuencia de 10.5 por cada 100 mil. El VIH con 5,189 casos tiene una prevalencia de 4.9 casos por cada 100 mil habitantes.

Ahora bien, la propia SSA en el mismo informe correspondiente al año de 2008, señala como principal causa de muerte en la etapa infantil a las enfermedades originadas por trastornos respiratorios con 14,768 casos y una frecuencia de 755,3 casos por cada 100 mil.

Desde luego que es posible observar la prevalencia de las enfermedades originadas por trastornos respiratorios sobre las enfermedades causadas por malformaciones, infecciones, tumores, desnutrición, accidentes, homicidios u anormalidades clínicas no clasificadas.

En los casos de mortalidad en la etapa reproductiva (203,504 defunciones), existe la prevalencia de la diabetes mellitus con 29,589 casos y con una frecuencia de 42,7 casos por cada 100 mil. Por su parte, la etapa pos-productiva registra 292,375 decesos y a las enfermedades cardiovasculares como las principales causas de muerte entre los adultos mayores con 69,136 casos y una frecuencia de 1,115 casos por cada 100 mil habitantes (García, 2015).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su informe correspondiente al año de 2015 advierte una tendencia de nacimientos al alza si se consideran los datos del 2005, ello en comparación a los datos de año de 2008.

La tendencia de nacimientos estaría también relacionada con la incidencia de defunciones la cual también ha venido aumentando, ello si se consideran los datos de 1985 en comparación a los datos del año correspondiente a 2004 (Carreón et al., 2013).

Llama la atención el caso de los niños menores de 3 años, ya que es la *diabetes mellitus* la principal causa de muerte, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón y cardiovasculares. En este sentido, la prevención y atención de enfermedades a partir de la estimulación temprana, parecen ser de carácter relevante; sobre todo si se considera que una sesión de ejercicios podría coadyuvar en activar la propensión al cuidado de la salud en las familias.

En síntesis, el desarrollo económico; regional, local y endógeno parece concentrar sus límites en la salud pública, principalmente en los flujos migratorios que representan la clase trabajadora, mayormente empleada en las mipymes. Se trata de un escenario en el que las culturas dominantes oriundas parecen tener más ventajas que las culturas migrantes. Es decir, la solidaridad de los flujos migratorios parece sucumbir ante las exigencias de salud pública como determinantes de una mayor calidad de vida y bienestar subjetivo en las culturas oriundas.

TEORÍA DE LA GOBERNANZA LOCAL

Javier Carreón Guillen

La Sociedad del Riesgo, en el ámbito de la Salud Pública, es un contexto en el que los sistemas de información y las tecnologías de comunicación difunden acontecimientos relativos al impacto que tiene el uso intensivo de dispositivos sobre la integridad de un grupo de personas. En este sentido, la prevención de accidentes, en las organizaciones e instituciones de salud, es el objetivo principal de los sistemas informativos y los medios de comunicación, pero la atención inmediata ante catástrofes ambientales o desastres naturales es un tema central en la agenda de Salud Pública.

Es cierto que la gobernanza de la Salud Pública supone el acotamiento de políticas públicas unilaterales y la emergencia de la participación civil, pero son los profesionales de la salud quienes juegan un papel central en el proceso investigativo e interventivo.

Tal cuestión implica construcción de un sistema de canalización, seguimiento y vigilancia de profesionales de los servicios sociales. El Trabajo Social que se lleva a cabo en los centros de salud comunitarios no sólo consiste en el manejo de crisis derivadas por pandemias, sino además estriba en la difusión de información concerniente a los eventos desde su inconmensurabilidad e impredecibilidad.

De este modo, un nuevo paradigma información se erige ante la Sociedad del Riesgo y la vulnerabilidad de la Salud Pública. A diferencia del anterior paradigma interventivo, el actual paradigma investigativo recopila información y produce conocimiento con la finalidad de establecer temas que serán los ejes de discusión antes de que las enfermedades crónico-degenerativas deriven en problemas colectivos de salud (Bautista, 2013).

Hoy se sabe que el cambio climático y sus crisis ambientales tales como sequias, huracanes e inundaciones exacerban las enfermedades respiratorias que pueden convertirse en cancerígenas y terminales. Ante esta situación, los profesionales de la salud buscan anticipar escenarios de crisis ambiental y relacionarlos con escenarios de crisis sanitaria (García, 2017).

Los modelos psicosociales relativos a la adherencia al tratamiento son dispositivos investigativos que pretenden activar disposiciones de gobierno favorables a la prevención y a la atención inmediata ante la inconmensurabilidad e impredecibilidad de los riesgos.

Sin embargo, la transición de los dispositivos investigativos a las disposiciones interventivas supone una reflexividad que las ciencias de la salud, la psicología y el Trabajo Social han estado construyendo en la medida en que se exacerban los riesgos

ambientales, tecnológicos y sanitarios. En tal sentido, la indignación, el miedo y el enojo, manifestaciones civiles emocionales derivadas de la percepción de inseguridad, son procesos colaterales que cada vez cobran un mayor protagonismo en la medida en que las movilizaciones ciudadanas y la acción colectiva demandan una rendición de cuentas y la apertura a los espacios de discusión, así como voz y voto en las decisiones de Salud Pública (Sandoval et al., 2015).

En el marco de la Salud Pública y el Desarrollo Local, los factores psicosociales inciden sobre las enfermedades de transmisión sexual como riesgos asociados al tipo de trabajo que deterioran la salud personal, familiar, comunitaria y colectiva.

En el ámbito de la psicología de la Salud Pública, el seguimiento del tratamiento implica su adherencia. Dado un diagnóstico médico, la medicación se complementa con un seguimiento en alimentación e ingestión de medicamentos que reducirían secuelas (García, 20017).

Sin embargo, el proceso de recuperación de la Salud Pública se ve interrumpido si el paciente desarrolla una resistencia cognitiva al cambio que impedirá la ejecución de acciones para la atención de su enfermedad. En tal sentido, los estudios psicológicos de la Salud Pública han identificado a las actitudes como determinantes de la propensión o aversión hacia un determinado tratamiento.

Conceptos

El abordaje de la relación entre migración, salud pública y desarrollo local supone la aprensión de conceptos básicos tales como: a) sociedad del riesgo, b) adaptación social, c) estimulación volitiva, d) microsistema social, e) acto molar, f) personalidad terapeútica, g) adhesión y h) actitud.

La sociedad del riesgo, para los propósitos de la presente obra es una consecuencia del desmantelamiento del Estado de bienestar, un escenario de Salud Pública determinada por percepciones de inseguridad derivadas de catástrofes y desastres naturales prolongadas que muestran sus efectos en la integridad personal y colectiva.

La sociedad del riesgo, en el caso de las culturas migrantes supone un proceso de asimilación de la cultura dominante al introyectar los valores y las normas establecidas en el país receptor con respecto a un país expulsor de mano de obra (Carreón et al., 2014).

La adaptación es definida como *el proceso y el resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental*. Es decir, tanto la estructura y

funcionamiento familiar como el proceso de adaptación del paciente al tratamiento y la insuficiencia renal.

En el caso de la población vulnerable, los infantes atraviesan por un proceso de adaptación que implica una serie de estímulos convencionales en los que la cultura dominante establece una incidencia sobre la cultura migrantes (García et al., 2012)

La estimulación volitiva se refiere a *un tratamiento secuencial, continuo, sistemático y regulado para mejorar las capacidades sensoriales, sin comprometer el desarrollo del sistema nervioso y cognitivo en los primeros años de vida de una criatura*.

En esa virtud, la salud pública, principalmente la ocupacional se refiere a *la incapacidad de regular y equilibrar las causas de enfermedades y accidentes ocurridas en el ámbito laboral* (García et al., 2016).

Debido a que la salud pública es progresiva, los procesos psicológicos son fundamentales para entender el estado cognitivo y afectivo del paciente en relación con la enfermedad, los profesionistas que lo atienden y la estructura familiar a la que pertenece. En este sentido, la insuficiencia renal tiene un proceso evolutivo en el que el costo del tratamiento se incrementa conforme la insuficiencia progresa hasta convertirse en crónica debido a la falta de inversión en infraestructura hospitalaria, actualización de las tecnologías de tratamiento y la prevención en pacientes y familias.

En virtud de que la salud pública se gesta en diferentes ámbitos, el microsistema es idóneo para delimitar el efecto de las enfermedades sobre la productividad laboral, o bien, indirectamente sobre la salud ocupacional, entendiendo que ésta refiere a la prevención o atención inmediata de accidentes y enfermedades que minan la productividad.

El microsistema definido como *un escenario en el que los individuos se relacionan a partir de actos moleculares (no significativos como un compra o venta de un producto o servicio) y molares (muy significativos como la adhesión al tratamiento de las enfermedades o la prevención de accidentes) en referencia a situaciones y contextos interdependientes,* el microsistema incluye los procesos cognitivos evaluados como irrelevantes (moleculares) o significativos (molares) considerando el entorno en el que se interrelacionan (Hernández et al., 2017).

A la luz del Principio de Proporcionalidad Terapéutica (PPT) que consiste en *una obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible*. Es decir, si el paciente cree que el control de una enfermedad o accidente está en manos externas a su voluntad depositará sus expectativas a la experiencia y conocimiento del

profesional de la salud. En cambio, si el paciente cree en un control interno de la situación contravendrá el PPT. En este sentido, un locus de control externo está asociado con la dependencia al tratamiento de enfermedades o la prevención de accidentes.

De este modo, la adherencia es entendida como *el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria implicando un compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado*. Es decir, ante el cambio de vida por el diagnóstico de una enfermedad, los pacientes se forman actitudes de resistencia en el que las creencias son determinantes de la aceptación o rechazo del tratamiento y los profesionistas de la salud que lo llevarán a cabo (Carreón et al., 2015).

En tal sentido, las actitudes de adhesión al tratamiento de enfermedades o su prevención han sido definidas como *evaluaciones negativas o positivas, desfavorables o favorables, implícitas o explícitas, emotivas o deliberadas, improvisadas o planificadas, heurísticas o sistemáticas hacia objetos, personas o procesos al momento de ser aprendidas por la influencia de un grupo o sistema persuasivo y organizadas para responder eficiente, eficaz y efectivamente ante una situación imponderable, impredecible e incontrolable* (Sandoval et al., 2017).

En resumen, los conceptos centrales de adaptación, adhesión y actitud muestran un proceso de toma de decisiones en los que los flujos migratorios parecen excluirse debido a su situación económica, ausencia de capacidades de procesamiento de información y defensa de sus derechos de salud ocupacional.

Teorías

La explicación de la relación entre migración, salud y desarrollo ha sido abordada por las teorías: 1) dominación social, 2) identidad social, 3) elección racional, 4) capital humano, 5) capital intelectual, 6) acción razonada, 7) comportamiento planificado, 8) disonancia cognitiva, 9) procesamiento espontáneo, 10) desarrollo moral, 11) estadios del desarrollo y 12) ecología del desarrollo.

La teoría de la discriminación social sostiene que la ambivalencia actitudinal es el resultado de las relaciones de poder asimétricas entre las personas y entre los grupos. Dichas relaciones influyen ambiguamente en las personas y grupos intermedios que no participan abiertamente en el conflicto entre discriminantes y discriminados. En este sentido, subyace una explicación diferente a la económica centrada en la adaptación, asimilación y aculturación de los flujos migrantes con respecto a las culturas dominantes u oriundas. Se trata de la construcción de una diferenciación con base en los usos y las costumbres locales tanto del lugar del origen como del lugar de recepción.

La teoría de la identidad social plantea que la ambivalencia actitudinal propicia categorizaciones y decisiones sesgadas a favor de los endo-grupos y en contra de los exo-grupos. Tales categorizaciones y decisiones legitiman la intolerancia o aceptación de enfermos o accidentados en el ámbito laboral. Reforzando con ello, la pertenencia a un grupo excluyente o incluyente. O bien, refuerzan el prestigio y la influencia de un grupo al que se pertenece o se quiere pertenecer y el desprestigio de un grupo al que no se pertenece ni se quiere pertenecer. A partir de estas categorizaciones, decisiones y comportamientos sesgados, tanto los grupos excluyentes como los grupos incluyentes construyen normas de aceptación o rechazo de las personas y los grupos. La ambivalencia actitudinal activa un proceso de diferenciación entre el endo y el exo grupo. La comparación social resultante influirá en el auto concepto de las personas o los grupos tanto intolerables como tolerable (Limón et al., 2017).

Es decir que las diferencias entre grupos migrantes, en el ámbito laboral se traducen en climas de relaciones laborales desfavorables a la formación de grupos colaborativos, incidiendo sobre la productividad y la competitividad.

Empero, las asimetrías culturales entre migrantes y oriundos parecen desvanecerse cuando en el ámbito laboral se busca maximizar la utilidad y para ello las elecciones racionales posibles brindan la oportunidad de maximizar la ganancia, reduciendo los costos.

La teoría de la elección racional sugiere que los costos de migrar a un país con una cultura diferente se compensan siempre que la utilidad permanezca mayor a las posibilidades locales de desarrollo, emprendimiento, innovación y satisfacción. De este modo, los flujos migratorios aceptan trabajos que merman su salud ocupacional, o bien, aún y cuando su salud no es favorable, aceptan trabajos que deteriorarán y acelerarán las enfermedades, propiciando accidentes y comprometiendo la fuente laboral y de ingresos.

En el caso de talentos que migran de países expulsores a países receptores, los flujos migratorios siguen una lógica de selectividad que consiste en generar ingresos a partir de sus aptitudes y habilidades en la producción de conocimiento, mano de obra especializada que, sin embargo, se somete a los procesos de aculturación más exacerbados y por tanto son más proclives a enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio: cardiovasculares y cerebro-musculares (García et al., 2013)

La teoría del capital humano sugiere que las exigencias del mercado en la especialización de los procesos productivos suponen un decremento de la salud personal de talentos que se ven sometidos a un estrés galopante, así como a una espiral de violencia que reduce sus capacidades de relaciones públicas a su mínima expresión y confine sus habilidades y conocimientos a procedimientos técnicos desvinculados de las necesidades comunes de la sociedad (Carreón, 2013).

Es decir que las demandas del mercado internacional y local presionan a los talentos hacia una sobre-especialización de sus habilidades, separando l capital humano en capital intelectual, el cual consiste en el procesamiento de información a través de tecnologías, dispositivos y protocolos informáticos.

La teoría del capital intelectual advierte que la sobre-especialización de innovaciones tecnológicas no sólo orienta al fracaso de las mipymes emprendedoras por la distancia entre la oferta y las necesidades locales. Se trata de un factor determinante de la ruptura del circulo vicioso de pobreza, pero en un extremo opuesto, orienta el desarrollo local a una administración pública distante de la ciudadanía y una oferta galopante que supera las necesidades y las preferencias de consumidores.

Los talentos dedicados a procesar la información no sólo son empleados en organizaciones innovadoras sino, además son formados conforme a valores y normas de utilidad que supone una modificación sustancial de sus comportamientos ante la necesidad de incrementar sus capacidades.

La teoría de la acción razonada (TAR) y la teoría del comportamiento planificado (TCP), plantean a las actitudes como efectos de las creencias y como causas de las intenciones. Las actitudes son sólo valoraciones positivas o negativas en torno a un objeto. Esta concepción unidimensional de las actitudes es el fundamento esencial de ambas teorías porque entre más deliberada y planificada la actitud será más sistemática y afectará al comportamiento delimitado. En ambas teorías, el poder predictivo de la actitud depende de su función transmisora, la actitud es una variable que transfiere de los efectos de las creencias sobre el comportamiento. En el caso de la insuficiencia renal las tres teorías plantean que las intenciones y los comportamientos derivados de la enfermedad aumentan o disminuyen a través de las actitudes que las personas se forman de la insuficiencia renal (Pérez et al., 2017).

La TAR y posteriormente, la TCP; ambas aluden a las intenciones como factores intermedios entre las creencias y los comportamientos. Se trata de decisiones futuras, factibles y medibles que transmiten los efectos de creencias pasadas sobre los comportamientos futuros. Incluso, la TCP postula a las intenciones específicas como el principal determinante de los comportamientos delimitados. Se trata de decisiones enfocadas en expectativas de costos y beneficios que activan acciones delimitadas a minimizar los costos y a maximizar los beneficios (García, Bustos y Montero, 2012).

