

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE HOGARES EN SITUACIÓN
DE POBREZA QUE HABITAN EN SECTORES URBANOS.
DOS CASOS DE ESTUDIO: "FERNANDO AMILPA" EN ESCOBEDO, N.L.
Y "LA ILUSIÓN" EN CD. MADERO, TAMPS.**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA

JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL

FEBRERO DE 2006

CO
2006

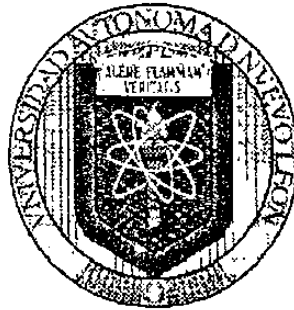
Y SALUD DE HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA QUE HABITAN EN SECTORES URBANOS.
FERNANDO AMILPA" EN ESCOBEDO, N.L. Y "LA ILUSIÓN" EN C.D. MADERO, TAMPS. FEBRERO DE 2006



1080128454

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA
QUE HABITAN EN SECTORES URBANOS. DOS CASOS DE ESTUDIO:
“FERNANDO AMILPA” EN ESCOBEDO, N.L. Y “LA ILUSIÓN”
EN CD. MADERO, TAMPS.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**

JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL

DRA. CLAUDIA CAMPILLO TOLEDANO

FEBRERO DE 2006

H 3

· 2

3

2



A QUIEN CORRESPONDA:

Los suscritos, Miembros de la Comisión de Tesis de Maestría del
Lic. JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL

Hacen constar que han evaluado y aprobado la Tesis "CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA QUE HABITAN EN SECTORES URBANOS. DOS CASOS DE ESTUDIO: FERNANDO AMILPA EN ESCOBEDO, N.L. Y LAGUNA "LA ILUSIÓN" EN CD. MADERO, TAMPS.", en vista de lo cual extienden su autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social.

DRA. CLAUDIA CAMPILLO TOLEDANO
ASESOR DE LA TESIS

DR. RAÚL EDUARDO LÓPEZ ESTRADA
MIEMBRO DE LA COMISIÓN
DE TESIS



FACULTAD DE
TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO

DR. JOSÉ LUIS DE LA CRUZ ROCK
MIEMBRO DE LA COMISIÓN
DE TESIS

MTS. MA. TERESA OBREGÓN MORALES
SUBDIRECTORA DE LA DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Monterrey, N. L. a 10 de febrero de 2006

Agradecimientos:

Doy gracias a Dios, por esta nueva oportunidad y experiencia que me brindó para realizar mis estudios de Maestría en la ciudad de Monterrey.

Agradezco a mis Padres:

Sr. Adán Rangel Crisanto y Sra. Adela Esquivel de Rangel por su amor y apoyo incondicional siempre presentes, que han sido pilares de lo que soy como persona.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, a través del Programa de Mejoramientos del Profesorado (PROMEP) un especial agradecimiento por su apoyo en la realización de estos estudios de posgrado.

A las autoridades de los Centros de Salud de General Escobedo, N.L., de Ciudad Madero y de Tampico, Tamps., por la información estadística proporcionada concerniente a las enfermedades frecuentes y crónicas en los municipios.

Con respeto y admiración, agradezco a mi asesora y lectores de tesis:

Dra. Claudia Campillo Toledano

Dr. Raúl Eduardo López Estrada

Dr. José Luis de la Cruz Rock

por compartir sus conocimientos en la asesoría y recomendaciones del presente estudio.

A mi novia:

Nancy Villanueva Pérez

por compartir juntos nuestra formación profesional, que nos conduce a realizarnos como mejores ciudadanos e investigadores sociales.

A mis padrinos:

*Sr. Rodolfo Hernández Cuevas y Sra. Rebeca Prado de Hernández
Sr. Pablo Francisco Esquivel Rodríguez
por el cariño y apoyo que me han transmitido en cada etapa de mi vida.*

*Agradezco los buenos deseos hacia mi persona por parte
de la familia García Sanjinés, en especial a:
Sr. José Ramón García Dosal y Sra. María Antonia Sanjinés de García.*

*Por compartir la experiencia de vivir juntos y apoyarnos mutuamente,
agradezco a mis amigos:
Beatriz Adriana Servín Herrera y Jorge Enrique Bracamontes Grajeda.*

*Por el gran apoyo obtenido durante el trabajo de campo de esta investigación,
agradezco profundamente a mis amigos:
Perla del Carmen Rostro Martínez, Rosa Blanca Bautista Reyes, Ana Cecilia
Padrón Cruz, Rosa Emma Villanueva Pérez, Jesús I. Gómez Rivera,
Adolfo Rogelio Cogco Calderón y Adán Cano.*

