

Especificación de un modelo para el estudio del autocuidado

Por Wilfrido Isidro Aldana-Balderas, Marylin Martínez-Andrade, Cruz García Lirios

Wilfrido Isidro Aldana-Balderas. Universidad Autónoma del Estado de México.

Marylin Martínez-Andrade. Universidad Autónoma del Estado de México.

Cruz García Lirios. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Introducción

El objetivo del presente trabajo fue especificar un modelo para el estudio del autocuidado, considerando que se trata de una fase posterior al diagnóstico en el que el soporte familiar, social y biomédico se orienta hacia la adhesión al tratamiento, la rehabilitación y la inserción del paciente a los ámbitos económico, político y social luego de haber superado la enfermedad o el accidente que inhibía tal proceso.

La promoción del autocuidado, para los fines del presente trabajo, alude a un sistema de cogestión de los servicios de salud orientados a la prevención de enfermedades y accidentes en los ámbitos laborales, educativos o familiares. Se trata de un proceso de establecimiento de prioridades en la agenda personal, aunque con miras a una salud pública colectiva o ambiental (Bautista et al., 2016).

Sin embargo, la promoción del autocuidado se distingue por el grado de interdependencia entre los actores implicados en la construcción de una agenda comunitaria, pública y colectiva. A diferencia de los programas de prevención y las estrategias de atención médica, la promoción del autocuidado supone un grado de emprendimiento en el que el acceso y el procesamiento de información es fundamental (Carreón et al., 2015).

Ello supone diferencias entre quienes son influidos por campañas de prevención y quienes asumen criterios de elección orientados a la construcción de un entorno favorable para su salud y la de sus semejantes. Es el caso de las organizaciones civiles dedicadas a la observación de la calidad de los servicios de salud, pero también aquellas encaminadas a la edificación de un sistema de difusión y transferencia de conocimientos con la finalidad de prevenir el monopolio de medicamentos, o bien, la gestión de unidades médicas o centros especializados en zonas estratégicas (Carreón et al., 2016).

De este modo, el autocuidado en el marco de los cogobiernos supone la construcción de un sistema de salud pública orientada por un diálogo constante entre usuarios y autoridades, pero sin excluir la participación especializada de expertos y organizaciones médicas que no sólo inciden en las políticas de salud sino, en los estilos de vida locales y comunitarios (Carreón et al., 2017).

Precisamente, en el caso de la salud dermatológica, la prevención de enfermedades supone el concurso de especialistas, sociedad civil y autoridades en aras de generar una campaña y difusión de estilos de vida higiénicos, así como de atención inmediata a los problemas de raíz local. Se trata

de un sistema de cogobierno, gobernanza o administración consensuada de los recursos financieros y profesionistas de la salud (García, Carreón y Hernández, 2014).