La TAR y la TCP han sido empleadas por los estudios psicológicos de la salud sexual y reproductiva para establecer las relaciones entre los factores socioculturales y psicosociales. La TAR plantea variables relativas al manejo de información a las que identifica como sistemas de creencias, evaluaciones y motivos para llevar a cabo un

comportamiento deliberado. A través de actitudes y normas, la información es reducida a intenciones de acción que explicarían el sexo consensuado, la anticoncepción y el aborto.

Sin embargo, el procesamiento deliberado de información explica un mínimo de la variabilidad de la conducta sexual y reproductiva, ya que ésta supondría acciones improvisadas, imprevistas y asistemáticas por su grado de afectividad.

En el afán de explicar sólo aquellos actos inherentes al sexo consensuado, la anticoncepción de emergencia o la solicitud de aborto inducido, la TCP es propuesta a partir de los límites de la TAR. A las variables expuestas les fueron agregadas la percepción de control. La TCP desestimo las evaluaciones de la información para introducir expectativas de control de la situación.

En el caso de la sexualidad reproductiva, la adopción sistemática de dispositivos anticonceptivos, el uso de preservativos, la procreación planificada o la interrupción asistida del embarazo, la TCP sostendría que las creencias, en tanto manejo de información relativa a probabilidades de éxito y fracaso, son determinantes indirectos de actitudes, normas y percepciones. Cada una de ellas tiene como antecedente una creencia específica que las delimita para establecer una conexión con las intenciones de llevar a cabo tales acciones. La TCP, en esta fase de procesamiento de información, plantea que las decisiones o intenciones han delimitado evaluaciones, principios y expectativas para determinar acciones puntuales en situaciones específicas o debidamente concretas. Es decir, la predicción de indicadores de comportamiento sexual y reproductivo está determinada por las probabilidades de éxito o fracaso de llevarse a cabo (Carreón et al., 2016).

Ambas teorías TAR y TCP sólo explican procesamientos de información que determinan acciones específicas, deliberadas, planificadas y sistemáticas. Por ello, comportamientos de riesgo tales como coito interruptus o ideación suicida requieren ser abordados por variables derivadas de emociones irracionales, heurísticas y espontáneas.

Sin embargo, TAR y TCP no han establecido las relaciones entre variables socioculturales y psicosociales en torno a la predicción de un comportamiento razonada y planificado.

Es posible observar que ambas teorías TAR y TCP explican la toma de decisiones en torno a la salud ocupacional como determinante del clima de relaciones laborales, variable incidente en el comportamiento organizacional, indicador de productividad y competitividad en las organizaciones implicadas en el desarrollo local (Quintero et al., 2016).

No obstante, la decisión de llevar a cabo acciones que favorezcan el bienestar subjetivo y la calidad de vida como resultado de la prevención de accidentes y enfermedades parece evidenciar una encrucijada que consiste en maximizar la utilidad a partir de estilos de riesgo, o bien, estabilizar los costos y las ganancias a partir de la salud personal como estilo de vida, centrada en el autocuidado y las relaciones libres de violencia.

La teoría de la disonancia cognitiva explica que la ambivalencia se debe a que los mensajes discriminadores provocan inestabilidad y al mismo tiempo estabilidad entre los receptores de la información. La recepción de una cantidad significativa de mensajes activa la disonancia cognitiva que consiste en aceptar o en su caso rechazar los mensajes que se desajustan o concuerdan con sus creencias, valores o percepciones (Carreón, 2016).

En efecto, el desarrollo local parece estar centrado en la toma de decisiones como antecedente del comportamiento humano. En un entorno de riesgos, la salud ocupacional es determinante del clima de relaciones que a su vez determina el clima de tareas, el clima de apoyos y el clima de innovaciones en las organizaciones avocadas a la generación de empleo para el desarrollo local.

Empero, cuando los actores en el caso de administradores públicos, gerentes de empresas y trabajadores no compaginan en cuanto a la prevención de accidentes y enfermedades, entonces el circulo virtuoso de fragmenta y repercute en la salud ocupacional.

En ese sentido, la propagación de riesgos en el ámbito laboral es un indicador de desarrollo humano y local que no siempre es acometido por los actores, las políticas, las estrategias y los estilos de vida expuestos. En este escenario, la desconfianza de los trabajadores para con sus líderes está reflejada en la improductividad y la incompetividad.

En el caso de los trabajadores, el indicador de desconfianza está en la exacerbación de sus emociones negativas hacia el trabajo, sus empleadores y el gobierno. Es el caso de emociones negativas tales como enojo, indiferencia, zozobra, indignación o indolencia que determinarán relaciones violentas al interior de las organizaciones, exacerbando las enfermedades y los accidentes, limitando la productividad y la competitividad (Sánchez et al., 2017).

La teoría del procesamiento espontáneo (TPE), plantea que las actitudes son asociaciones entre las evaluaciones del estado de salud personal o familiar. En este sentido, se trata de una concepción unidimensional en la que las actitudes son sólo razonamientos en torno a la salud. Es decir que las emociones determinan directamente a los comportamientos que los trabajadores asumen en su nicho laboral.

Contrarias al procesamiento racional, deliberado, planificado y sistemático, las emociones son intermitentes y pueden influir en la toma de decisiones como en los comportamientos de los trabajadores y sus líderes, desgastando los climas de acuerdos y consensos, apoyos e innovaciones. Otra característica de las emociones radica en que impiden el procesamiento, reflexividad y contraste de información generada al interior de las organizaciones, propiciando un clima de incertidumbre y rumores que deterioran la confianza para con los líderes y la identidad para con la organización (García et al., 2014)

Los flujos migrantes que son conducidos por sus emociones no sólo retornan al país expulsor sino, además generan la desacreditación de la economía receptora, centrada en el prejuicio y el estigma de la cultura dominante u oriunda.

Se trata de un proceso de socialización formativa profesional que tendría sus orígenes en el desarrollo moral, estableciendo diferencias normativas y valorativas entre los actores en comento. ello implica la legitimación de las diferencias, reflejadas en el circulo vicioso de pobreza, desempleo y rezago, así como la dependencia del mercado internacional y los organismos financieros globales.

La teoría del desarrollo moral (TDM), una de las teorías en la que se sustenta la socialización y la formación mediante la estimulación temprana sugiere tres etapas: 1) preconvencional, 2) convencional y 3) posconvencional. Se trata de una estructura cultural–cognitiva en la que los principios morales interactúan al interior de un grupo de referencia o pertenencia.

Las diferencias actuales entre las culturas migrantes y oriundas pueden ser explicadas por las diferencias futuras entre sus generaciones futuras como es el caso del proceso de desarrollo moral. En este sentido, la migración es entendida como un escenario de formación profesional que se adquiere en la infancia, pero que se forjará en la etapa adulta con base en los preceptos aprendidos.

La salud, en el contexto de la TDM está cristalizada en estilos de vida libres de violencia y auto-cuidado. Estilos de comportamiento preventivos de enfermedades y accidentes, gestión y administración de organizaciones que priorizan la salud ocupacional antes que la productividad y la competitividad.

El desarrollo, ya no en un sentido global o local sino personal es fundamentalmente una adaptación de los valores y las normas de los grupos que forman a sus futuros trabajadores y líderes. Por consiguiente, las asimetrías entre ambos grupos se intensifican conforme los valores y normas van moldeando a los grupos y sus descendientes (Sandoval et al., 2015).

En este sentido la TDM es una ampliación de la teoría de los estadios del desarrollo (TED). Precisamente, en torno al juicio moral infantil que es eminentemente cognitivo y social. Mientras que el desarrollo moral cognitivo como el último estadio, se trata de la primera fase del desarrollo evolutivo social infantil. Incluso, la TDM incorpora los niveles de interacción, formación y decisión que serán determinantes en la etapa adulta de los futuros trabajadores y líderes.

La TED diría que la migración, la salud y el desarrollo son parte de un proceso aprendido en la infancia y que los escenarios de riesgo e incertidumbre no hacen sino moldear la personalidad del futuro trabajador o líder que, en su infancia adquirió las bases de sus estilos de vida, toma de decisiones y clima de relaciones laborales.

Empero, el ámbito organizacional es de suma importancia porque establece reglas de juego diferentes conforme al tamaño, el tipo, el clima y la cultura laboral. Es por ello que la teoría de la ecología del desarrollo humano (TEDH) incluye los preceptos de las TDM y la TED para evidenciar las diferencias entre las organizaciones al momento de enfrentar las demandas del entorno (Carreón et al., 2017).

La TEDH plantea cuatro instancias de migración, salud y desarrollo: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema en los que grupos e individuos interactúan con entornos situacionales. En efecto, la TDM plantea un crecimiento evolutivo a partir de la interacción con el entorno del grupo al que pertenecen los niños. Dicho entorno se presenta en situaciones que deben ser juzgadas. En tanto dilemas de elección, las situaciones están directamente relacionadas con evaluaciones y valoraciones negativas o positivas del comportamiento de personas semejantes en situaciones homogéneas.

Si la TED plantea como un proceso sistemático de influencia parental sobre las habilidades, capacidades y competencias de sus hijos. Sin embargo, la TED sólo explicaba la evolución cognitiva conductual. En este sentido, el desarrollo moral inicia el desarrollo sociocognitivo. Si la TDM, explica los procesos sistemáticos de interacción entre los grupos a los que pertenecen los niños y las situaciones ambientales y contextuales a las que se exponen eligiendo, enjuiciando y valorando dichas convenciones. Entonces, la TEDH sostendrá que el desarrollo local no se gesta en el presente sino en el futuro y más propiamente en el pasado de los futuros trabajadores y líderes de organizaciones dedicadas a transformar el desarrollo endógeno.

En pocas palabras, a pesar de que los enfoques teóricos han explicado fehacientemente el proceso de desarrollo personal, grupal, comunitario, barrial, local o global son los modelos los que han permitido instrumentar los fundamentos de políticas de desarrollo, fomento empresarial y sustitución de importaciones ante el liberalismo del mercado y la desregulación estatal.

Modelos

Los modelos empleados por las ciencias económico administrativas y las ciencias de la salud para explicar el proceso de flujos migratorios, salud pública y desarrollo local son: a) modelo de acción razonada, b) modelo de comportamiento planificado y c) modelo de comportamiento improvisado (Carreón, 2017).

Sobre el particular, los estudios psicológicos han desarrollado dos modelos para predecir el rechazo o la aceptación de un tratamiento médico orientado por la visión global de la salud pública. Se trata del modelo de la acción razonada (MAR) y el modelo del comportamiento planificado (MCP), pero en la medida en que la visión de la salud pública se ajustó a los requerimientos locales, el modelo de comportamiento improvisado (MCI) cobró especial relevancia en la aproximación de la gestión y la administración pública con respecto a la ciudadanía.

El MAR explica los hechos observablemente deliberados que llevan a cabo personas a partir de sus expectativas, creencias y evaluaciones en torno a un objeto, persona o proceso. Se trata del primer acercamiento a la predicción del comportamiento, considerando las relaciones causales de variables circunscritas a un sistema cognitivo como determinantes del accionar humano. El MAR es un sistema cognitivo en el que las normas y creencias son consideradas variables exógenas que relacionan al MAR con otras variables de orden cultural. En dicho sistema cognitivo, las actitudes y las normas personales transmiten los efectos externos de las variables evaluativas, normativas y de creencia. Otra variable fundamental es la intención conductual que no sólo transmite los efectos de las otras variables. Además, delimita la predicción del accionar humano en un contexto de decisiones que incrementan la probabilidad de llevar a cabo una acción favorable o desfavorable al procesamiento deliberado de la información (García et al., 2015)

Sin embargo, los límites del MAR, consideran que la generalidad de una variable antecedente no podría explicar o predecir la especificidad de una variable consecuente. A decir de estos autores, las relaciones causales entre las variables deberían de tener el mismo nivel de especificidad para entablar una asociación significativa (García, Carreón y Aguilar, 2015).

El MCP, acorde a los límites del MAR para explicar o predecir el comportamiento deliberado y planificado. En principio, la incidencia de variables normativas y evaluativas externas al sistema cognitivo fue delimitada. Es decir, el comportamiento planificado es un comportamiento deliberadamente sistemático en el que las creencias son sus determinantes indirectos y las intenciones junto con la situación de control son sus determinantes directas. En la medida en que un individuo adopta creencias relativas a un objeto, proceso o persona incrementa sus probabilidades de llevar a cabo un acto

deliberado y planificado. El MPB es un sistema cognitivo delimitado de creencias relacionadas causalmente con actitudes, percepciones, normas e intenciones sistemáticas alrededor de comportamiento (Sandoval et al., 2017).

No obstante, el MAR y MCP aluden a objetos, personas o procesos deliberados, planificados y sistemáticos en torno a los cuales, las enfermedades, los tratamientos y los profesionales de la Salud Pública, entre ellos las trabajadoras sociales, parecen discrepar.
En el caso de las actitudes hacia la salud pública y específicamente las actitudes hacia las enfermedades y los accidentes ocupacionales el MAR y el MCP debieran predecir la aceptación o rechazo al tratamiento. Sin embargo, los estudios psicológicos de la salud pública, indican que los procesos emocionales, más que los procesos cognitivos, determinan la adherencia un tratamiento. Es decir, la aceptación de una rutina de medicación y alimentación específica de tratamiento médico parece depender de los estados de ánimo, las emociones, confianza, afinidad, simpatía y demás procesos afectivos (Carreón y Hernández, 2013).

En este sentido, las actitudes de orden afectivo cobran especial relevancia puesto que explican las condiciones y los perfiles de asistencia médica que favorecen la adherencia a un determinado tratamiento.

En contraste, el MCI, explica el efecto del microsistema sobre los procesos cognitivos y conductuales de orden afectivo y racional. En la medida en que el microsistema afecta la autoestima, se incrementa su incidencia en la actitud hacia el hedonismo y sus decisiones improvisadas que determinaran conductas de riesgo (Carreón, 2013).

En otra ruta de predicción, el microsistema afecta negativamente las percepciones de autoeficiencia y autocontrol, que al disminuir aumentan las decisiones espontáneas que determinarán la aversión al futuro o la planificación.

En el MCI la actitud hacia el hedonismo es de suma importancia puesto que explica las disposiciones favorables hacia el riesgo presente en detrimento de la planificación futura. Se trata de disposiciones emotivas que se incrementan a medida que el microsistema se aparta de un entorno planificado y se aproxima a una situación caótica (García et al., 2016).

El MCI incluye variables de orden afectivo y racional que son transmisoras de los efectos de un microsistema o entorno sanitario favorable o desfavorable a la deliberación y planificación. A diferencia del MAR y el MCP, el MCI establece relaciones causales entre variables cognitivas que sólo reciben influencia del entorno inmediato en el que se desarrollan.

En los casos del MAR y el MCP, las creencias suponen la incidencia de factores exógenos de orden económico, social, político o cultural, sin considerar el entorno como filtro mediador de tales factores extra-cognitivos (Carreón et al., 2013)

En el caso del MCI, el microsistema es un escenario que filtra la incidencia de variables externas y las delimita para enfrentar alguna discrepancia, contradicción o disyuntiva inherente a las percepciones, actitudes, intenciones o comportamientos personales. En este sentido, la variable determinante principal del MCI es el microsistema y la variable mediadora esencial es la actitud emocional hacia el comportamiento improvisado.

El MAR incluye ocho variables para conformar un sistema de creencias, motivaciones y evaluaciones en torno a la predicción del comportamiento humano. En el caso de las actitudes, éstas son modeladas como transmisoras de los efectos, evaluativos y motivacionales. La norma subjetiva y la intención conductual también son mediadoras, pero a diferencia de las actitudes, sólo incluyen una dimensión no racional. En el caso de las dimensiones actitudinales, el MAR considera racionales las disposiciones hacia el comportamiento (Carreón, 2016).

Sin embargo, el MAR establece predicciones generales del comportamiento que no siempre seguían una relación lineal. Puesto que las actitudes están relacionadas indirectamente con las conductas, el MPB reestructuró las creencias para relacionarlas directamente con las actitudes, normas y percepciones como transmisoras de sus efectos sobre los comportamientos.

El MCP especifica tres dimensiones de creencias que corresponden a tres variables mediadoras entre las que se encuentra la actitud hacia la conducta. A diferencia del MAR el MCP suprime las variables evaluativas y motivacionales para diversificar las creencias en conductuales, normativas y de control. Incluso, el MCP agrega la percepción de control real como variable exógena determinante de la percepción de control y el comportamiento (García et al., 2011).