*De igual forma, por sus comentarios y apoyo en las sesiones de
Taller de Investigación, agradezco a:
Laura Méndez Muñoz, Fabiola Rodríguez Benítez, Ana María Acosta Pech y
Oscar Martínez Martínez.*

*Un profundo y especial reconocimiento a todas las personas que habitan en las
colonias "Fernando Amilpa", ampliación "los Pinos" y ampliación "Heriberto
Kehoe", pues sin su colaboración este trabajo no se hubiese podido cristalizar.*

RESUMEN

El presente estudio se enfoca a describir y analizar las condiciones en que viven los hogares que se asientan en sectores urbanos, ubicando la investigación en la forma en cómo las mujeres madres de familia conciben la relación salud-enfermedad que presentan al interior de sus unidades domésticas. Al analizar la interpretación que dan las mujeres a su estado de salud-enfermedad se corrobora en el transcurso de la investigación si tiene vínculo o no con la premisa establecida: se han presentado condiciones desiguales y de inequidad en la distribución de servicios básicos a la población de las comunidades estudiadas, bajo ese contexto social, económico, urbano y ambiental los ha convertido propensos a la transmisión y generación de enfermedades.

Además del objetivo general mencionado, se enfocó en alcanzar los siguientes objetivos específicos: a) analizar comparativamente las formas en que atienden y perciben sus enfermedades para procurarse un estado de salud que les permite realizar sus actividades cotidianas; b) detectar elementos o similitudes en ambas zonas de estudio; y a su vez, c) relacionarlos con el efecto que propicia en aspectos como la educación escolar de los niños, el empleo o actividades laborales de los integrantes de la familia, considerando las condiciones iniciales y actuales de sus viviendas.

Es preciso hacer mención que el trabajo se centra en dos casos de estudio; por un lado, la colonia "Fernando Amilpa" en el municipio de General Escobedo, N.L., perteneciente al área metropolitana de Monterrey; y por otro, las ampliaciones de las colonias "los Pinos" y "Heriberto Kehoe" en el sector conocido como "la Ilusión" en ciudad Madero, Tamps., en la zona conurbada del sur de Tamaulipas, los cuales han constituido asentamientos urbanos carentes de beneficios y servicios básicos en el proceso de su conformación.

La estrategia metodológica implementada fue a través de la complementación metodológica cuantitativa y cualitativa, diseñando para el primer método un cuestionario, con el cual se obtuvo un panorama general de las condiciones de vida actual de las colonias, y para el segundo, por medio de entrevistas a profundidad y la observación se pudo lograr una aproximación para comprender al interior de las unidades domésticas sus interpretaciones y estrategias utilizadas con relación a la salud-enfermedad y sus condiciones de vida.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico	
Introducción	12
2.1. Salud, población y urbanización	
2.1.1. La salud y el crecimiento de las ciudades.....	12
2.1.2. La planeación urbana en México.....	15
2.2. La pobreza urbana y los programas sociales de atención	
2.2.1. Conceptualización de la pobreza.....	17
2.2.2. Programas sociales de atención a la pobreza y salud.....	22
2.3. Condiciones de vida y salud en la población	
2.3.1. Relación que existe entre los términos condiciones de vida y salud.....	26
2.3.2. Definición y formas en que se ha medido la calidad de vida.....	29
2.4. La interpretación de la salud y la enfermedad	
2.4.1. Diferentes enfoques de la percepción salud-enfermedad	34
2.4.2. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad.....	37
2.5. Recapitulando.....	40
3. Diseño Metodológico	
Introducción.....	42
3.1. Complementación y justificación de la utilización de los métodos cuantitativo y cualitativo	
3.1.1. Ubicación y límites de las colonias de estudio	43
3.1.2. Justificación y complementación metodológica para abordar las colonias de estudio	46
3.2. Metodología Cuantitativa	
3.2.1. Tipología del cuestionario.....	49
3.2.2. Diseño y selección de la muestra.....	50
3.2.3. Diseño y construcción del instrumento.....	51
3.2.4. Operacionalización de variables.....	52
3.3. Metodología Cualitativa.....	54
3.3.1. Diseño y construcción de la guía de entrevista.....	56
3.3.1.1. El rapport.....	57
3.3.2. Descripción de la categorización.....	58
4. Análisis y discusión de resultados	
Introducción.....	62
4.1. Aproximación a las colonias de estudio	
4.1.1. Aspectos sociodemográficos.....	62
4.1.2. Indicadores esenciales en las condiciones de vida	
4.1.2.1. La salud y la vivienda.....	66
4.1.2.2. La educación y el empleo.....	71