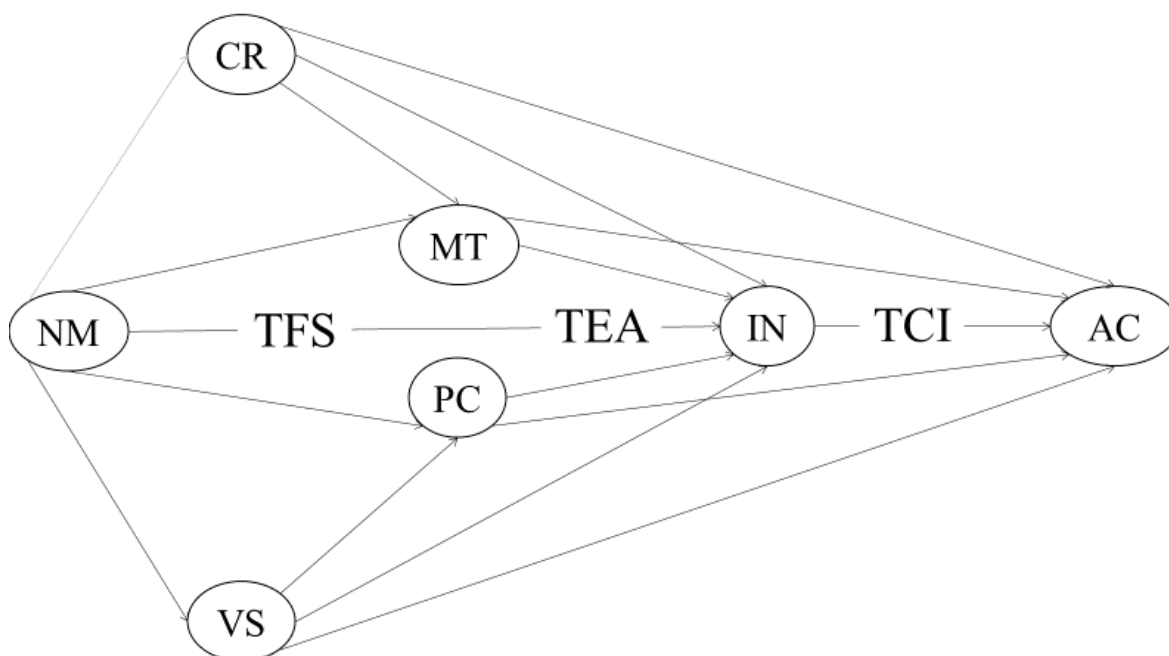
La gobernanza de la salud dermatológica es una línea de investigación que se inscribe en la División de Ciencias Sociales, disciplina de Trabajo Social, área de especialización en adhesión al tratamiento de enfermedades y la prevención de accidentes, aunque también las disciplinas de sociología, administración, enfermería, antropología y psicología, que son participes en el diagnóstico, intervención y evaluación como ejes centrales de la agenda de salud pública con énfasis en la prevención de riesgos sanitarios y la promoción de la salud y el autocuidado (Delgado, Méndez, Morales, García, Mendoza y Vilchis, 2018).

Teoría del autocuidado

La Figura 1 muestra los marcos teóricos que explican la promoción del autocuidado son:

- 1) teoría de la fiabilidad social,
- 2) teoría del establecimiento de la agenda,
- 3) teoría de la corresponsabilidad institucional (García, 2018).

Figura 1. Teoría del autocuidado



TFS = Teoría de la Fiabilidad Social, TEA = Teoría del Establecimiento de la Agenda, TCI = Teoría de la Corresponsabilidad Institucional: NM = Normas, VS = Valores, CR = Creencias, MT = Motivos, PC = Percepciones, IN = Intención, AC = Autocuidado

Fuente: Elaboración propia

La promoción del autocuidado en el contexto de los tres enfoques teóricos, es resultado de los lineamientos de las Cumbres de la Tierra en torno a los efectos del cambio climático sobre la salud pública ambiental, aunque el grado de participación de la sociedad civil establece diferencias entre las aproximaciones al momento de explicar el balance entre desafíos y oportunidades del entorno y las capacidades personales, grupales o colectivas de respuesta a éstos requerimientos externos (García, Carreón y Bustos, 2017).

De este modo, la promoción del autocuidado refiere a una desesperanza, según reza la teoría de la fiabilidad social, la cual advierte que ante una contingencia ambiental, la ciudadanía asume un rol de víctima y delega en sus autoridades su salud. En este sentido, la fiabilidad social emerge como un eje rector de los estilos de vida civiles, indicando el control del gobierno en la vida privada con respecto a la salud pública como sería el caso de las enfermedades dermatológicas cuyos brotes epidémicos pueden alcanzar a sectores vulnerados (García et al., 2016).

Si la fiabilidad social está indicada por el control de una pandemia, entonces la promoción del autocuidado consistirá en la protección civil de los grupos vulnerados como niños, mujeres y ancianos, pero si esta fiabilidad social se acentúa en contiendas electorales, entonces se extenderá a todos los sectores mediante el proselitismo y las campañas políticas (García, Carreón y Hernández, 2017).

Se trata de un fenómeno conocido como establecimiento de una agenda política electoral, la cual explica la transición de una epidemia a una promoción de la salud a partir de liderazgos políticos, candidaturas, partidos y sistemas de gobierno. Es decir que un incremento en la indefensión no sólo genera una mayor fiabilidad, sino, además, intensifica las contiendas electorales ya no centradas en problemas de empleo sino de salud (Bautista et al., 2016).

En tal escenario de establecimiento de agenda, las diferencias entre autoridades, expertos y ciudadanos se exacerban ya que, cada actor desarrolla discursos que excluyen a sus contrapartes e interlocutores. Esto es así porque los problemas de salud tienden a ser representados conforme a la información disponible en torno a una epidemia o pandemia (Carreón et al., 2017).