En esencia, el MCP es más específico que el MAR al momento de establecer una relación causal indirecta entre las creencias y los comportamientos a través de las actitudes, normas y percepciones. Ambos modelos delimitan la función actitudinal como variable transmisora de los efectos de variables exógenas, que en ambos casos corresponden a las creencias.

Sin embargo, el MCP sugiere que las creencias son a su vez, transmisoras de los efectos de variables económicas, políticas y sociales sobre el sistema de creencias y comportamientos personales.

La ambigüedad de las actitudes es redefinida por los modelos que consideran a las actitudes como mediadoras de la relación causal entre las creencias y el comportamiento, pero al considerar a las actitudes como disposiciones racionales y sistemáticas, olvidan el factor afectivo que podría explicar el desconocimiento de las ETS y la no adherencia a un tratamiento (García et al., 2015).

En el caso de los profesionales de la salud, las trabajadoras sociales entre ellos, las actitudes emotivas pueden explicar fehacientemente la relación entre creencias y comportamiento como un sistema emocional más que un sistema racional. Puesto que la afectividad hacia la profesión, el servicio y el entorno resulta fundamental para explicar el comportamiento de los profesionales de la salud, es indispensable un estudio actitudinal que refleje las emociones en torno a los derechohabientes con alguna ETS en un hospital público.

En este sentido, las actitudes de orden afectivo hacia un comportamiento están relacionadas con los comportamientos improvisados o de riesgo, los cuales impiden la prevención de ETS, al ser significativos para los individuos con una propensión al presente (comportamiento hedonista de riesgo) y aversión al futuro (comportamiento deliberado y planificado).

Los tres modelos (MAR, MCP y MCI) consisten en el impacto de intervenciones para incidir sobre la adherencia al tratamiento de enfermos. Dicho modelo contempla la canalización y el seguimiento, así como sus efectos en las actitudes de profesionales de la salud (Carreón, De la Cruz y De los Santos, 2015).

En el caso de la salud ocupacional los tres modelos plantean que las intenciones y los comportamientos derivados de la enfermedad aumentan o disminuyen a través de las actitudes que las personas se forman de la salud y el trabajo (García et al., 2016).

Sin embargo, los tres modelos anteriormente esgrimidos no plantean configurar factores a partir, tanto de razonamientos como de afectos e intenciones en torno a una determinada enfermedad. A partir de los modelos se realiza una exploración del impacto que tienen las enfermedades y los accidentes sobre factores estresantes para trabajadores y líderes.

Si los modelos actitudinales (MAR. MCP y MCI) sostienen que en los individuos, grupos y sociedades se forman deliberadamente y se activan espontáneamente, las disposiciones que determinarán sus intenciones y comportamientos, entonces es menester establecer la relación existente entre variables socioeconómicas y normativas para explicar las actitudes hacia la salud pública, los profesionistas y las políticas de prevención-asistencia (Carreón et al., 2014).

La interrelación entre las variables sociodemográficas, educativas, económicas y normativas determinan las actitudes. A medida que la edad, escolaridad, ingreso y normas se incrementan, las actitudes se incrementan ya que la experiencia directa con el objeto actitudinal propicia una afectivización de la salud, así como la dinámica grupal (soporte social) en la que están inmersos.

La psicología social de la salud pública ha desarrollado diversos modelos para explicar la adherencia al tratamiento, pero uno en particular ha demostrado un poder predictivo de la conducta. Se trata del MCP que incluye la interrelación entre normas, creencias, percepciones, actitudes, intenciones y acciones específicas determinantes de una adherencia al tratamiento en situaciones de incertidumbre y riesgo (Carreón et al., 2016).

Los modelos actitudinales (MAR, MCP y MCI) sintetizan las teorías que explican la relación entre migración, salud y desarrollo local, pero además establecen las trayectorias de relaciones de dependencia entre las variables que explican la toma de decisión y el comportamiento libre de enfermedades y accidentes, así como el autocuidado en la prevención.

ESTUDIOS DE LA INCIDENCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO LOCAL

Beatriz Llamas Arechiga – Oscar Coronado Rincón

Si la sociedad del riesgo está asociada a las amenazas que suponen los avances tecnológicos, la gobernanza de la salud pública está vinculada al logro de objetivos y metas siempre que se establezca un clima favorable al trabajo interdisciplinar y las propuestas se diseminen en la comunidad, aunque su participación no este del todo definida, la adherencia al tratamiento consistirá en la participación del grupo al que los pacientes están insertos.

Los estudios psicológicos de la salud, utilizan teorías, modelos y constructos actitudinales para elaborar programas de prevención del contagio de un buen número de enfermedades. Tales investigaciones han demostrado la unidimensionalidad o en su caso la multidimensionalidad de las actitudes a partir de componentes afectivos, cognitivos e intencionales. En este sentido, las actitudes son disposiciones desfavorables o favorables, negativas o positivas en torno a las enfermedades y sus portadores.

En consecuencia, son las determinantes de la despersonalización y el prejuicio, principales indicadores de la exclusión social. Sin embargo, también son las determinantes de la confianza y la conformidad, principales indicadores de la inclusión social. En esa virtud, los tres modelos han conceptualizado la ambivalencia actitudinal observada o en su caso inferida en la exclusión e inclusión social (Carreón et al., 2014).

En este sentido, las dimensiones excluyentes e incluyentes de las relaciones entre trabajadores y líderes, supone el estudio de portadores de la exclusión social; el prejuicio, la discriminación, la intolerancia y el rechazo, portadores de la inclusión social; la solidaridad, la tolerancia y la aceptación.

Los estudios y modelos psicosociales de la calidad de vida y la salud pública incluyen variables normativas, evaluativas, decisionales, actitudinales y comportamentales que al interrelacionarse entre sí forman un sistema explicativo de la adherencia deliberada, planificada y sistemática a tratamientos, pero la inclusión de otros factores emocionales relativiza la eficacia de las variables en comento (García et al., 2013).

En el marco de los sistemas e instituciones de salud, la satisfacción, el desempeño y el compromiso laboral ha sido variables fundamentales para explicar la calidad en el servicio. Antes bien, la actitud hacia el trabajo ha sido establecida como un factor determinante del compromiso, el desempeño y la satisfacción laboral. Sin embargo, en materia de salud, la norma del grupo ha sido fundamental para explicar los conflictos de relaciones y de las tareas que pudiesen derivar en estrés; agotamiento, despersonalización y frustración.

Los estudios psicológicos actitudinales se han enfocado en su conceptualización, formación, activación, accesibilidad, estructura, función, predicción, cambio, inoculación, identidad y ambivalencia. Las actitudes han sido definidas a partir de dimensiones afectivas y racionales. Ambas dimensiones son el resultado de experiencias y expectativas. Esto implica su estructura: unidimensional o multidimensional, la cual se configura en factores exógenos y endógenos. Es decir, cuando las actitudes activan decisiones y comportamientos causan un proceso periférico, emotivo, espontáneo, heurístico y ambivalente. En contraste, cuando las actitudes transmiten los efectos de valores y creencias sobre las intenciones y acciones, son mediadoras endógenas de un proceso central, racional, deliberado, planificado y sistemático.

Los estudios psicológicos han demostrado diferencias significativas entre las actitudes hacia las personas y actitudes hacia objetos. Las primeras se refieren a estereotipos o atributos y las segundas aluden a evaluaciones o disposiciones. En ambas, la ambivalencia es un indicador de cambio cuando interaccionan creencias y evaluaciones formando disposiciones negativas y positivas hacia el objeto (Carreón, García y Hernández, 2017).

Los conflictos se forman al interior de los componentes integrados por creencias hacia el objeto. La resistencia a la persuasión, es una consecuencia de la ambivalencia actitudinal. Si el entorno amenaza la formación y la función de las actitudes éstas se adaptarán al individuo ante las contingencias. De esta suerte, las actitudes poseen dos funciones esenciales: egoístas y utilitaristas.

En el marco de las teorías actitudinales, el cambio actitudinal comprende las emociones y afectos consecuentes a los actos individuales y de los cuales las personas se sienten responsables. También se trata de la influencia social que ejercen los grupos de pertenencia o referencia sobre los individuos. O bien, la recepción de mensajes persuasivos orientados al razonamiento central, o incluso mensajes persuasivos dirigidos a la emotividad periférica. En general, el sistema actitudinal es sensible a la inestabilidad del objeto y a las variaciones cognitivas que inciden en la consistencia, estabilidad, predicción, competencia o moralidad del individuo (García, 2017).

El cambio consistente de actitudes está relacionado con su estructura multidimensional resultante de la presión mayoritaria. La diversidad de dimensiones implica una construcción consistente del cambio actitudinal. Es decir, las actitudes asumen una función de respuestas internalizadas ante situaciones constantes enmarcadas por los medios de comunicación masivo (Carreón et al., 2016).

El cambio actitudinal está relacionado con el principio disuasivo de la inoculación. Antes del ataque de mensajes persuasivos, se induce la percepción de amenazas, riesgo e incertidumbre. En general, la sobreexposición a mensajes persuasivos induce a una alta

elaboración y con ello a la persuasión. La emisión masiva de mensajes persuasivos, la motivación y las habilidades de manejo consecuentes pueden derivar en indefensión. Es decir, ante la ola de información las personas reducen su percepción de control y tienden a creer que los eventos son inconmensurables, impredecibles e incontrolables. O bien, los individuos se forman una identidad que consiste en identificarse con un endogrupo en referencia a un exogrupo.

En el proceso de indefensión, el individuo construye el cambio de actitud y su reforzamiento de desesperanza. En el proceso identitario, es el grupo el que influye en el cambio actitudinal de la persona. La indefensión es un proceso de autovalidación o profecía auto-cumplida. En contraste, la identidad es una validación convergente de normas grupales (García, Carreón y Hernández, 2016).

La influencia social del grupo de pertenencia o referencia alude a las normas mayoritarias y a los principios minoritarios orientados al cambio actitudinal. La influencia de las mayorías propicia la conformidad individual y los principios minoritarios, el conflicto y el cambio actitudinal. Recientemente, el estilo de la minoría ha resultado ser el factor de influencia social y cambio actitudinal más permanente. Es decir, la construcción de consensos mayoritarios parece tener un efecto efímero y la construcción de disensos parece ofrecer un cambio constante.

Los estudios actitudinales han establecido una discrepancia entre la ambigüedad del concepto actitudinal frente a la multidimensionalidad. Específicamente en la psicología social de la salud. La ambigüedad del término a pesar de su sistematización. Sin embargo, la variable actitudinal es multidimensional. A partir de una revisión del constructo actitudinal, se infieren al menos tres dimensiones establecidas. Una revisión sistemática del concepto actitudinal permite observar la prevalencia multidimensional del constructo.
En este sentido, los estudios biopsicosociales de las enfermedades se han estudiado a partir de las actitudes. Las teorías que explican la formación, permanencia y cambio de actitudes han establecido hasta tres dimensiones para su análisis; afectiva, cognitiva e intencional. Tales dimensiones han sido asociadas con diferentes tipos de enfermedad y sus correspondientes consecuencias en la salud (Carreón 2016).

No obstante, la multidimensionalidad de la actitud. Una revisión descriptiva en torno al impacto de las enfermedades en la salud devela a las actitudes intencionales como el factor biopsicosocial que explica la calidad de la atención de las enfermedades y accidentes.

Se observan diferentes tipos de enfermedades en relación a los diferentes tipos de enfermos, los cuales debieran corresponder a múltiples dimensiones actitudinales.

Sin embargo, esta situación propicia la formación de actitudes intencionales más que afectivas o cognitivas. El impacto de las enfermedades y sus portadores en el servicio que prestan las trabajadoras sociales se observa en sus emociones y razones. Sin embargo, sus intenciones y decisiones están más cercanas al ejercicio de su profesión. A pesar de la multidimensionalidad actitudinal que consiste en tres factores; afectiva, cognitiva e intencional, la actitud hacia las enfermedades se reduce a una sola dimensión intencional porque las trabajadoras sociales tienen que realizar un registro sin tomar en cuenta sus emociones y razonamientos. Más bien sus intenciones y/o decisiones considerados como las probabilidades de llevar a cabo un registro eficiente, eficaz y efectivo, es la dimensión más cercana a lo que las instituciones de salud esperan.

Los estudios psicológicos de la salud reproductiva y sexual han establecido relaciones significativas entre sexo, edad, escolaridad, ingreso, estado civil y religión respecto al uso de anticonceptivos y aborto inducido.

No obstante, los conocimientos, creencias y actitudes sólo han sido ponderados como factores psicosociales antecedentes de una decisión o comportamiento relativos a la vida sexual y reproductiva más que como factores interrelacionados con variables socioculturales, sociodemográficas, socioeconómicas y socioeducativas. En este sentido, es menester establecer un modelo que integre la relación entre los factores expuestos para discutir la influencia de la norma subjetiva sobre las intenciones del sexo consensuado, anticoncepción y aborto inducido (Sandoval et al., 2017).

La inclusión de las variables socioculturales en relación a variables psicosociales permitirá establecer diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a indicadores específicos de intención de sexualidad reproductiva, planificación familiar y aborto asistido.

El sistema investigativo es pilar central de la prevención de enfermedades que deterioran la calidad de vida y vulneran los sistemas de salud locales al ejercer una mayor presión en los centros de salud.

En virtud de que las problemáticas de la salud pública ocupacional desde una perspectiva global, se impone que el contexto sociohistórico, se trate desde la parcela de la migración y de manera particular aquella que, por efectos de la globalización se interna en el territorio mexicano rumbo hacia los Estados Unidos de América (EUA). En otras palabras, se está aludiendo al candente tema, manifestado en el pasado reciente y en la actualidad, de la transmigración centroamericana, complementada con la mexicana hacía los EUA.

En el marco de la gobernanza de la salud pública, la adherencia al tratamiento es indicativa de la calidad de los servicios médicos y sociales en torno a los cuales las instituciones de salud adscriben sus programas (Carreón et al., 2017).

En este sentido, las estrategias de prevención son asumidas como un requerimiento de sustentabilidad financiera, pero la atención inmediata a los sectores vulnerables se ha convertido en un asunto de política pública ya que la gobernanza de la salud pública es un elemento de legitimidad. La toma de decisiones es consensuada por cuadros administrativos y operativos ante una contingencia ambiental o sanitaria.

De este modo, la gestión del conocimiento en materia de prevención de la salud supone la toma de decisiones consensuadas por investigadores, profesionales de atención médica y social, así como por las comunidades y familias en torno a los pacientes o enfermos crónico-degenerativos.

El modelo que la presente obra adopta para desarrollar sus estudios explicativos de la adherencia al tratamiento estriba en tres ejes desde los que el conocimiento es transferido de la investigación experimental a su aplicación.

En este proceso, la gobernanza clínica supone fases consultivas, deliberativas y administrativas en las que la prevención no siempre es el objetivo central dada las contingencias sanitarias, pero son las disposiciones y los dispositivos financieros los que definirían la aplicación de un programa o estrategia institucional para hacer frente a una contingencia (Carreón, Hernández y García, 2015).

Las evaluaciones positivas o negativas hacia las enfermedades pueden complementarse con las decisiones en torno al auto-cuidado, la familia, la pareja y otros grupos. Las intenciones son otra dimensión actitudinal que no se ha explorado, descrito o incluso explicado. El estado del conocimiento señala que dos son las teorías encargadas de las intenciones.

Es así como la adherencia al tratamiento es resultado de un proceso institucional en el que la calidad de la atención es considerada como un eje central de las políticas de salud, pero también implica factores psicosociales al estar centrada en la relación del médico con la familia del paciente.

La adherencia al tratamiento, a pesar de que es un indicador de políticas de atención sanitaria, no sólo está determinada por la influencia o la identidad, ni las normas o valores familiares. La adherencia al tratamiento está en función de normas sociales, pero más bien es resultado de un proceso cognitivo de racionalidad limitada.

Se trata de valores egocéntricos que explicarían la variabilidad de la adherencia al tratamiento según la enfermedad y las capacidades de los pacientes al momento de llevar a cabo su autocuidado y autogestión. En este sentido, son dos las dimensiones preponderantes de la adherencia al tratamiento. Se trata de una normativa y otra valorativa que tendría un efecto sobre factores cognitivos tales como las disposiciones, intenciones y conductas.

La dimensión normativa, como se verá en la presente obra es resultado de la influencia que el grupo ejerce sobre el individuo. En contraste, la dimensión valorativa es más bien el resultado de un proceso marginal y excluyente que lleva a los individuos a tomar la iniciativa para la atención de enfermedades crónico-degenerativas como portadores o como familiares de enfermos (García, Carreón y Hernández, 2017).

Los estudios relativos a la adherencia al tratamiento centrados en la calidad de vida del paciente +parecen mostrar que se trata de un proceso definitorio en la salud personal. En virtud de que la adherencia al tratamiento está relacionada con la salud individual y familiar, los valores egoístas parecen estar más cercanos a explicar la variabilidad de una propensión más que una aversión a un tratamiento, sin embargo, otros estudios muestran que la familia es un factor motivacional determinantes de salud personal y grupal, aunque para ello requiere de un nivel empático significativo que permita el establecimiento de redes de apoyo y lazos de confianza necesarios para el enfermo crónico-degenerativo.

El impacto de un programa de salud pública referente a la estimulación temprana como factor de calidad de vida en el sistema de educación inicial supone un modelo psicosocial de salud pública conformado por tres dimensiones en torno a las cuales los servicios sociales interactúan con la prevención y la atención inmediata.

Es importante señalar que el estado del arte relativo a la estimulación temprana, la enfoca a ésta en distintas dimensiones: emocionales, cognitivas, conductuales, morales y sociales. En este sentido, los estudios en torno a la estimulación temprana, a pesar de sus teorías y métodos interdisciplinares, exhibe un enfoque eminentemente psicológico.

El conflicto de principios endo-grupales versus exo-grupales genera cambios en torno a la socialización e identidad de los individuos. Es decir, los principios morales no sólo guían el comportamiento sino también definen los cambios emocionales, cognitivos y conductuales a partir de juicios de dilemas consistentes en situaciones cotidianas. Los principios morales, son el resultado de la interacción entre los grupos y sus integrantes. En el caso de las familias, los padres educan a sus hijos estimulando valores o principios éticos y morales, aunque en apariencia, sólo se realiza una estimulación auditiva, visual, kinestésica, emocional o sensorial (Carreón, García y Hernández, 2017).

Los estudios psicológicos de la estimulación temprana han establecido etapas, fases, áreas, factores y dimensiones de intervención para demostrar el efecto directo, positivo y significativo de las estrategias y técnicas de estimulación parentales–tutoriales sobre el desarrollo evolutivo de niños y adolescentes.

Un programa de estimulación temprana centrado en la familia advierte sobre la importancia de incluir en la dinámica familiar el desempeño escolar como un efecto del cuidado de la salud física, emocional, cognitiva y motora. El programa fue evaluado por jueces que le otorgaron validez de contenido.

Una asociación entre las necesidades detectadas del niño y su edad cronológica de desarrollo sensoriomotor. En dicha relación, la intervención del tutor–terapeuta fue determinante. Dado que el diagnóstico de las necesidades infantiles corresponde con la edad cronológica de desarrollo sensorial y motriz, la función del especialista es fundamental para incidir en el desarrollo infantil.

En tanto, la disminución de la parálisis cerebral a partir de la estimulación temprana. Durante el tratamiento, intervinieron tres áreas de desarrollo intelectual de suma importancia: audiovisual, rehabilitación física y defectología congénita. Al término de la intervención, encontraron un incremento en el coeficiente de desarrollo cognitivo conductual.

En cambio, factores de riesgo en torno al nacimiento de un grupo experimental antes y después de la estimulación. supone una disminución en los factores de riesgo del grupo experimental en comparación al grupo control. Durante el lapso de la estimulación temprana de 40 semanas, el grupo experimental alcanzó un mayor porcentaje de desarrollo cognitivo-conductual en referencia al grupo control.

En estas circunstancias, tres son las etapas del estudio: diagnóstico, planificación e intervención; a fin de describir el efecto de la ludoterapia en niños por parte de personal de enfermería y pediatría del Hospital General de San Rafael de Alajuela, Costa Rica. En la primera etapa, demostraron que los profesionales de la salud cuentan con conocimientos básicos que, por su grado de especialización han incidido en los niveles de ansiedad de los niños hospitalizados y sus familiares (Bustos et al., 2017).

Ahora bien, dos conductas antecedentes infantiles: **1.-** positiva y neutra. **2.-** sensible y atenta; ello en relación directa con cuatro conductas consecuentes maternas: sensible atenta, sensible afectuosa, afectuosa intrusiva e instrucción para observar las diferencias que fueron significativas entre dos grupos; bajo en coordinación y alto en acoplamiento. En casi todas las combinaciones se demostraron diferencias significativas, sólo en el grupo de alto acoplamiento la respuesta intrusiva fue espuria en relación a la conducta antecedente infantil.

En cambio, cinco áreas de la estimulación temprana: matemática, social, personal, cognitiva y motriz; a partir de las cuales definieron un sistema educativo estructurado orientado al desarrollo de los niños. Posteriormente, demostró cinco efectos conductuales de la estimulación temprana: socialización, identidad, responsabilidad, expresividad y responsabilidad. Sin embargo, algunos comportamientos de autocontrol e higiene no pudieron ser instaurados. En este sentido, la estimulación temprana estuvo relacionada con el pensamiento divergente, ello en clara contraposición al pensamiento lógico–matemático. Cabe señalar que la estimulación temprana incentivó la lecto–escritura, ello a pesar de las limitaciones de los tutores–terapeutas en cuanto a conocimientos de actualización de programas y estrategias de intervención (Hernández et al., 2017).

Asimismo, seis áreas, dimensiones o factores de estimulación temprana: visual, auditiva, táctil, olfativa, vestibular y sensorial; corresponden a las capacidades especiales de niños para diseñar un espacio de estimulación. El diseño contempló la analogía de un espacio recreativo en el que los materiales serían los principales estimuladores del desarrollo infantil. La propuesta también incluye la interrelación entre los espacios tomando en cuenta la creatividad de los niños quienes podrían interactuar con otros niños de capacidades especiales.

Mientras tanto, la asociación significativa de cuatro áreas de estimulación: motora, cognitiva, lecto–escritora y social. La primera dimensión se refiere a la estimulación y sus efectos sistemáticos kinestésicos en los que el niño adquiere habilidades y sobre todo, competencias o respuestas efectivas ante problemas determinados. El segundo factor se refiere al desarrollo de procesos psicológicos básicos tales como el lenguaje, la memoria y la percepción. En el tercer constructo, alude a la inteligencia o coeficiente de intelectualidad, las cuales fueron evidencia de las capacidades de comprensión de textos. Finalmente, en la última área, la estimulación es determinante de las habilidades sociales, comunicativas, discursivas e interpretativas.

Es importante apuntar que la asociación es significativa entre cinco fases de estimulación temprana. En la primera fase diagnóstica, llevaron a cabo entrevistas a los padres en torno a las capacidades de sus hijos. En la segunda fase planificaron una estructura curricular en la que la estimulación temprana sería incluida para incidir en el desarrollo integral del niño. En la tercera fase implementaron las habilidades adaptativas cuyos objetivos fueron aprender a conocer, hacer, vivir y ser. En la cuarta fase, diseñaron estrategias de mediación en la que la estimulación temprana de la institución sería complementada con estrategias de intervención familiares. En la quinta fase, llevaron a cabo estrategias de socialización e identificación familiar (Carreón et al., 2015).

Resulta significativo como las asociaciones directas y significativas entre los autorreportes parentales y las observaciones del habla de sus hijos. Establecieron dos tipos de habla: morfología irregular y morfología regular, las cuales correlacionaron

positivamente con los intervalos de emisiones de palabras y protocolos de desarrollo gramatical. Ambas morfologías se incrementaban en la medida en que aumentaban las longitudes del habla. Es decir, el desarrollo del lenguaje está asociado con la estimulación de los padres hacia sus hijos.

Desde luego no se pueden soslayar ocho etapas de la estimulación temprana para demostrar las diferencias significativas entre las técnicas de estimulación correspondientes a cada una de ellas. En la primera etapa de los cero a los tres meses, la estimulación fue más auditiva que visual en la que las gesticulaciones son importantes, pero lo son más las charlas, masajes, canciones, juegos y arrullos. En la segunda etapa de los tres a los seis meses, la estimulación mediante el cuidado, la compañía, la calma y la conversación fueron esenciales para la adquisición del lenguaje mediante el balbuceo. En la tercera etapa de los seis a los nueve meses, la estimulación auditiva tiende a ser desplazada por la estimulación kinestésica debido a que los ejercicios de torso y parietales desarrollaron sus destrezas motrices. En la cuarta etapa de los nueve a los doce meses, la estimulación sigue siendo auditiva y visual, pero en mayor medida es kinestésica ya que el balbuceo, el entrenamiento auditivo y visual, así como los juegos son esenciales para el desarrollo. En la quinta etapa de los 12 a los 18 meses el lenguaje se empieza a desarrollar con el refuerzo de conceptos en los que las palabras y los números tienen un efecto significativo en el aprendizaje de actividades cotidianas a través de la imitación. En la sexta etapa de los 18 a los 24 meses, la estimulación consistió en incentivar la narración con palabras trifásicas. En la séptima etapa de los 24 a los 30 meses, la estimulación auditiva verbal es efectuada con la lectura de libros, juegos infantiles y ejercicios nemotécnicos. Finalmente, en la octava etapa de los 30 a los 36 meses, la estimulación se llevó a cabo con la ayuda de películas y teléfonos en los que se ejercitaron los mensajes o contenidos auditivos, visuales y verbales (Quintero et al., 2016).

Por último y para concluir este rápido repaso al estado del arte en la materia, se tiene que una asociación significativa entre la estimulación temprana y el desarrollo psicomotor durante cuatro trimestres de intervención. Al principio, el 83 por ciento de las madres tenían un conocimiento insuficiente del proceso estimulativo. Al terminar la intervención sólo el cuatro por ciento tenían el mismo nivel de conocimiento.

Los estudios psicológicos de la estimulación temprana han demostrado las relaciones asociativas causales entre los principios valorativos sociales e institucionales sobre los juicios valorativos de las familias a través de las actitudes, desfavorables o favorables, de los padres en torno al desarrollo cognitivo, conductual y social de sus hijos. En tanto, juicios valorativos, las actitudes hacia los procesos de estimulación temprana son evidencia del impacto sociocultural ambiental sobre las emociones, cogniciones y comportamientos familiares y parentales. Es decir, el desarrollo de los niños depende de las situaciones y los contextos que rodean a sus familias. Dicha influencia, es mediada por

las actitudes, decisiones, intenciones y estrategias educativas instructivas de sus padres (Carreón, Hernández y García, 2015).

Los estudios actitudinales de la salud han demostrado que estas son unidimensionales que aluden a evaluaciones favorables o desfavorables sobre los objetos. Dicha dimensión explica las razones que llevan a las personas a aceptar o a rechazar los objetos actitudinales. En este sentido, en el caso de las enfermedades respiratorias, los estudios actitudinales plantean que las epidemias son evaluadas como desfavorables por los grupos a los que pertenecen los pacientes en terapia intensiva. Sin embargo, otros estudios señalan que las evaluaciones pueden ser favorables cuando se trata de enfermedades que no ameritan una estancia prolongada. Las personas tienden a evaluar positivamente a aquellas enfermedades cíclicas que activan mecanismos de prevención y tratamiento de la enfermedad. Dicha evaluación favorable hacia las enfermedades agudas es parte de un autoconcepto positivo en el que el cuidado de la salud es un factor que incrementa la imagen positiva de sí mismo.

Los estudios experimentales (control y manipulación de variables) han demostrado que la incertidumbre de los riesgos propicia la búsqueda de costos bajos y beneficios altos, frente a la certidumbre de riesgos que propicia la búsqueda de costos bajos y beneficios altos. Es decir, cuando las enfermedades son inciertas las personas se arriesgan a obtener soluciones costosas (Limón et al., 2017).

Los estudios cuasi experimentales (control de variables) sólo han demostrado que las expectativas de riesgo son activadores de creencias e intenciones en torno a una enfermedad. En tal sentido, el presente estudio explica las actitudes hacia las enfermedades respiratorias inciertas en relación a grupos en los que los individuos están inmersos.

Las ETS están relacionadas con la adherencia al tratamiento puesto que quienes reconocen una enfermedad tienden a someterse a un tratamiento. Sin embargo, el desconocimiento de una ETS implica una disposición negativa hacia las enfermedades.

Las actitudes hacia las enfermedades y hacia quienes las padecen parecen explicarse a partir del nivel de información en torno al diagnóstico y tratamiento de las ETS. Sin embargo, los estudios psicológicos de la salud han demostrado que las actitudes hacia las enfermedades tienen un alto contenido afectivo cuando no se han sufrido los estragos de una ETS. Es decir, las personas tienden a formarse disposiciones negativas hacia quienes consideran, son los responsables de su salud sin considerar el tipo de enfermedad, el tiempo de diagnóstico y la modalidad de tratamiento.

Las actitudes han sido definidas como disposiciones y evaluaciones respecto a objetos y sujetos a los que se les atribuyen rasgos negativos o positivos en torno a las consecuencias de sus actos (García, 2015).

Las definiciones actitudinales son heterogéneas en tanto son consideradas como afectos y cogniciones racionales. La diversidad de las dimensiones actitudinales impide la predicción del comportamiento a partir de creencias generales. Las actitudes al ser negativas disminuyen la calidad de la atención. Por el contrario, cuando las actitudes son favorables, incrementan la calidad de la atención a los derechohabientes de un hospital público. Se trata de una relación indirecta entre las creencias, evaluaciones y motivaciones sobre el comportamiento. En dicha relación, las actitudes transfieren los efectos de las variables exógenas sobre las variables endógenas.

Los estudios médicos en torno a la insuficiencia renal muestran un enfoque particular en sus consecuencias motoras del cuerpo humano. Estudios recientes muestra que la insuficiencia renal tiene tanto un efecto negativo sobre la nutrición, el metabolismo y el crecimiento en niños comparados con niñas. Otra consecuencia de la insuficiencia renal es la osteodistrofia la cual consiste en *el conjunto de lesiones óseas a causa de la insuficiencia renal.*

En tanto, desde una perspectiva histórica, tres etapas de evolución de la osteodistrofia. En la primera etapa de 1990 al año 2000, los estudios se enfocan en la disminución de hiperfosforemia la cual era considerada la causa principal de la enfermedad. En la segunda atapa que va del año 2000 al 2010, la exposición al aluminio fue considerada la causa de la osteodistrofia y se organizaron campañas de prevención para evitar la exposición y disminuir la prevalencia y los riesgos asociados. Finalmente, en la tercera etapa que va del año 2010 a la actualidad, los esfuerzos se concentran el evitar la supresión de la glándula paratiroidea considerada una consecuencia de la osteodistrofia (Carreón 2013).

Las consecuencias de la insuficiencia renal parecen enfocarse en las funciones motoras del cuerpo humano. La imposibilidad de movimiento a causa de la insuficiencia renal y sus consecuencias asociadas interactúan con las características sociodemográficas de los pacientes, así como de los profesionistas de la salud en la formación de actitudes hacia la insuficiencia renal.

En este sentido, los estudios psicológicos de la insuficiencia renal han establecido una relación directa entre la insuficiencia renal y las creencias en torno al control de la enfermedad. En tanto, la incidencia de la insuficiencia renal en el 60 por ciento de pacientes con creencias externas del control de la enfermedad y el 40 por ciento de pacientes que creen en un control interno de la enfermedad (Carreón, Hernández y Quintero, 2016).

La insuficiencia renal crónica y su tratamiento de hemodiálisis están implicados con variables personales, sociodemográficas y familiares. En el caso de la familia, tanto su estructura como funcionamiento tienen una asociación con el tipo de tratamiento. El tratamiento de diálisis peritonial en continua intermitente y continua ambulatoria para demostrar sus efectos en la estructura y funcionamiento familiar. Encontraron que el tratamiento de diálisis peritonial continúa intermitente está asociada a un funcionamiento familiar medio alto. En contraste, el tratamiento de diálisis peritonial continúo ambulatorio está asociado a un funcionamiento familiar medio bajo. El tratamiento de la insuficiencia renal a través de la diálisis peritonial continua ambulatoria sea complementado con un modelo de atención que facilite la adaptación del paciente al tratamiento y demás alternativas (García, 2017).