Una vez que el fenómeno se ha mediatizado, los programas y las estrategias de prevención dependen del sesgo de los medios al momento de diseminar la información ya que, una difusión abstracta genera desinterés y una difusión simplista provoca desconfianza, los medios son ahora responsables de las acciones preventivas, las recomendaciones de contención de la enfermedad, o bien, de los cambios necesarios en los estilos de vida para erradicar la epidemia o pandemia (García, Carreón y Hernández, 2017).

Pues bien, en un escenario de establecimiento de agenda, los expertos se muestran limitados para orientar a la ciudadanía, los gobernantes son expuestos al juicio mediático y la sociedad civil se encuentra indefensa ante los intereses de los medios de comunicación en reducir o intensificar la información concerniente a la epidemia (García, Carreón y Hernández, 2017).

En tal escenario, es menester la corresponsabilidad sociopolítica, la cual alude a estilos de vida y comunicación acordes a la prevención de enfermedades, pero también a los primeros auxilios para reducir la propagación de la enfermedad. Es en este marco que la promoción del autocuidado cobra más sentido porque se trata de una propaganda que no siempre es acorde a la difusión mediática, la cual consiste casi siempre en la desacreditación de las autoridades y la provocación de la desesperanza civil (García et al., 2016).

Si la teoría de la fiabilidad social explica un alto grado de indefensión y desconfianza de la sociedad para con sus gobernantes, la teoría del establecimiento de la agenda exagera esa

desconfianza al mostrar que las autoridades tienen prioridades diferentes a las de la protección civil, pero es la teoría de la corresponsabilidad la que vendrá a sugerir que los actores son partícipes de la construcción de un sistema de salud pública (Carreón et al., 2015).

A diferencia de la teoría de la fiabilidad social que destaca la emergencia de un sector a favor del gobierno en materia de política de salud, la teoría de la corresponsabilidad se enfoca en observar las oportunidades y su relación con las capacidades de los actores. En un contexto de epidemia o pandemia, la corresponsabilidad supone el autocuidado para evitar el contagio y la propagación de la enfermedad (Carreón et al., 2016).

Mientras que la teoría del establecimiento de la agenda centra su interés en observar el efecto de la difusión intensiva de los medios, la teoría de la corresponsabilidad advierte que el conocimiento no puede ser diseminado en los medios y más bien, en todo caso, debe ser producido por expertos y no por comunicadores, locutores, periodistas o columnistas (Carreón et al., 2017).

Precisamente, la difusión responsable de la información no sería posible observarlo en los profesionistas de la comunicación, pero sí en los profesionistas de la salud que, en todo caso, utilizarían los medios para orientar la estrategia de protección civil o acción colectiva (García, Carreón y Hernández, 2017).

Estudios del autocuidado

Los estudios del Trabajo Social de la salud dermatológica exponen que la prevención es un factor de bajo costo con respecto al tratamiento de una enfermedad adquirida por una contaminación de parásitos (Jan, Khan, Khan y Shan, 2018).

En ese sentido, un modelo para el estudio de un brote de contaminación dermatológica supone estrategias de intervención desde el Trabajo Social en instituciones de educación básica como el modelo de propagación Mckendrick, aunque la integración de otros modelos explican la problemática de contagio y los escenarios futuros de tratamiento, recontagio y prevención, advirtiendo la necesidad de llevar a cabo estrategias de prevención y promoción de estilos de vida libres de enfermedades, así como el autocuidado individual como la corresponsabilidad colectiva (Bautista et al., 2017).

La historia de la salud pública, las políticas sanitarias y los programas dermatológicos y las estrategias de prevención y promoción de la salud, son áreas de investigación y conocimiento multidisciplinarios en las que el Trabajo Social adquiere una mayor relevancia al establecer un acercamiento con grupos vulnerados tales como los infantes (Abreu, 2009).

Se estima que los costos de tratamiento superan en mayor medida a los costos de prevención, ya que por cada peso gastado en el tratamiento de enfermedades o la atención de accidentes, se gastaría un centavo en la prevención. En este sentido, ambos rubros, promoción de la salud y atención social de enfermedades, pandemias o epidemias, son temas centrales de gestión y administración en las políticas sanitarias (Carballeda, 2004).