La insuficiencia renal y sus tratamientos correspondientes al incidir en la estructura y funcionamiento familiar, la calidad de vida y bienestar subjetivo, determinan los procesos psicológicos básicos de los pacientes, los profesionistas que los atienden y las familias a las que pertenecen. En este sentido la formación de grupos de apoyo y autoayuda es fundamental en el tratamiento integral de la insuficiencia renal. En la relación de la insuficiencia renal y paciente se encuentra el factor de adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

La insuficiencia renal, el tratamiento de hemodiálisis y la calidad de vida están relacionados. La insuficiencia renal y la calidad de vida relacionada con la salud están vinculadas por la disfunción sexual. Llevaron a cabo un estudio con 103 pacientes de hemodiálisis. Encontraron que el 47 por ciento de la muestra no mantenía relaciones sexuales durante el tratamiento de hemodiálisis y además tenían un índice de comorbilidad muy alto. Estos hallazgos son relevantes en la explicación de la adaptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Debido a que el desempeño sexual se inhibe con la hemodiálisis es de esperar que el paciente joven se resista al tratamiento a pesar de que es su última oportunidad para recuperar su salud. En este sentido, la insuficiencia renal significa una culpa con la que deben cargar al ser genéticamente heredable o por su estilo de vida. Las creencias en torno a la enfermedad parecen indicar que los pacientes con IRC y hemodiálisis correspondiente se culpabilizan de su situación, pero al mismo tiempo rechazan el tratamiento por la percepción negativa de verse a sí mismos como pacientes dependientes del tratamiento, profesionistas de la salud y familiares. Es decir, al verse como pacientes vislumbran un futuro en el cual no podrán alcanzar sus expectativas y objetivos de vida personal, conyugal o familiar (Pérez et al., 2017).

Las diferencias significativas entre los niveles de soporte social de la salud en relación a percepciones de esperanza, enfermedad, vitalidad y afrontamiento. Estos resultados son relevantes para los propósitos del presente estudio ya que las actitudes hacia insuficiencia renal indican el soporte social de amigos, familiares y profesionistas de

la salud en torno a la adaptación y la adhesión al tratamiento de hemodiálisis. Incluso, puede decirse que un soporte social alto tendría un efecto sobre la actitud de los profesionistas de la salud encargados de atender al paciente con insuficiencia renal a través del tratamiento de hemodiálisis (Carreón, Hernández y Quintero, 2016).

En efecto, los pacientes tienden a mostrar una adaptación actitudinal compensatoria en la diálisis peritonial continuo ambulatorio. La insuficiencia renal parece incidir en la adaptación y adherencia al tratamiento de hemodiálisis. No obstante, las variables sociodemográficas parecen no tener un efecto sobre el incremento en los niveles del tratamiento. Finalmente, una solución alterna a la hemodiálisis es el trasplante renal. Sin embargo, la cultura de la donación de órganos es limitada (Hernández et al., 2017)

A partir de los estudios esgrimidos, resulta pertinente considerar el efecto de las variables sociodemográficas sobre las actitudes de los profesionistas de la salud en torno al tratamiento de la insuficiencia renal. La abundancia de estudios en pacientes con insuficiencia renal y la escasez de investigaciones en torno a los procesos psicológicos que viven, de manera cotidiana, los profesionistas de salud son evidencia de la relevancia del estudio de actitudes hacia los pacientes con insuficiencia renal.

Los estudios psicológicos de la salud, llevados a cabo desde el año 2010, han establecido relaciones directas e indirectas entre las variables socioculturales, sociodemográficas, socioeconómicas y socioeducativas respecto a procesos psicosociales tales como conocimientos, creencias, percepciones, actitudes, decisiones y comportamientos relativos al sexo consensuado, anticoncepción y aborto inducido (García et al., 2011).

En la esfera privada, las investigaciones han encontrado representaciones ambivalentes: opinión a favor de la despenalización del aborto y en contra de la práctica abortiva a través del inadecuado uso de anticonceptivos. Sólo en los casos en los que el aborto implica un peligro de muerte o trastorno postraumático, la decisión es justificable. En contraste, la solicitud de interrupción del embarazo por irresponsabilidad o impericia anticonceptiva es estigmatizada. En este sentido, son inherentes estados depresivos derivados de la decisión o la práctica abortiva en mujeres con un compromiso suscrito. A medida que el compromiso con su pareja se prolonga, la elección de pareja es más evidente sobre las intenciones impersonales o unilaterales.

Las diferencias existentes entre hombres y mujeres respecto al sexo consensuado, anticoncepción y aborto inducido suponen al uso de dispositivos como instrumento de anticoncepción si las relaciones son ocasionales e infrecuentes. En los casos opuestos, el coito interruptus es la práctica sexual más prevaleciente en hombres con un compromiso

afectivo significativo. En tal sentido, el aborto está definido por el tipo de relación, duración, solides, expectativas y economía (Sánchez et al., 2017).

Las decisiones de embarazo están sustentadas en criterios que determinan la indolencia o el apoyo hacia la práctica abortiva. Hombres y mujeres evalúan maternal o paternalmente a su pareja según sea el caso. Una evaluación positiva implica decisiones compartidas. En cambio, una autoevaluación negativa determina una decisión delegada a la pareja.

No obstante, la decisión de embarazo también está influida por la evaluación de la relación que al ser calificada como poco sería incentiva la práctica abortiva. En general una relación percibida como externa a los intereses y propósitos personales incrementa las posibilidades de delegar la decisión en la mujer.

El proceso que va de impericia anticonceptiva hasta la práctica abortiva implica también una dimensión pública en la que los varones se manifiestan, en la gran mayoría de los casos, por la libertad de decisión de las mujeres a elegir o no, en cuanto a la decisión final de interrumpir su embarazo. Al respecto, los estudios en torno a conocimientos y actitudes relativas al uso de dispositivos anticonceptivos del personal de salud son significativamente diferente a la opinión pública. Este hallazgo sistemáticamente se repite en cuanto a la práctica abortiva entre edad, estado civil y religión (Quintero et al., 2016).

Los reportes de investigación expuestos coinciden en la necesidad de construir un conocimiento interdisciplinar relativo al enfoque biopsicosocial de las enfermedades de transmisión sexual. En el marco de la psicología de la Salud Pública, las actitudes hacia la heterogeneidad de enfermedades es un concepto central para explicar los efectos de los padecimientos sobre el comportamiento humano.

Sin embargo, las teorías actitudinales reconocen los límites de sus conclusiones, al advertir que las actitudes son constructos psicológicos que, si bien pueden ser inferidos de observaciones sistemáticas, también pueden ser artificios que, dada su complejidad conceptual, parecen distar de los sentimientos y emociones de los enfermos. En este sentido, la familia y los grupos a los que pertenecen los enfermos influyen en el seguimiento del tratamiento puesto que son el soporte social y de apoyo, que en muchos casos se requiere para incentivar la prevención o la rehabilitación.

Los trabajos expuestos en el presente texto parecen concluir que las actitudes son antecedentes del grado de información alusiva a una enfermedad y al mismo tiempo, son precedentes de las intenciones y acciones de afrontamiento ante los riesgos de la enfermedad.

En el caso de los profesionales de la Salud Pública, los estudios actitudinales advierten que el estrés laboral es un factor determinante de la calidad de atención al paciente. En la medida en que los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales están sujetos a presión, agotados, frustrados o despersonalizados, incrementan el periodo terapéutico de rehabilitación o bien, disminuyen el efecto de los programas preventivos. En cada uno de los niveles de atención a la Salud Pública, las actitudes parecen develar contextos de incertidumbre en el que los derechohabientes parecen basar su conocimiento y experiencia con la atención biomédica o psicosocial (Pérez et al., 2017).

En contraste, aquellos pacientes que han recabado información positiva parecen incrementar sus posibilidades de afrontamiento a las enfermedades de transmisión sexual (Quintero et al., 2016).

Respecto a las características sociodemográficas y socioeconómicas, los estudios actitudinales han establecido que el sexo y el ingreso económico mensual han determinado las actitudes hacia alguna enfermedad. Tales resultados son relevantes para la intervención del trabajo social, dado que un perfil de los usuarios del servicio público de Salud Pública, será relevante en el diseño e implementación de políticas sanitarias focalizadas a estratos sociales (García et al., 2012).

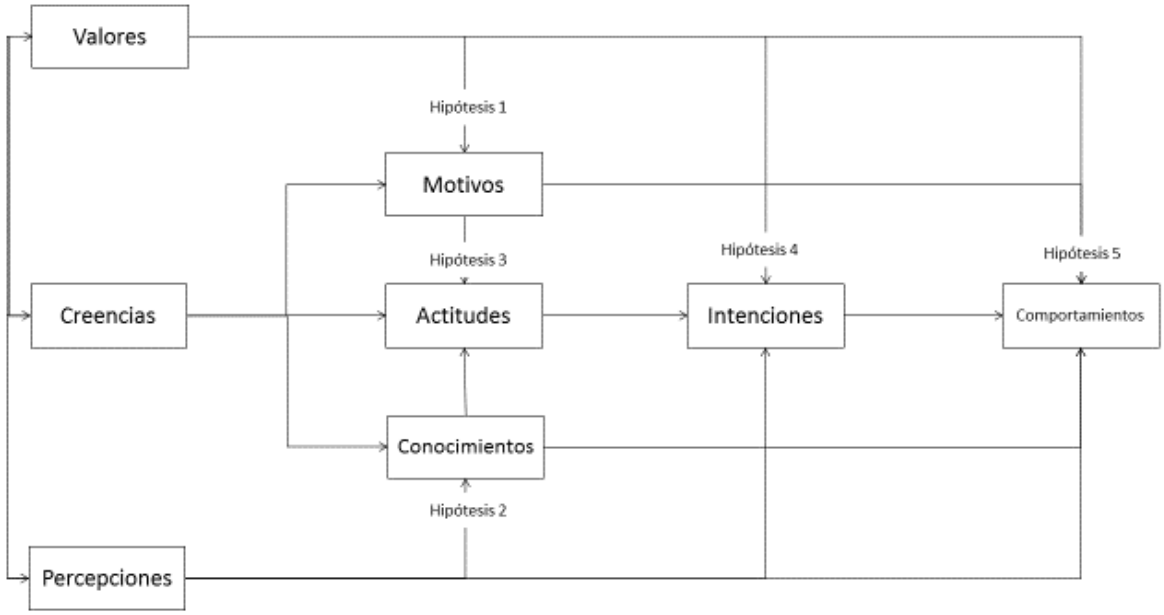
A diferencia de los estudios socioeconómicos, los estudios actitudinales son prueba contundente de la tendencia de información sobe la cognición y el accionar humano. Tal prevalencia, es fundamental al momento de diseñar los programas públicos los cuales atenderán la diversificación de enfermedades crónico degenerativas y de transmisión sexual.

ESPECIFICACIÓN DE UN MODELO PARA EL ESTUDIO DE LA MIGRACIÓN, LA SALUD Y EL DESARROLLO LOCAL

Cruz García Lirios

Una especificación consiste en el establecimiento de los ejes y las trayectorias de relaciones de dependencia entre los factores y las variables revisadas en la literatura. En tal sentido, el modelo incluye tres ejes en los que valores, creencias y percepciones de los flujos migratorios se relacionan con los usos y costumbres oriundos, incidiendo en actitudes, motivos y conocimientos que repercutirán en la toma de decisiones y el comportamiento de corresponsabilidad indicado por estilos de vida de autocuidado, libres de enfermedades y accidentes en las organizaciones (véase Figura 1).

Figura 1. Especificación de un modelo para el estudio de la migración laboral, la salud ocupacional y el desarrollo endógeno



Fuente: Elaborada con la revisión de la literatura

En el primer eje, el que va de los valores al comportamiento, a través de motivos, actitudes e intenciones, se explican la diferencias entre flujos migratorios y culturas oriundas en el marco de un mercado laboral incierto. Se trata de valores altruistas que explican los motivos de solidaridad, así como la toma de decisiones ante requerimientos de prevención de enfermedades y accidentes en el ámbito ocupacional (hipótesis 1, 4 y 5). Es el caso de flujos migratorios que se adaptan a los requerimientos locales y llevan a cabo acciones de aprendizaje intensivo para satisfacer las exigencias de sus empleadores, pero cuya negociación de priorizar su salud está ausente ya que, éstos flujos migratorios son

prescindibles para los empleadores por otros migrantes que incluso pueden ser mano de obra más barata que la anterior.

En el eje de las creencias al comportamiento, la migración es entendida como una alternativa de prosperidad que es limitada por la salud, pero que al final favorecerá el desarrollo endógeno de la localidad expulsora. Se trata de creencias de escasez de recursos locales y abundancia de recursos en el país receptor que forman actitudes favorables a la migración, pero desfavorables a la salud ocupacional, las cuales influirán en las intenciones de llevar a cabo labores de alto riesgo y que terminarán por generar una corresponsabilidad entre quienes asumen los riesgos y quienes se ven beneficiados por ésta persecución de la utilidad (hipótesis 3, 4 y 5). Es el caso de flujos migratorios de líderes y trabajadores que se deberán fragmentar para asimilar la cultura dominante que les exige una mayor eficiencia, eficacia y efectividad del clima de tareas en detrimento del clima de relaciones.

Por último, el eje de las percepciones de riesgo como determinantes de actitudes e intenciones favorables a la migración y la amenaza a la salud ocupacional como propulsores de comportamientos indicados por un alto nivel de resiliencia (hipótesis 2, 3, 4 y 5). Se trata de casos en los que los flujos migratorios son ilustrados y en tanto capital humano e intelectual están conscientes de los riesgos a su salud ocupacional, pero aceptan el trabajo ante la falta de oportunidades y la precariedad salarial de su lugar de origen.

UNA METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD PÚBLICA EN MIGRANTES

Rosa María Rincón Ornelas - Ernesto Clark Valenzuela

Planteamiento

¿Cuáles son los ejes de las trayectorias de relaciones de dependencia entre las variables esgrimidas en la revisión de la literatura –valores, creencias, percepciones, motivos, actitudes, conocimientos, intenciones y comportamientos– en relación con las observaciones y ponderaciones en el contexto de estudio?

Hipótesis

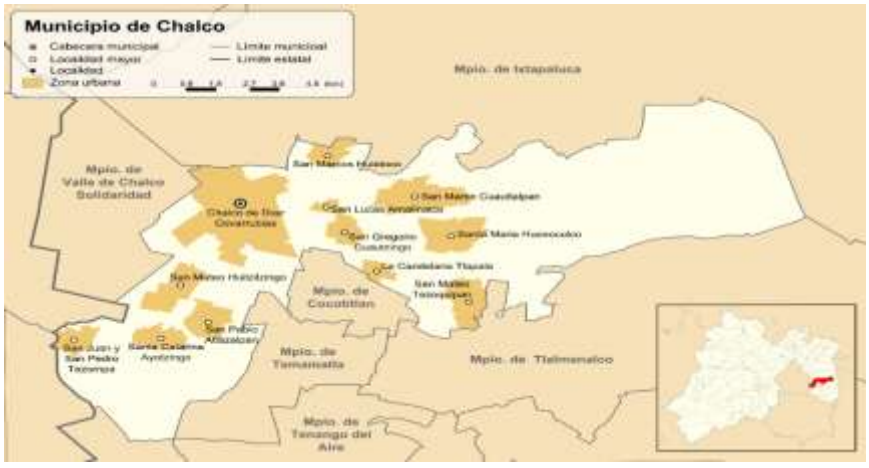
Nula: Las correlaciones entre las variables especificadas se ajustan a las correlaciones entre las variables ponderadas

Alterna: Las relaciones entre las variables reportadas en la teoría y los estudios son diferentes a las observaciones ponderadas.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en la localidad de Chalco de Covarrubias ubicada en el oriente de la zona metropolitana conurbada a la Ciudad de México, perteneciente al estado de México. La demarcación interactúa con otras comunidades tales como San Marcos Huixtoco, San Lucas Amanilalco, San Martín Cuatlalpan, Santa María Huexoculco, San Gregorio Cuatzingo, San Mateo tezoquipan, San pablo Atlazalpan, Santa Catarina Ayotzingo y San Juan Tezompa (véase Figura 1).