Es decir que, cada vez más, la participación de los grupos vulnerados es significativa en la medida en que desarrollan estilos de vida y estrategias de autocuidado de su salud personal y colectiva. Precisamente, en esta fase el diálogo entre instituciones especializadas y ciudadanía es una problemática bisagra en la consecución de objetivos, elaboración de tareas y obtención de metas a corto, mediano y largo plazo por parte de los profesionistas de la salud en general y los profesionales del Trabajo Social en particular (Carballeda, 2006).

De este modo, la gobernanza de la salud dermatológica será entendida como un conjunto de políticas de inclusión de los actores gubernamentales y sociales ante una problemática de salud pública como las enfermedades dermatológicas en grupos vulnerados. Se trata de un sistema de vigilancia, seguimiento y corresponsabilidad entre las autoridades y las víctimas potenciales de enfermedades, epidemias o pandemias (Carballeda, 2008).

A diferencia de las políticas de salud centradas en la investigación, la especialización y el tratamiento, la gobernanza de la salud dermatológica es de bajo costo, incluye a todos los actores y establece acuerdos de corresponsabilidad en torno a objetivos, tareas y metas establecidas en un mediano plazo (Cheeran y Renjith, 2015).

El tal escenario, el concurso de los profesionistas de la salud pública y en particular de los trabajadores sociales es de suma importancia, ya que las estrategias son diseminadas en las instituciones y sectores más vulnerados por la contaminación dermatológica (García, Carreón y Bustos, 2017).

Los modelos de función exponencial, modelos logísticos de Quetelet, modelos de función Locka-Volterra, modelos de propagación McKendrick y modelos de tratamiento dermatológico son dispositivos de intervención para la gobernanza de la salud dermatológica en instituciones de educación pública básica con énfasis en la promoción de la salud y el autocuidado en grupos vulnerados (Valdés et al., 2017).

El Trabajo Social ha transitado de modelos de beneficencia, caridad y altruismo a modelos de diagnóstico, intervención, participación, gestión y corresponsabilidad acordes a las políticas de salud y los programas focalizados. En ese sentido, los modelos esgrimidos permiten la labor de promoción de la salud dermatológica y la difusión de innovaciones orientadas a la prevención de enfermedades en los grupos vulnerados (García, Carreón y Hernández, 2014).

En el caso de una contaminación dermatológica por parásitos, la intervención del Trabajo Social resalta por sus capacidades difusión del contagio, promoción de estilos de vida saludables libres de contaminación y estrategias de autocuidado. Se trata de dispositivos en los que el trabajador social genera información que contrarresta las creencias en torno a la propagación de enfermedades como es el caso de los parásitos (Reid, 2006).

En principio, el modelo de función exponencial permitiría la anticipación de escenarios de alto contagio y riesgos a la salud en un grupo vulnerado. A partir de estos datos el Trabajador Social de una institución de salud básica promovería mediante imágenes el escenario de deterioro de la salud por la falta de higiene y ase personal diario entre los estudiantes (Ribeiro et al., 2007).

En el caso del modelo logístico de Quetelet el profesional del Trabajo Social generaría un inventario a partir del cual las posibles víctimas de contaminación dermatológica tendrían que adoptar estilos de vida preventivos al reducir su contacto con los grupos en riesgo de contagio. De esta manera, los resultados logarítmicos permitirían tomar decisiones en contra o a favor de la separación de grupos infectados y grupos en riesgo, así como la reprogramación de sus actividades al interior del aula o fuera de ella (Walker, 2015).

Por su parte, el modelo de función Locka-Volterra integraría los escenarios de contaminación exponencial probable con los efectos de esta contaminación en los grupos con mayor riesgo y en atención a los grupos de bajo riesgo. De esta manera, el modelo permitiría anticipar escenarios probables de una nueva contaminación dermatológica que sería confrontada con una difusión sistemática e intensiva de estrategias de colaboración en torno al cuidado del medio ambiente para la evitación de un nuevo brote (Way, 2013).

Por último, el modelo de propagación McKendrick, el modelo más ajustado a los requerimientos de cooperación y solidaridad para la gobernanza de la salud dermatológica, incluye no sólo a los grupos vulnerados por la enfermedad, sino además los escenarios de interacción futuros en los que nuevos brotes en otros grupos y el recontagio de los primeros casos generaría un escenario de alto riesgo, pero con información suficiente para reducir sus efectos exponenciales y logísticos (Raudava, 2013).

A partir de estos modelos, se propuso un modelo integral en el que se especifican las relaciones de dependencia entre grupos contagiados, grupos potenciales al contagio, grupos de autocuidado, grupos potenciales de recontagio y grupos que desarrollan nuevos estilos de prevención y autocuidado (García, Carreón y Hernández, 2017).

En este escenario, la intervención del trabajo social ya no sólo sería de promoción de la salud libre de contagio, sino además la difusión de estilos de vida de autocuidado y cooperación en la prevención de la enfermedad. Se trata de un proceso de salud colectiva en el que el objetivo es la evitación de un nuevo brote, o bien, la reducción a su mínima expresión (Carreón et al., 2015).

El aporte del presente trabajo al estado del conocimiento radica en la formalización de los modelos matemáticos para el estudio de la gobernanza de la salud dermatológica en grupos vulnerados. Se trata de una discusión en torno a los alcances y límites de los modelos con la finalidad de evidenciar su utilidad en la toma de decisiones, el establecimiento de programas de prevención y difusión de estilos de autocuidado (Carreón et al., 2016).

Método

Se realizó un estudio documental con una selección no probabilística de fuentes informativas de repositorios internacionales como Dialnet, Latindex, Redalyc y Scielo, considerando el período de publicación de 1987 a 2018, así como la inclusión de las palabras clave: “gobernanza”, “salud” y “autocuidado” (véase Tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos de la muestra

Repositorio	Gobernanza	Salud	Autocuidado
Dialnet	42	32	24
Latindex	31	25	15
Redalyc	22	13	9
Scielo	16	8	3

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Se construyó una matriz de análisis de contenido, siguiendo la técnica Delphi: 1) síntesis, 2) contextualización, 3) comparación y 4) integración de los datos, los cuales fueron evaluados por jueces expertos en la temático considerando -1 para la información negativa, 0 = para la información desvinculada y +1 para la información positiva, sumando las calificaciones y estableciendo un criterio de interpretación (véase Tabla 2).

Tabla 2. Construcción de la matriz de análisis de contenido

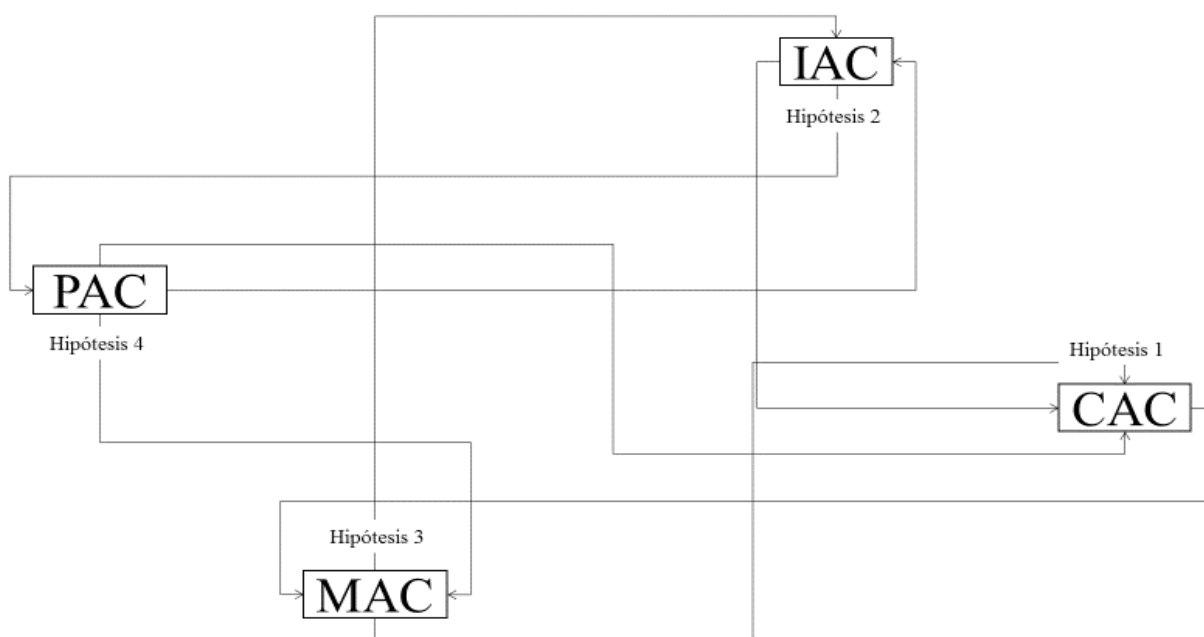
Categoría	Definición	Indicadores	Medición	Interpretación
Gobernanza	Refiere a acuerdos y responsabilidades compartidas (Villegas, Rosas y García, 018)	Satos en torno a consensos y convenios entre actores institucionales y civiles	-1 para información negativa, 0 para información desvinculada y +1 para información positiva	Un alto puntaje refiere a una gobernanza plena
Salud	Refiere a un sistema biomédico de gestión y administración de la calidad de vida y el bienestar subjetivo de usuarios (García, 2018)	Datos concernientes a enfermedades, accidentes, solicitudes, internados y defunciones	-1 para información negativa, 0 para información desvinculada y +1 para información positiva	Un alto puntaje refiere a una salud estable
Autocuidado	Refiere a una estrategia de adhesión al tratamiento y seguimiento de rehabilitación (Valdés, Vilchis, Bautista, García y Castro, 2018)	Datos relativos a disposiciones y estilos de vida libres de riesgos	-1 para información negativa, 0 para información desvinculada y +1 para información positiva	Un alto puntaje refiere a un bienestar preventivo y calidad de vida deseable