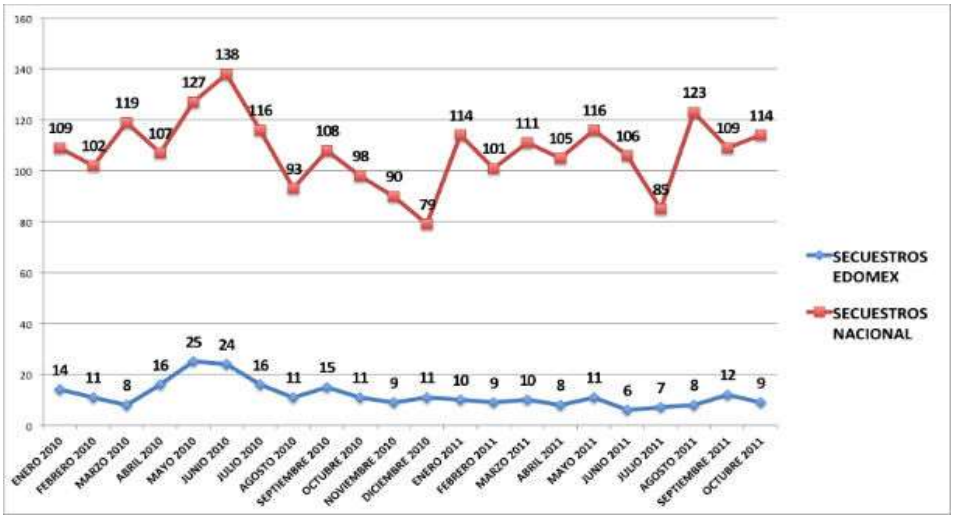
Figura 1. Demarcación de estudio



Fuente: Inegi (2015)

En el periodo que va de 2010 a 2011, la entidad federativa de la localidad se distingue por un bajo nivel de secuestros en relación con los casos a nivel nacional. A diferencia de los casos nacionales, la fluctuación de los casos estatales es mayor y por tanto supone un escenario de riesgos que incide en el desarrollo regional (véase Figura 2).

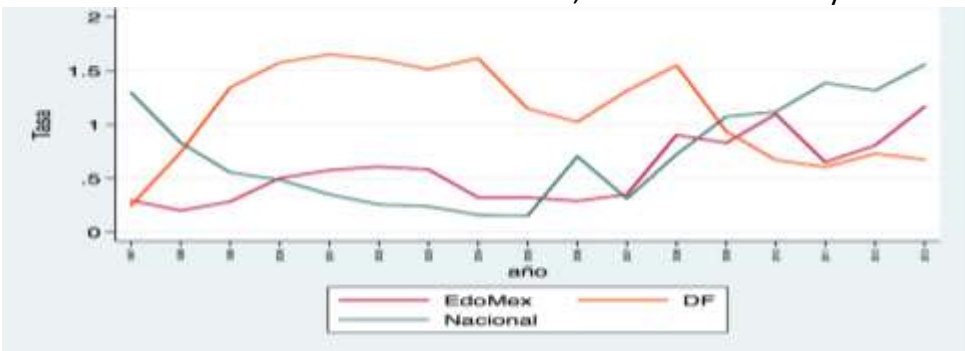
Figura 2. Tasa de secuestros comparativa entre el Estado de México y el país



Fuente: Coneval (2015)

No obstante que la variación de los casos es mayor en el Estado de México con respecto al país, los casos que corresponden a la Ciudad de México representan una mayor incertidumbre con respecto a la tasa de secuestros a nivel nacional y con respecto al Estado de México (véase Figura 3).

Figura 3. Tasa de secuestros entre Estado de México, Ciudad de México y el resto del país

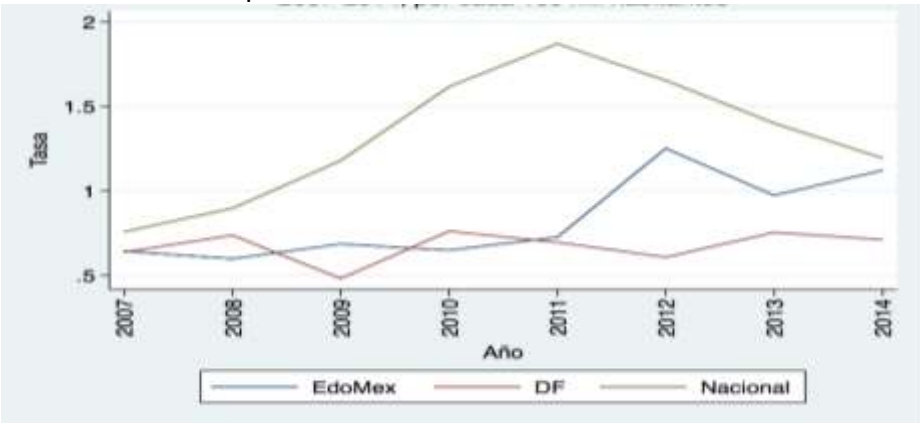


Fuente: Coneval (2015)

De este modo, los casos por cada 100 mil habitantes develan que el Estado de México es una entidad vinculada a la Ciudad de México que ha visto incrementar los secuestros en la medida en que transcurre el periodo 1997 a 2013.

Sin embargo, al observar los casos de homicidios es posible advertir que éstos se han intensificado en el Estado de México con respecto a la Ciudad de México y las demás entidades del país (véase Figura 4). En el periodo que va de 2007 a 2014 los casos se dispararon en 2011 para el caso del Estado de México y un año después en la Ciudad de México en tanto que en el resto del país se mantuvo constante en el periodo referido.

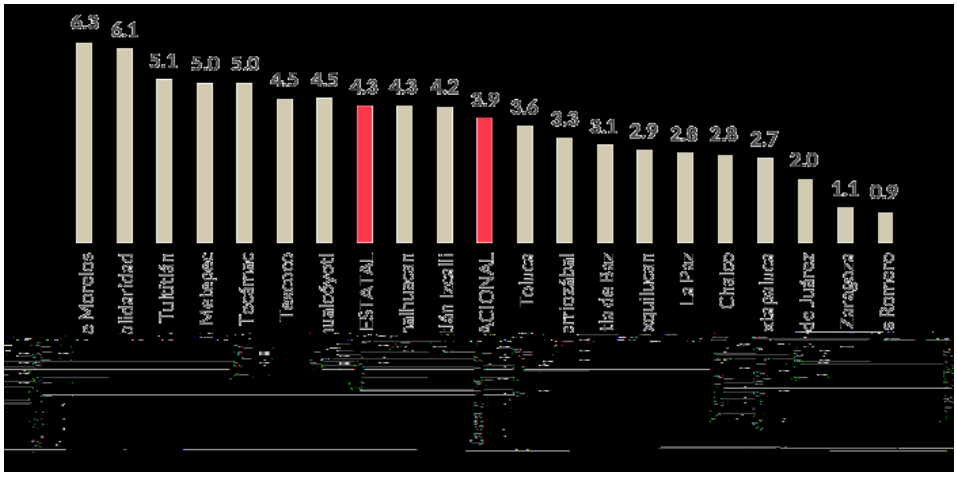
Figura 4. Tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes en entidades seleccionadas



Fuente: Coneval (2015)

En el año 2014, la tasa estatal de feminicidios se mantuvo a la par que la nacional, pero en el caso de la demarcación de estudio, ésta se mantuvo entre los últimos lugares del ranking a nivel federal como estatal (véase Figura 5).

Figura 5. Tasa de feminicios estatal con respecto a la nacional



Fuente: Coneval (2015)

Es decir que, si bien en el Estado de México los secuestros son inferiores a las demás entidades federativas, su variabilidad explicaría los homicidios y los feminicidios

Percepciones. Refiere a expectativas en torno a la salud ocupacional. “Mi jefe priorizará mis conocimientos, restando importancia a mi bienestar”.

Motivos. Refiere a ideas consistentes en torno a la salud ocupacional. “Prevendré enfermedades para evitar labores extras”

Actitudes. Refiere a evaluaciones relativas a la salud ocupacional. “Tomaré cursos de autocuidado que beneficien mi salud personal”.

Conocimientos. Información verificable y contrastable en torno a la salud ocupacional. “Tendré derecho a la salud preventiva”

Intenciones. Probabilidades de llevar a cabo una acción relativa a la salud ocupacional. “Si necesitara más dinero, trabajaría horas extras”.

Comportamientos. Acciones relativas a la salud ocupacional. “Visitaré a mi médico con más frecuencia para prevenir enfermedades”.

Procedimiento

Se encuestó a los participantes en las instalaciones de sus centros de trabajo, luego de haber solicitado el permiso correspondiente con sus jefes, argumentando que una universidad pública estaba realizando un estudio preliminar sobre la salud ocupacional y sus efectos en la productividad y la competitividad de las micros, pequeñas y medianas empresas de la localidad de estudio. Se informó a los encuestados acerca de que los resultados del estudio serían preliminares y no serían considerados para modificar las condiciones laborales, así como el ingreso o las recompensas. Se les pidió que contestarán sinceramente ya que las respuestas serían confidenciales y anónimas. La información fue procesada en el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS por su acrónimo en inglés versión 20). Se estimó el alfa de Crombach con la finalidad de establecer la consistencia de los ítems en contextos y muestras diferentes al escenario de estudio. Se calculó la validez con un análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación varimax, previa estimación de la adecuación y la esfericidad con la prueba de Barttlet y el parámetro Kayser-Meyer-Olkin. Se ponderaron las correlaciones con el parámetro r de Pearson y las regresiones con el estadístico beta. En cada uno de los parámetros estadísticos se consideró un rango de -1 a 1, asumiendo que los valores cercanos a la unidad revelarían un requerimiento superado para llevar a cabo el siguiente análisis.

LA SALUD PÚBLICA DESDE LA MIRADA DE LOS MIGRANTES EN TORNO A SU DESARROLLO HUMANO

Francisco Espinoza Morales

Las estimaciones relativas a la consistencia interna fueron superiores al mínimo requerido (alfa de 0,70) en cada una de las subescalas de valores (alfa de 0,734), pecepciones (alfa de 0,793), creencias (alfa de 0,752), motivos (alfa de 0,7500), conocimientos (alfa de 0,782), actitudes (alfa de 0,788), intenciones (alfa de 0,783), intenciones (alfa de 0,794) y comportamientos (alfa de 0,791), así como en la escala general (alfa de 0,790). Tales hallazgos significan que el instrumento en su totalidad en sus parcialidades tendría resultados similares en contextos y muestras diferentes si hubiese sido probado en una muestra representativa de la localidad de estudio. Por ello, el instrumento sólo es confiable en la muestra seleccionada intencionalmente (véase Tabla 1).

Tabla 1. Propiedades psicométricas del instrumento

Clave		M	DE	A	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
	Subescala de valores (alfa de 0,734)											
VL1	Los trabajadores se ausentarán por ir al médico	3,35	1,01	0,701	04,03							
VL2	Las trabajadoras tendrán chequeos de rutina	3,25	1,02	0,721	0,543							
VL3	Los jefes solicitarán certificados médicos	3,25	1,02	0,704	0,412							
VL4	Los líderes se preocuparán por la salud laboral	3,27	1,00	0,705	0,391							
VL5	Los jefes se interesarán en la innovación	3,53	1,03	0,702	0,493							
VL5	Los compañeros se ausentarán por la inseguridad	3,93	1,04	0,706	0,403							
VL6	Los trabajos serán inseguros	3,02	1,01	0,721	0,302							

VL7	El ámbito laboral es cada vez más accidentado	3,25	1,00	0,701	0,495		
	Subescala de percepciones (alfa de 0,793)						
PC1	Los jefes priorizará habilidades operativas	2,32	1,00	0,791		0,392	
PC2	Mi salario dependerá de mi salud	2,45	1,21	0,782		0,392	
PC3	Conservaré mi empleo si soy leal a mi jefe	2,46	1,12	0,772		0,391	
PC4	Los líderes se preocuparán por la salud laboral	2,36	1,01	0,794		0,302	
PC5	Los trabajos implementarán medidas sanitarias	2,83	1,21	0,767		0,456	
PC6	Los compañeros se cuidarán a sí mismos	2,20	1,93	0,799		0,396	
PC7	La salud será una ventaja competitiva	2,26	1,02	0,788		0,493	
	Subescala de creencias (alfa de 0,752)						
CR1	Las enfermedades mentales inhibirán las labores	2,34	1,21	0,704			0,403
Cr2	La salud mental será una ventaja comparativa	2,93	1,32	0,743			0,485
Cr3	Los trabajadores perderán horas extras	2,04	1,43	0,723			0,483
CR4	Las exigencias laborales serán recompensadas	2,91	1,25	0,741			0,301
CR5	Un ascenso permitirá estilos saludables	2,35	1,24	0,702			0,392
CR6	Los jefes darán	2,3	1,2	0,74			0,30

	ascensos por estar sano	2	6	3	2		
CR7	La prevención evita accidentes y enfermedades	2,10	1,01	0,750	0,303		
	Subescala de motivos (alfa de 0,756)						
MT1	Prevendré enfermedades para evitar más labores	3,24	1,03	0,742		0,439	
MT2	Anticiparé enfermedades para ahorrar dinero	3,54	1,04	0,734		0,392	
MT3	Prevendré accidentes para evitar más gastos	2,39	1,05	0,712		0,548	
MT4	Acudiré a chequeos médicos para faltar al trabajo	2,32	1,06	0,721		0,401	
MT5	Promoveré el autocuidado por mí mismo	3,04	1,02	0,723		0,582	
MT6	Difundiré el autocuidado para aminorar riesgos	3,16	1,01	0,744		0,405	
MT7	Promoveré estilos saludables por mí mismo	3,92	1,00	0,711		0,491	
	Subescala de conocimientos (alfa de 0,782)						
CN1	Tendré derecho a la salud preventiva	3,94	1,02	0,761			0,402
Cn2	Tendré derecho a la salud reproductiva	3,03	1,03	0,745			0,403
CN3	Tendré derechos a prestaciones por embarazo	3,51	1,04	0,756			0,301
CN4	Tendré derecho a un seguro salarial	3,25	1,05	0,772			0,493
CN5	Tendré derecho	3,2	1,1	0,72			0,49

	a descansar en el trabajo	5	1	1	3		
CN6	Tendré derecho a faltar por consulta médica	3,84	1,13	0,736	0,504		
CN7	Tendré derecho a promover la salud ocupacional	3,26	1,14	0,780	0,302		
	Subescala de actitudes (alfa de 0,783)						
AC1	Tomaré cursos que beneficien mi salud	2,21	1,02	0,749		0,301	
AC2	Acudiré a cursos de prevención para	2,03	1,04	0,771		0,394	
AC3	Leeré sobre enfermedades que me pueden afectar	2,35	1,05	0,762		0,359	
AC4	Consultaré información para evitar accidentes	2,37	1,05	0,735		0,306	
AC5	Indagaré sobre los riesgos laborales	2,34	1,02	0,761		0,384	
AC6	Acudiré al médico para evitar enfermedades	2,16	1,04	0,721		0,381	
AC7	Tomaré medicamentos para trabajar más	2,93	1,05	0,742		0,301	
	Subescala de intenciones (alfa de 0,794)						
IN1	Si necesitara más dinero, trabajaría horas extras	3,02	1,01	0,771			0,401
IN2	Si solicitara permisos, trabajaría fines de semana	3,92	1,01	0,772			0,306
IN3	Si me dieran incentivos, trabajaría doble turno	3,24	1,00	0,730			0,346

IN4	Si me premiarán, llegaría temprano	3,35	1,13	0,705		0,401
IN5	Si me apoyarán, trabajaría en casa	3,02	1,15	0,705		0,493
IN6	Si me garantizarán una plaza, me capacitaría	3,36	1,15	0,756		0,502
IN7	Si reconocieran mi valía, tomaría cursos	3,26	1,26	0,714		0,306
	Subescala de comportamientos (alfa de 0,791)					
CP1	Iré con el médico para un examen preventivo	3,01	1,02	0,701		0,301
CP2	Contestaré un test de chequeo médico	3,00	1,04	0,735		0,402
CP3	Solicitaré exámenes de salud precautorios	3,03	1,05	0,703		0,302
CP4	Reduciré el consumo de azúcar	3,04	1,06	0,771		0,384
CP5	Limitaré la ingesta de alcohol	3,05	1,03	0,736		0,394
CP6	Disminuiré las bebidas gaseosas	3,06	1,05	0,782		0,401
CP7	Compartiré mi lunch	3,02	1,05	0,83		0,406

Método de extracción: ejes principales, rotación: promax. Esfericidad y adecuación [$\chi 2 = 201,01$ (24gl) $p = 0,000$: KMO = 0,671]. M = media, DE = desviación estándar, A = Alfa de Crombach quintando la correlación del ítem, F1 = Valores (alfa de 0,734 y 20% de la varianza total explicada), F2 = Percepciones (alfa de 0,793 y 17% de la varianza total explicada), F3 = Creencias (alfa de 0,752 y 15% de la varianza total explicada), F4 = Motivos (alfa de 0,756 y 13% de la varianza total explicada), F5 = Conocimientos (alfa de 0,782 y 11% de la varianza total explicada), F6 = Actitudes (alfa de 0,783 y 9% de la varianza total explicada), F7 = Intenciones (alfa de 0,794 y 5% de la varianza total explicada), F8 = (alfa de 0,791 y 3% de la varianza total explicada). Todos los ítems

incluyen cinco opciones de respuesta: 0 = nada probable, 1 = muy poco probable, 2 = poco probable, 3 = ni probable ni improbable, 4 = muy probable.
Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Respecto a la validez, entendida como las correlaciones entre los indicadores y los factores establecidos a fin de poder establecer dimensiones de un continum de elección, deliberación, planificación, sistematización e improvisación relativa a la salud ocupacional y con respecto al desarrollo local, es posible advertir ocho factores entre los que destacan los valores que explicaron el mayor porcentaje de varianza total (20%), seguido del factor de percepciones (17%) y del factor de creencias (15%), aún y cuando cada uno de los factores alcanzó pesos factoriales superiores al mínimo requerido (0,300).