Fuente: Elaboración propia

Resultados

La Figura 2 muestra que un modelo es una representación de las relaciones entre los factores esgrimidos en la revisión teórica, conceptual y empírica.

Figura 2. Especificación de un modelo para el estudio del autocuidado



PAC = Percepciones de Autocuidado, MAC = Motivos de Autocuidado, IAC = Intenciones de Autocuidado, CAC = Conductas de Autocuidado

Fuente: Elaboración propia

La promoción del autocuidado, indicada por la fiabilidad, el establecimiento de la agenda y la corresponsabilidad, supone un procesamiento emocional y racional de la información concerniente a un problema de salud pública como una epidemia o pandemia. Esto es así porque si bien se trata de un fenómeno bioquímico, éste se transforma en un asunto de salud pública al involucrar a actores políticos y civiles en los objetivos, tareas y metas de profesionistas de la salud, los cuales pueden tener acceso a los medios de comunicación, pero son sustituidos por comunicadores, periodísticas, conductores, reporteros, columnistas o informantes acerca del problema de salud pública (hipótesis 1).

En tal escenario, la fiabilidad social que consiste en una excesiva confianza y delegamiento del poder de decisión a las autoridades, se intensifica reflejando una asimetría entre gobernantes y gobernados en materia de protección civil, cerco sanitario o atención médica. Se trata de un contexto en el que la salud pública y la promoción del autocuidado son atribuidos a las instituciones del Estado, pero los medios se encargan de desacreditar por así convenir a sus intereses de audiencias (hipótesis 2).

De este modo, la fiabilidad social exacerbada genera temas como la vulnerabilidad de la sociedad civil ante la corrupción de sus funcionarios, autoridades y directores de instituciones de salud. Se trata del establecimiento de una agenda sesgada por la difusión informativa de los medios, casi siempre centrada en la corrupción del Estado y la desesperanza civil, la cual desacredita a los actores y genera un vacío de expectativas (hipótesis 3).

Empero, tal contexto es idóneo para que la corresponsabilidad emerja como un valor y norma de los implicados. Se trata de una serie de acciones encaminadas a asumir una función responsable de acuerdo con el grado de conocimiento y acceso a los medios de comunicación en el que un escenario ideal es la promoción de estilos de vida saludables por parte de expertos (hipótesis 4).

Discusión

El aporte del presente trabajo al estado de la cuestión consiste en la especificación de un modelo para el estudio de la promoción del autocuidado como resultado de un conglomerado de factores que inciden en las políticas y las estrategias sanitarias ante una contingencia epidémica.