Una vez establecida la confiabilidad y la validez del instrumento, se procedió a correlacionar sus factores para indagar las trayectorias de relaciones de dependencia. La taba 2 muestra correlaciones significativas menores a 0,0001 en los casos de valores con motivos (0,48), relaciones significativas menores a 0,001 entre percepciones y conocimientos (0,41) y relaciones significativas menores a 0,01 entre creencias con motivos, conocimientos y actitudes (0,52; 0,53; 0,56 respectivamente), entre motivos con actitudes y comportamientos (0,31; 0,17 respectivamente), conocimientos con actitudes y comportamientos (0,30; 0,10 respectivamente), entre actitudes con intenciones (0,28) e intenciones con comportamientos (0,19).

Tabla 2. Correlaciones entre los factores

	Valores	**Percepciones**	**Creencias**	**Motivos**	**Conocimientos**	**Actitudes**	**Intenciones**	**Comportamientos**
Valores	1,00							
Percepciones	0,03	1,00						
Creencias	0,06	0,08	1,00					
Motivos	0,48***	0,04	0,52*	1,00				
Conocimientos	0,01	0,41**	0,53*	0,04	1,00			
Actitudes	0,03	0,01	0,56*	0,31*	0,30*	1,00		
Intenciones	0,07	0,06	0,03	0,01	0,03	0,28*	1,00	
Comportamientos	0,01	0,08	0,06	0,17*	0,10*	O,03	0,19*	1,00

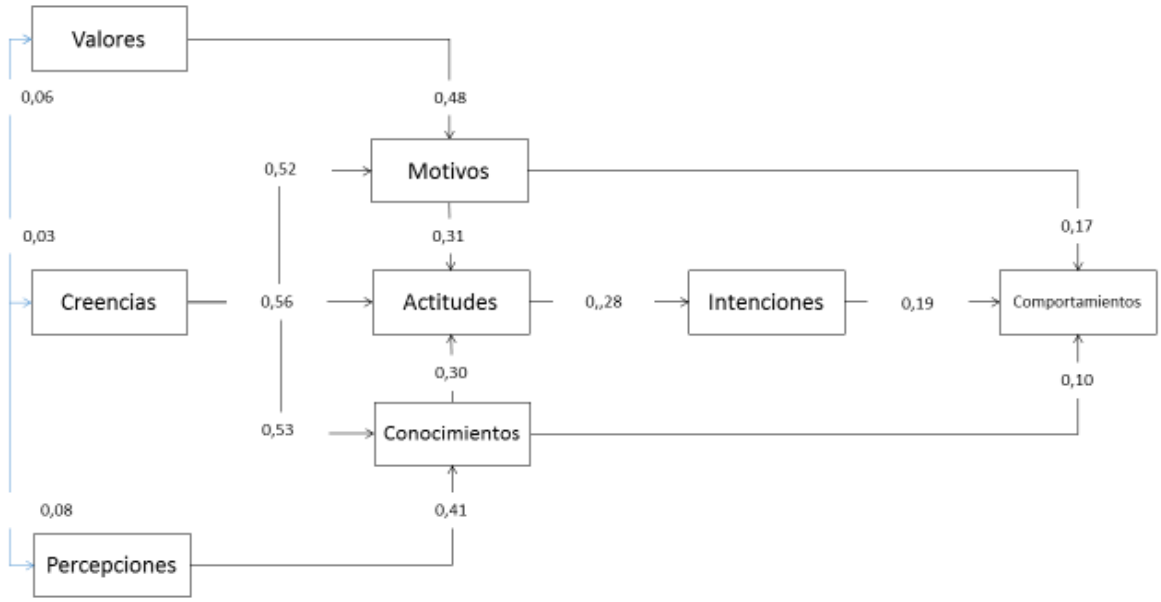
*** < 0,0001; ** < 0,001; * < 0,01

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Las correlaciones permitieron llevar a cabo la estimación del análisis de trayectorias entre los factores establecidos, siguiendo sus correlaciones la modelación de sus relaciones fue llevada a cabo. La figura 1 muestra tres ejes que van de los valores a los comportamientos, de las creencias hacia los comportamientos y de las percepciones hacia

los comportamientos, todos y cada uno de los senderos mediados por factores tales como motivos, actitudes, conocimientos e intenciones.

Figura 1. Trayectorias de relaciones de dependencia entre los factores



Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Empero, sólo en el caso de la trayectoria que va de las creencias hacia los comportamientos y que está mediada por las actitudes e intenciones el efecto indirecto (0,19) es mayor que en los otros dos ejes (017: 0,10 respectivamente).

De este modo, el factor determinante directo es la intención (0,19), pero el factor indirecto son las creencias (0,030) efecto que se obtuvo multiplicando la incidencia de las creencias sobre las actitudes (0,56) de éstas sobre las intenciones (0,28) y éstas últimas sobre los comportamientos (0,19).

Es decir que las creencias en tanto información no verificable en torno a la salud ocupacional parecen determinar indirectamente a los comportamientos de prevención de accidentes y enfermedades. Esto es así porque la información diseminada por parte del Estado en los medios de comunicación cada vez es menos creíble por la ciudadanía y, por tanto, ésta sociedad civil lleva a cabo acciones que muy probablemente serán sistematizadas conforme se ensayan, determinando su autocuidado, prevención y atención inmediata de enfermedades y accidentes en comparación a los otros ejes (valores y percepciones a comportamientos).

En otras palabras, los valores de una organización pueden ser diferentes o similares a los de los trabajadores oriundos o migrantes, pero no incidirán sobre los estilos de vida saludables. En el mismo tenor, las percepciones pueden ser de riesgos e inseguridad no afectando el autocuidado o la prevención.

Es sólo en el caso de las creencias que la información diseminada en los medios de comunicación acerca de la salud ocupacional como responsabilidad del trabajador parece tener un efecto mínimo sobre los comportamientos.

CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LA MIGRACIÓN Y LA SALUD PÚBLICA

Lidia Amalia Zallas Esquer

El aporte del presente trabajo al estado del conocimiento radica en el establecimiento de la confiabilidad y la validez de un instrumento que fue contrastado en una muestra seleccionada intencionalmente para demostrar las asimetrías entre las culturas migrantes y oriundas con respecto a la salud laboral y sus posibles repercusiones sobre el desarrollo local.

Empero, el presente trabajo fue llevado a cabo a partir de un estudio exploratorio con una selección muestral no probabilística, limitando la generalización de los resultados a otras muestras y contextos diferentes al seleccionado intencionalmente.

Se precisa llevar a cabo una selección muestra probabilística y estratificada con trabajadores migrantes y oriundos que laboran en organizaciones locales y que en su mayoría están inmersas en la propaganda de la rectoría del Estado como gestor y administrador del desarrollo endógeno. En este sentido, un estudio confirmatorio de la estructura factorial y las trayectorias de relaciones entre las variables establecidas permitirá generalizar los resultados al contexto o escenario de estudio.

Sin embargo, los hallazgos permiten discutir los límites de los marcos teóricos, conceptuales y empíricos a fin de poder delinear recomendaciones de políticas públicas, aunque principalmente se exponen aportes a la auto-gestión y auto-administración de la salud ocupacional por parte de los trabajadores encuestados.

De este modo, la teoría de la dominación social al advertir que existen diferencias históricas entre trabajadores y líderes no sólo en las relaciones de producción sino, en la transferencia de conocimientos el presente trabajo ha demostrado que, si ésta información es procesada como creencias o ideas no verificables de la salud ocupacional, entonces será posible apreciar que las diferencias se deben sobre todo a la incidencia de las decisiones sobre las acciones. Esto es así no sólo por las diferencias irreconciliables entre los actores, sino porque los trabajadores desconfían de sus líderes, pero éstos más ejercen un control a partir de esa desconfianza.

En el caso de la identidad social, la literatura expone que es el sentido de pertenencia y comunidad lo que distingue a los líderes de los trabajadores. Incluso tales asimetrías se observan entre los migrantes y los oriundos, pero en el presente estudio se ha evidenciado que los valores no inciden tanto como las creencias. Es decir que si existe un control entre los líderes o entre las culturas oriundas con respecto a trabajadores migrantes éste se gesta en la información y no en el arraigo o la lealtad hacia la organización, compañeros u oficios.

En cuanto a la elección racional que supone diferencias de procesamiento de información entre los líderes con respecto a los trabajadores el presente documento confirma este supuesto ya que, la información utilizada como medio para lograr el fin de control o manipulación explicaría las diferencias entre uno y otro grupo, aunque tales asimetrías no serían observables entre los oriundos y los migrantes.

En ese sentido, el capital humano como factor de decisiones racionales que enaltecen las capacidades de los líderes frente a los trabajadores, es cuando menos cuestionable. Es decir que, si son las intenciones las que determinan los comportamientos de riesgo o preventivos, entonces se observaría una influencia mayor que la obtenida en el presente trabajo. Por consiguiente, es menester profundizar en la correlación entre éstos dos factores con muestras de grupos diferentes.

Es así como en cuanto al capital intelectual, ventaja competitiva entre uno y otro grupo de líderes frente a trabajadores, o bien, entre trabajadores migrantes con respecto a trabajadores oriundos, no sería consistente con los hallazgos del presente estudio ya que, si bien es la intención la principal determinante de un comportamiento de riesgo o preventivo, su relación es muy cercana a cero y en tanto relación espuria más bien sugeriría otros estudios relativos a las correlaciones entre los indicadores.

Es por ello que la acción razonada como ventaja competitiva entre los grupos en comento parece ser cuestionable a la luz de los hallazgos del presente trabajo. Se trata de un proceso deliberado que no sólo ha sido poco predictivo de un comportamiento sino, además supone un proceso que en relación con la salud ocupacional ha sido minimizado por el estado del conocimiento y en el presente estudio los hallazgos reportados han sido respaldados.

Es el mismo caso del comportamiento planificado como un proceso de racionalidad sistemática que derivaría en la prevención de accidentes o enfermedades, pero que en el presente trabajo la muestra encuestada más bien advierte que tal proceso planificado es espurio.

Precisamente, es el caso de la disonancia cognitiva la que explicaría más fehacientemente los resultados obtenidos en el presente trabajo ya que, si bien la muestra encuestada parece corroborar el supuesto de que las creencias tendrían una influencia mínima en las conductas de riesgo o los estilos saludables de vida, los hallazgos también señalan que tal influencia es mínima y por tanto, los trabajadores encuestados estarían más bien inmersos en un ámbito laboral que los necesita por su labores operativas, pero que no les previene de enfermedades o accidentes.

Es por ésta circunstancia relativa a la disonancia que el procesamiento espontáneo se aproxima con mayor relevancia a la explicación del por qué los migrantes aceptan

trabajos riesgosos, aún y cuando su salud ocupacional esté comprometida. Se trata de un escenario en el que proliferan climas de relaciones que influyen en las decisiones y las acciones de los encuestados al momento de llevar a cabo conductas de riesgo y evitar acciones preventivas.

Empero, a pesar de la ausencia de un proceso racional, deliberado y planificado en la toma de decisión con respecto a la prevención de la salud ocupacional en la muestra encuestada, es posible anticipar escenarios de socialización del riesgo más que de la prevención como sería el caso del desarrollo moral en la muestra encuestada.

Si bien los valores no tienen una mayor influencia que las creencias, los resultados permitirían inferir una ética del riesgo que prevalece sobre una ética del cuidado, así como una lógica de la resistencia sobre una lógica de la precaución, el mínimo esfuerzo o el gorrón. Se trata de un proceso que más bien sugeriría que la muestra encuestada forma a sus futuros trabajadores desde la ética del riesgo y la lógica de la resistencia como factores que determinarían sus decisiones y comportamientos de riesgo a su salud ocupacional.

Esto es así porque al parecer las conductas de riesgo suponen fases o estadios de desarrollo en los que los futuros trabajadores forjarían la ética del riesgo y la lógica de la resistencia como ventaja competitiva y patrimonio de su cultura migrante ante la dominación de los oriundos o el control de sus líderes laborales

De este modo, las organizaciones en las que trabaja la muestra encuestada es un mesosistema o ecología de desarrollo que promueve el control y la dominación a través de la difusión de la ética del riesgo y la lógica de la resistencia como valores esenciales de quienes trabajan ahí y exponen su salud ocupacional a fin de poder garantizar una salud reproductiva.

Empero, la discusión más álgida estaría con los estudios similares al presente como son los casos de Bautista (2013), Bustos et al., (2017), García (2015), Hernández (2017), Limón (2017), Pérez (2017), Quintero (2017), Sánchez 82017) y Sandoval (2015). En éstos trabajos la relación entre migración, salud ocupacional y desarrollo local está centrada en el individuo y en los grupos a los que pertenecen. Los autores plantean que la identidad es el factor centra que explica la relación y a partir de este hecho la vinculan con la gobernanza.

Es decir, un proceso emergente como el de la identidad explicaría un proceso más bien divergente como el de los consensos y las corresponsabilidades, materializado en la cogestión y la coadministración. Tal explicación tendría cuando menos tres inconvenientes: 1) la identidad, como el presente trabajo lo ha evidenciado no incide sobre el comportamiento en virtud de que son, en todo caso, múltiples identidades las

que la ciudadanía asume como audiencias hay ante la información difundida en los medios; 2) la identidad en tanto elección de pertenencia a un grupo, no sería imprevista o deliberada como lo plantean los autores citados, más bien sería diversa, heterogénea y múltiple, pero en función de la información diseminada y la capacidad de procesamiento de las audiencias; 3) la identidad como sentido de comunidad, arraigo o apego a un lugar que contrasta con los valores y normas de otros contextos y que se fusiona al interrelacionarse con culturas dominantes oriundas es un proceso colateral a gobernanza y por consiguiente, una barrera que impediría la negociación, conciliación y responsabilidad compartida entre líderes y seguidores.

Es por ello que la contribución más relevante del presente estudio radica en la no explicación de la conducta de riesgo o precautoria a partir de variables que el estado del conocimiento ha trabajado como determinantes. Más se trata de un proceso todavía por descubrir en el que otras variables explicarían con mayor detalle las diferencias entre trabajadores y líderes con respecto a la salud ocupacional, factor que repercutiría en el desarrollo endógeno a través de la edificación de un sistema de gobernanza no necesariamente centrado en la identidad o elección de un grupo, lugar o red social.