Sin embargo, el tipo de selección y el tipo de análisis de la información limitan el contraste del modelo a un contexto específico, el cual no incluiría otras variables como la gestión, producción y transferencia del conocimiento. Se recomienda la extensión y profundización del estudio a partir de repositorios internacionales como Ebsco, Copernicus y Scopus, así como el empleo de la minería de textos para sofisticar el análisis y poder elaborar un modelo aplicable a contextos y muestras diferentes a la descrita en el presente trabajo.

Respecto a los marcos teóricos, conceptuales y empíricos, los cuales destacan el papel de la fiabilidad, la agenda y la corresponsabilidad, el presente trabajo ha integrado cada uno los tres factores, pero ha reducido su aplicación a un contexto muy específico en el que la sociedad civil es dependiente de sus gobernantes al estar expuesta a los medios de comunicación que difunden un escenario de riesgo, amenaza e incertidumbre prevalecientes.

Por consiguiente, es menester llevar a cabo un estudio en el que se incluyan otros factores relativos al institucionalismo estatal y la participación civil en campañas de prevención como de atención inmediata a grupos vulnerados. Además, es recomendable la inclusión de aproximaciones que expliquen el comportamiento humano en situaciones de crisis de salud, o bien, teorías que describan la acción gubernamental ante la escasez de recursos.

Respecto al trabajo de Carreón et al., (2017) en el que la identidad es el factor hegemónico para explicar los efectos de la salud pública en los estilos de vida individuales, el presente trabajo advierte que la promoción del autocuidado es un asunto público y como tal es menester el concurso de otros actores no civiles ni gubernamentales para explicar la complejidad de un sistema de salud pública. Empero, es recomendable incluir la teoría de la identidad social en el modelo para expandir los alcances del mismo a comunidades que se distinguen por su grado de apego al lugar, su arraigo al origen y su sentido de comunidad.

En contraste, el trabajo de García, Carreón y Hernández (2017) en el que la adhesión al tratamiento es el factor clave de coincidencia entre expertos, autoridades y ciudadanos, el presente trabajo advierte que la fiabilidad social es una adhesión al tratamiento exagerada de los usuarios del servicio médico con respecto a sus autoridades. En ese sentido, la exclusión del ciudadano de su propia salud personal y colectiva supone una agenda centrada en la protección estatal y la atención biomédica, soslayando la importancia de la familia en el tratamiento o la rehabilitación.

Sin embargo, es necesario incluir a la adhesión al tratamiento como indicador de la fiabilidad sociopolítica ya que, ambos evidencian un escenario de dependencia de la ciudadanía con respecto a un conocimiento o a una gestión de servicios de salud comunitaria o pública.

Si la dependencia de la sociedad civil ante las instituciones de salud pública consiste en la atención médica ante una contingencia y ésta se ve reflejada en el grado de fiabilidad social como

en la adhesión al tratamiento, entonces los casos de adultos mayores, en tanto grupos vulnerados, debieran explicar las causas de tal dependencia.

García, Carreón y Bustos (2017) demostraron que las diferencias entre representaciones de la juventud, referidas a una exacerbada confianza en el vigor y la presunción de riesgos, con respecto a las representaciones de vejez, indicadas por un aumento del cansancio y una disminución de la capacidad de reacción, explican la dependencia de grupos vulnerados y no para con sus autoridades.

En el presente trabajo más bien se apuesta por observar a la fiabilidad como antesala del establecimiento de una agenda que, en términos simbólicos, refleja las prioridades de los actores con respecto a una problemática de salud pública, aunque se recomienda la incorporación del factor de representación social para explicar el origen de la fiabilidad social en materia de contingencias de salud y hegemonía de las instituciones correspondientes en la promoción del autocuidado.

Conclusión

El aporte del presente trabajo al estado de la cuestión radica en la especificación de un modelo para el estudio del autocuidado, considerando los marcos teóricos y empíricos de la literatura consultada en un periodo determinado y en repositorios líderes de Iberoamérica, pero el tipo de estudio documental, el tipo de muestreo intencional y el tipo de análisis cualitativo limitan los resultados al contexto de la investigación.

Bibliografía

Abreu, M. A. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Enfermería*, 3 (2), 70-79

Bautista, M., Delgado, M. A., García, C., Valdés, O., Hernández, G., Castro, A. y Trujillo, K. V. (2016). Contrastación de un modelo de cultura organizacional en centros de salud comunitaria ante la difusión informativa del VIH / SIDA desde el Trabajo Social. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21 (3), 248-255

Carballeda, A.J. (2004). *La intervención en lo social, exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Carballeda, A.J. (2006). *El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Carballeda, A.J. (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención social en los escenarios de exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.

Carreón, J., Bautista, M., García, C., Hernández, G., Sandoval, F. R., Pérez, G. y Valdés, O. (2016). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide percepciones de salud ocupacional en migrantes de Huehuetoca, Estado de México. *Obets*, 11 (2), 569-581

Carreón, J., Bustos, J. M., Hernández, J., Quintero, M. L., García, C. (2015). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide la actitud hacia grupos cercanos a portadores de VIH / SIDA. *Eureka*, 12 (2), 218-230

Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M. y García, C. (2017). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide el compromiso de trabajadoras sociales en instituciones de asistencia comunitaria. *Encrucijada*, 26, 69-86

Cheeran, M. y Renjith, G. (2015). Scope of social work profession in industrial establishment. *International Journal of Advances Research in Management and Social Sciences*, 4 (8), 315-326

Delgado, M. A., Méndez, A., Morales, M. L., García, C., Mendoza, D. y Vilchis, F. J. (2018). Contraste de un modelo de disposición a la solicitud del embarazo. *Eurytmie*, 5, 1-12

Despard, M. y Chowa, G. (2010). Social workers' interest in building individuals' financial capabilities. *Journal Financial Therapy*, 1 (1), 23-41 DOI: 10.4148/jft.v1i1.257

Dominelli, L. (2012). Antidepressive social work theory and practice. *Trabajo Social*, 14, 2013-215

Duque, A. (2013). Metodologías de intervención social. Palimpsestos de los modelos en Trabajo Social. Bogotá: Epílogos

Farinde, A. y Gable, K. (2014). Interprofesional practice approach between social work and pharmacy. *International Journal Social Work*, 1 (1), 70-77 DOI: 10.5296/ijsw.v1i1.5777

García, C. (2018). Redes informativas de salud comunitaria en una localidad del centro de México. *Epsys*, 12, 1-20

García, C., Carreón, J. y Bustos, J. M. (2017). La salud ocupacional de unos adultos mayores en el contexto electoral de una localidad de la Ciudad de México. *Doxa*, 7 (12), 36-49

García, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2014). Contraste de un modelo de compromiso laboral en centros de salud pública. *Acata Universitaria*, 24 (1), 48-59

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

García, C., Carreón, J., Sandoval, F. J., Bustos, J. M. y Aguilar, J. A. (2016). Estructura de la cultura laboral en una institución de salud pública. *Arequipa*, 6 (1), 291-304

Jan, A., Khan, I., Khan, M. y Shan, M. (2018). Collection of waste material as poor scavenger quality of life. *International Journal of Biology*, 7 (6), 1173-1184

López, E. y Chaparro, M. (2006). Competencias laborales del trabajador social vista desde el mercado laboral. *Tabula Rasa*, 5, 261-293

Raudava, C. (2013). The impacts for developing the profession of social work in the post-comunist context. *European Scientific Journal*, 9 (20), 12-30

Reid, P. (2006). The purpose of a school of social work. An American perspective. *Social Work Education*, 25 (5), 461-484 DOI: 10.1080/02615470600738817

Ribeiro, M., López, R. y Mancinas, S. (2007). Trabajo social y política social en México. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 17 (2), 175-200

Valdés, O., Vilchis, F. J., Bautista, M., García, C y Castro, A. (2017). Adhesión al tratamiento de la insuficiencia renal crónica en una comunidad del estado de México. *Margen*, 84, 1-14

Valdés, O., Vilchis, F. J., Bautista, M., García, C. y Castro, A. (2018). Adhesión al tratamiento de la insuficiencia renal crónica. *Margen*, 84, 1-8

Villegas, E., Rosas, F. J. y García, C. (2018). Social work towards a quality of life and well being subjective. *International Journal of Research in Humanities & Social Studies*, 5 (6), 35-48

Walker, S. (2015). The pendulum swings back: relation based social work in England then and now. *Journal of International Scientific Publications*, 13, 49-56

Way, M. (2013). Feminist theory, lesbian parents and social work. *Sincronía*, 17 (63), 1-20