Referencias

Bautista, M. (2013). *La participación, una mirada teórica de la estructuración*. En M. Bautista, Carreón, J. y Hernández, J. (coord.). La complejidad de la participación: política, ciudadana, comunitaria, social y autónoma. (pp. 19-32) México: UAEMEX

Bautista, M. y Sánchez, M. (2013). *La participación polifacética en Nezahualcóyotl.* En M. Bautista, Carreón, J. y Hernández, J. (coord.). La complejidad de la participación: política, ciudadana, comunitaria, social y autónoma. (pp. 109-150) México: UAEMEX

Bautista, M., Cadena, S. M., Compagne, J. R., Castro, A. F. y Ortiz, F. J. (2012). *Fundamentos de la agenda pública antiglobal*. En Carreón, J. y Hernández, J. (coord.). Psicología de la globalización neoliberal: Análisis de la exclusión social, la brecha digital y el desarrollo sustentable. (pp. 193-206). México: Díaz de Santos

Bustos, J. M. y Flores, L. M. (2014). *Psicología ambiental, educación y sustentabilidad*. En J. M. Bustos y Flores, L. M. (coord.). Psicología ambiental, análisis de barreras y facilidades psicosociales para la sustentabilidad. (pp. 15-46). México: UNAM-FES Zaragoza

Bustos, J. M., Quintero, M. L. y García, C. (2017). Gobernanza de la sustentabilidad local: Índice de mediatización hídrica para la Ciudad de México. *Tlatemoani, 24,* 143-159

Carreón, J. (2013). *Discursos en torno a la migración laboral, el retorno y la reincersión social a partir de la identidad grupal en Xilitla, micro-región de la huasteca potosina (Mëxico)*. En L. Cano (coord.). Pobreza y desigualdad social. Retos para la reconfiguración de la política social. (pp. 153-174). México: UNAM-ENTS

Carreón J. (2016). *Desarrollo humano: Gobernanza y emprendimiento social*. México: UNAM-ENTS

Carreón, C., Hernández, J., Morales, M. L. Rivera, B. L., Limón, G. A. y García, C. (2013). Actitudes y construcción de agenda pública. *Realidades, 3 (2),* 91-105

Carreón, J. (2013). *Discursos en torno a la migración laboral, el retorno y la reinserción social a partir de la identidad grupal en Xilitla, micro-región de la Huasteca Potosina (México)*. En L. Cano (coord.). Pobreza y desigualdad social. Retos para la reconfiguración de la política social. (pp. 153-174). México: UNAM-ENTS

Carreón, J. (2015). *Calidad de vida en estudiantes de una universidad pública del Estado de México*. En L. Cano (coord.). Política social y sociedad civil: restos para alcanzar la equidad y la justicia social. (pp. 263-286). México: UNAM-ENTS

Carreón, J. (2015). *Contraste de un modelo de violencia formativa*. En L. Cano (coord.). La problemática social en México: Una visión regional desde el Trabajo Social. (pp. 93-114). México: UNAM-ENTS

Carreón, J. (2016). *Desarrollo humano: gobernanza, desarrollo local y emprendimiento social.* México: UNAM-ENTS

Carreón, J. y Hernández, J. (2013). *Sistemas de inseguridad sociopolítica: una perspectiva desde la intervención del Trabajo Social*. En M. Castro, Chávez, J. C. y Vázquez, S. (coord.). Epistemología y Trabajo Social. (pp. 271.280). México: UNAM-ENTS

Carreón, J., De la Cruz, P. I. y De los Santos, M. (2015). La administración de temores sociales. Contrastes de un modelo de percepción de la inseguridad en México. *Ehquidad, 4,* 31-60

Carreón, J., García, C. y Hernández, J. (2017). *Las situaciones hídricas, los estilos de vida en las zonas urbanas periféricas y las luchas por el agua*. En M. E. Alvarado (coord.). Experiencias universitarias de los movimientos sociales y la acción colectiva. Una mirada al pasado y al futuro desde el presente. (pp. 105-128). México: UNAM-CEIICH

Carreón, J., Hernández, J. y García, C. (2015). Identidad migratoria en el establecimiento de agenda. *Diálogos de Derecho y política, 16 (7),* 69-87

Carreón, J., Hernández, J. y Quintero, M. L. (2016). *Especificación de un modelo de desarrollo local*. En D. Del Callejo, Canal, M. E. y Hernández, G. (coord.). Orientaciones metodológicas para el estudio del desarrollo. (pp. 149-168). México: Universidad Veracruzana.

Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M. y García, C. (2017). Políticas de fomento empresarial y sus efectos sobre las percepciones de riesgo en caficultores de Xilitla, san Luis Potosí, centro de México. *Poiesis, 32,* 33-51

Carreón, J., Hernández, J., Morales, M. L., Rivera, B. L., Limón, G. A y García, C. (2014). Hacia la construcción de una esfera civil de identidad y seguridad pública. *Realidades, 4 (1),* 23-36

García, C, Carreón, J., Hernández, J., Aguilar, J. A. y Rosas, F. J. (2016). Contraste de un modelo de calidad de vida en estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México. *Visión gerencial, 15 (1),* 8-43

García, C. (2015). Gobernanza de la delincuencia sociopolítica en México. *Revista Documentos, Reflexión y Análisis, 14,* 47-69

García, C. (2017). Los estudios psicológicos del establecimiento de agenda: especificación y discusión de un modelo de identidad conformista versus cooperativista. *Nómadas, 50,* 1-18

García, C., Bustos, J. M. y Montero, M. (2012). *Dimensiones de la sustentabilidad hídrica*. En Carreón, J. y Hernández, J. (coord.). Psicología de la globalización neoliberal: Análisis de la exclusión social, la brecha digital y el desarrollo sustentable. (pp. 117-170). México: Díaz de Santos

García, C., Bustos, J. M., Juárez, M., Rivera, B. L. y Limón, G. A. (2017). Expectativas de usuarios del servicio de agua potable en torno al abastecimiento, la calidad y las tarifas en el marco de futuras elecciones en una localidad de la Ciudad de México. *Compendium, 4 (7),* 35-54

García, C., Carreón, J. y Aguilar, J. A. (2015). Hactivismo en el establecimiento de agenda. *Realidades, 4 (2),* 127-149

García, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2016). Construcción de una agenda científica y tecnológica ciudadana. *El Punto sobre la i, 5 (27),* 64-71

García, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2017). Límites de los modelos de salud ocupacional. Estudio de la adhesión al tratamiento del asma en trabajadores migrantes adultos mayores del Estado de México. *Visión Gerencial, 16,* 103-118

García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Bustos, J. M. (2014). *Estructura de las percepciones de riesgo en torno a la escasez y el desabasto de agua global y local*. En J. M. Bustos y Flores, L. M. (coord.). Psicología ambiental, análisis de barreras y facilidades psicosociales para la sustentabilidad. (pp. 105-118). México: UNAM-FES Zaragoza

García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Bustos, J. M. (2016). *Gobernanza del riesgo desde la percepción de amenazas y el sentido de comunidad*. En S. Vázquez, Cid, B. G. y Montemayor, E. (coord.). Riesgos y trabajo social. (pp. 71-94). México: Porrúa-UAT

García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Bustos, J. M. (2016). *Gobernanza del riesgo desde la percepción de amenazas y el sentido de la comunidad.* En S. Vázquez, Cid, B. G., Montemayor, E. (coord.). Riesgos y trabajo social. (pp. 71-94). México: UAT

García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Salinas. (2016). *Gobernanza de los actores y redes de innovación tecnológica*. En M. L. Quintero, Sales, J. y Velázquez, E. B: (coord.). Innovación y tecnología. Retos para su aplicación práctica en las empresas. (pp. 79-94). México: Porrúa-UAEMEX UAP Nezahualcóyotl

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Aguilar, J. A., Rosas, F. J., Morales, M. L. y García, E. (2015). Governanza de la creatividad sociopolítica. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas, 1,* 37-44

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Aguilar, J. A., Rosas, F. J., Morales, M. L. y García, E. (2015). Gobernanza de las emociones sociopolíticas. *Revista Mexicana de Ciencias Agricolas, 1,* 45-52

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Aguilar, J. A., Rosas, F. J., Morales, M. L. y García, E. (2015). Gobernanza del hactivismo sociopolítico. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas, 1,* 53-66

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Aguilar, J. A., Rosas, F. J., Morales, M. L. y García, E. (2015). Gobernanza del sexismo sociopolítico. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas, 1,* 67-76

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Aguilar, J. A., Rosas, F. J., Morales, M. L. y García, E. (2015). Gobernanza de la vida sociopolítica. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas, 1,* 77-80

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Bautista, M. y Méndez, A. (2013). Dimensiones conceptuales de sustentabilidad para la construcción de una agenda pública y la reconceptualización del Trabajo Social. *Realidades, 3 (1)*, 26-39

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M., Valdés, O. y Vilchis, F. J. (2016). Local governance sustainability from the construction of wáter agenda. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas, 2,* 285-291

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Carbajal, C., Quintero, M. L., Sandoval, F. R. y Valdés, O. (2016). Incidencia de las políticas de micro-financiamiento sobre la percepción de emprendimiento caficultor e implicaciones para el Trabajo Social. *Equidad, 6,* 11-36

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Limón, G. A. y Morales, M. L. (2014). *Los determinantes de la preocupación hidrológica en Iztapalapa*. En J. M. Bustos y Flores, L. M. (coord.). Psicología ambiental, análisis de barreras y facilidades psicosociales para la sustentabilidad. (pp. 93-104). México: UNAM-FES Zaragoza

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Limón, G. A., Bustos, J. M. y Morales, M. L. (2011). Dimensiones conceptuales de sustentabilidad para la construcción de una agenda pública y la reconceptualización del Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social, 14,* 117-131

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Limón, G. A., Morales, M. l. y Bustos, J. M. (2013). Determinantes perceptuales de la intención de uso de Internet para el desarrollo del capital humano. *Forum Empresarial, 18 (1),* 95-119

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Méndez, A. y Bautista, M. (2013). *Modelo de los determinantes sociodemográficos de la intención de uso de Internet*. En R. M. Romero, y Pastrana, A. (coord.). Investigación aplicada sobre gestión de tecnología. (pp. 209-240). México: UAQ

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Mendoza, D., Rubio, S. y Quintana, L. D. (2014). Emprendimiento digital: Estudio de caso con universitarios de comunicación de la Universidad Autónoma del Estado de México. *Visión Gerencial, 14 (2),* 287-300

García, C., Carreón, J., Hernández, J., Montero, M. y Bustos, J. M: (2012). Sistemas de complejidad política. *Trabajo Social Hoy, 65,* 39-48

García, C., Carreón, J., Mecalco, J., Hernández, J., Bautista, M. y Méndez, A. (2014). Sistemas políticos complejos: Implicaciones para la seguridad pública sustentable. *Acciones e Investigaciones Sociales, 34¸* 186-216

García, C., Carreón, J., Sánchez, A., Sandoval, F. R. y Morales, M. L. (2016). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el liderazgo y la gestión educativa. *Ehquidad, 5,* 109-130

García, C., Montero, M. E., Bustos, J. M., Carreón, J. y Hernández, J. (2012). Teoría de la justicia sustentable. *Revista de Trabajo Social, 9,* 25-42

García, C., Montero, M. E., Bustos, J. M.., Carreón, J. y Hernández, J. (2012). Sistemas de la democracia sustentable. *Comunitaria, 4,* 123-156

Hernández, J., Carreón, J., García, C.., Aguilar, J. A. y López, L. R. (2017). *Confiabilidad y validez de un instrumento que mide actitudes hacia la sustentabilidad*. En M. L. Quintero, Velázquez, E. B. y Sales, J. (coord.). enfoques, estrategia y transdisciplina en los estudios de la sustentabilidad. (pp. 95-110). México: Porrúa-UAEMEX UAP Nezahualcóyotl

Limón, G. A., Rivera, B. L., Bustos, J. M., Juárez, M. y García, C. (2017). Gobernanza del cambio climático: especificación de un modelo de actitudes hacia los gobiernos del cambio climático. *Ciencia Política, 30,* 1-31

Pérez, G., Juárez, M., Carreón, J., Bustos, J. M., García, C. y Vilchis, F. J. (2017). Gobernanza de la sustentabilidad hídrica. *El Punto sobre la i, 6 (28),* 50-57

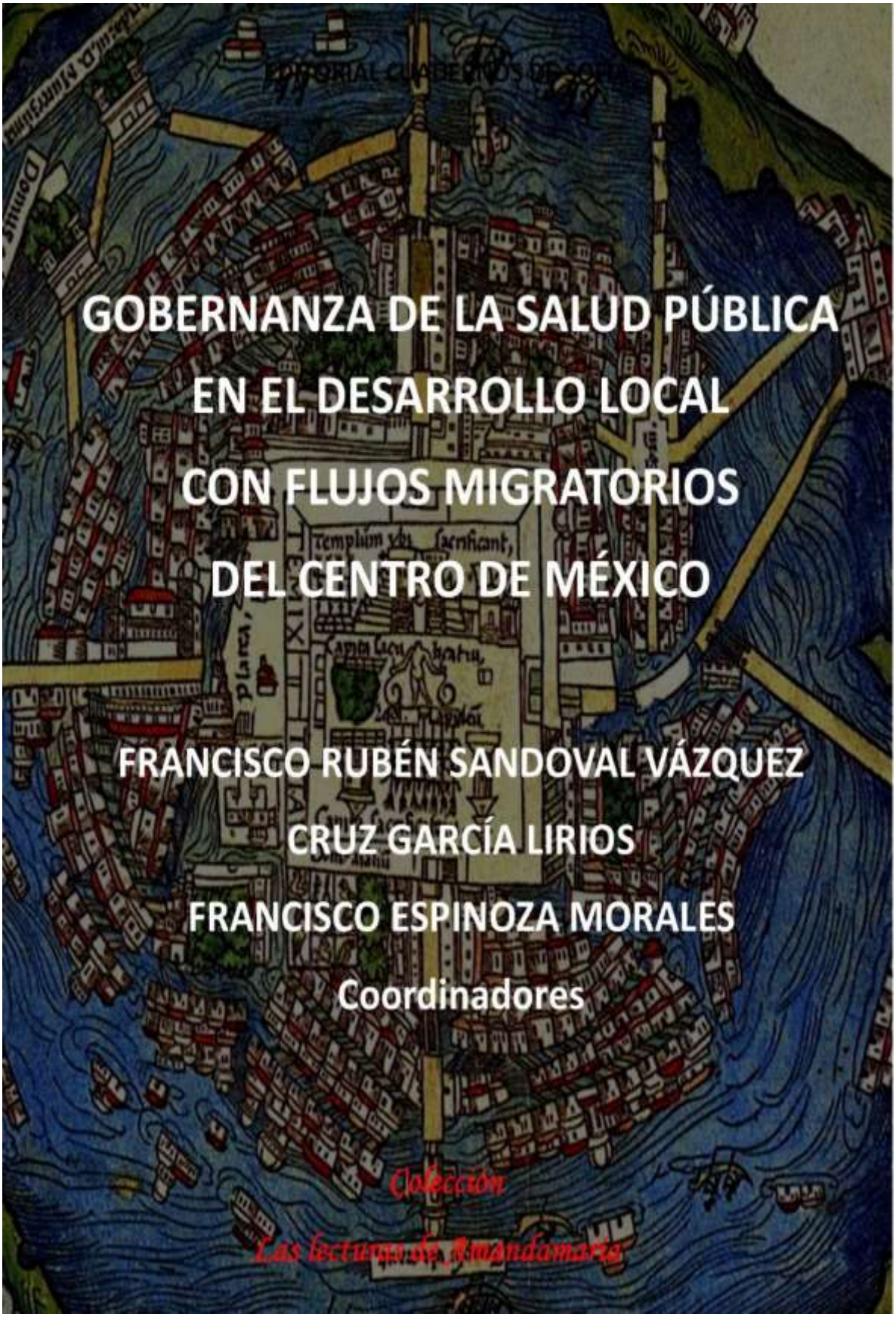
Quintero, M. L., García, C., Carreón, J., Hernández, J. y Bustos, J. M. (2016). Gobernanza de la calidad de vida y los comportamientos sustentables. *Realidades, 6 (1),* 79-88

Roqueñil, M. C. y Umbral, M. E. (2013). *La diversidad de la participación: ciudadana, política, social, comunitaria y autónoma*. En M. Bautista, Carreón, J. y Hernández, J. (coord.). La complejidad de la participación: política, ciudadana, comunitaria, social y autónoma. (pp. 33-60) México: UAEMEX

Sánchez, A., Quintero, M. L., Sánchez, R., Fierro, E. y García, C. (2017). Gobernanza del emprendimiento social: especificación de un modelo para el estudio de la innovación local. *Nómadas, 51,* 1-21

Sandoval, F. R., Carreón, J., García, C. y Valdés, O. (2015). Formailización de las relaciones de dependencia entre variables hídricas y sociales para la gestión del desarrollo local sustentable. *Caleidoscopio, 2,* 85-93

Sandoval, F. R., Carreón, J., García, C., Quintero, M. L. y Bustos, J. M. (2017). Modelo de los determinantes de la percepción de resiliencia a partir del riesgo y estrés percibidos en relación con la gobernanza de la protección civil. *Invurnus, 12 (1),* 30-35



GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO LOCAL CON FLUJOS MIGRATORIOS DEL CENTRO DE MÉXICO

FRANCISCO RUBÉN SANDOVAL VÁZQUEZ

CRUZ GARCÍA LIRIOS

FRANCISCO ESPINOZA MORALES

Coordinadores

Colección

Las lecturas de Amandamaría