4.2. El contexto en que han vivido las madres de familia.	
4.2.1. Niñez.....	73
4.2.2. Adolescencia.....	78
4.2.3. Lugar de residencia actual:	
dificultades y logros en los inicios de las colonias.....	80
4.3. Interpretación de la salud-enfermedad y condiciones de vida.....	82
5. Conclusiones y recomendaciones.....	91
Bibliografía.....	97
Anexos.....	104

1. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad se pueden apreciar las diferencias existentes en la configuración urbana de las ciudades de nuestro país. Algunas de ellas carecen de sitios o espacios propicios para que la población habite en condiciones saludables que generen su desarrollo personal y de comunidad; ejemplo de ello es la insuficiencia de infraestructura básica ante las necesidades actuales para el establecimiento de asentamientos humanos, como son calles y accesos debidamente pavimentados con materiales duraderos, sistemas de alcantarillado y redes de drenaje sanitario, servicios públicos de energía eléctrica y agua potable, así como los especializados en salud y educación. Aunado a lo anterior, no pueden pasar desapercibidas la vivienda y la tenencia de la tierra, consideradas como fundamentales en las condiciones de vida de la población; al igual que el empleo y la seguridad social, que permitan a los habitantes obtener ingresos y prestaciones para poder alimentarse y vivir dignamente con todos los servicios antes mencionados.

La urbanización popular, concebida como una forma de acceso a la tierra, a la vivienda, y los servicios, juega un papel importante en la definición de la pobreza, sin embargo, no necesariamente se da una coincidencia entre las dos nociones, esto quiere decir, que mientras no todos los pobres viven en asentamientos que fueron o son irregulares, tampoco todos los habitantes de esos asentamientos, son pobres (Schteingart, 1998:25).

En la mayoría de las ciudades uno de los principales problemas ha sido el ordenamiento urbano que se ha implementado con los distintos planes y programas de gobierno ejecutados en las distintas administraciones municipales. Con las estrategias y políticas sociales establecidas, se ha apreciado que con el paso de los años ha absorbido el crecimiento poblacional al equipamiento urbano de las colonias constituidas. Esto ha propiciado que las condiciones en que vive cada grupo humano que logra asentarse dentro de áreas urbanas o en vías de ser urbanizables, llámense éstas colonias, asentamientos o comunidades, presenten niveles de desarrollo con magnitudes diferentes.

De acuerdo a Covarrubias (1999), antes de la década de los 70's el país quedó dividido en cuatro etapas¹: en la primera, se presentó un crecimiento lento entre 1900 y 1940; en la segunda, al generarse una disminución de la población entre 1910 y 1921, provocó el desplazamiento hacia el centro del país; posteriormente, como tercera etapa, entre 1921 y 1940

¹ En estas etapas, Covarrubias retoma el texto "El desarrollo urbano de México: diagnóstico e implicaciones futuras" de Luis Gustavo Unikel, del año 1976, editado en el Colegio de México.

se produjo un mayor arraigo y crecimiento de la población urbana y rural; y por último, de 1940 a 1970 se dio un crecimiento rápido, debido a que se abatieron tasas de mortalidad, se incrementó la migración campo-ciudad, lo que propició un crecimiento de la población urbana con una tasa de concentración elevada. Dentro de este último período, se estima que alrededor de 6 millones de personas cambiaron de residencia, tanto de la forma rural-urbana como urbana-urbana (Ariza, 1999).

Como complemento a las etapas anteriores, se hace alusión a Guillermo (2000) quien afirma que durante las décadas de los 80's y los 90's al poblarse distintas partes del norte del país, se consolidaron importantes ciudades medias y grandes, logrando con ello concentrar el 50% de la población nacional. Por lo anterior, en este trabajo de tesis, resulta importante conocer el tiempo que tienen establecidas las unidades domésticas en las colonias de residencia actual, para analizar las condiciones en que han vivido desde su llegada hasta la actualidad.

En lo que respecta a la organización del espacio urbano, Duhau (1991) manifiesta que se presentó una tendencia de largo plazo que se expresó en dos grandes dimensiones del proceso de urbanización mexicano, primeramente, una concentración creciente de la población en las grandes áreas metropolitanas y las ciudades medias, donde las primeras reunieron el 24.1% de la población nacional en 1970 y el 27.3% en 1987; y segunda, una expansión constante de una periferia popular dividida, caracterizada por los procesos de urbanización irregular y los rezagos en la cobertura y calidad de los servicios públicos. Situación que en la actualidad es posible observar en los asentamientos estudiados de la laguna "la Ilusión", en Ciudad Madero, Tamaulipas, y "Fernando Amilpa", en General Escobedo, Nuevo León, siendo incorporados a la urbanización con el establecimiento de predios en trámite de regularización y dotación de servicios públicos básicos a partir de las dos últimas administraciones municipales, es decir, aproximadamente de seis años a la fecha.

El segundo punto expresado por Duhau (1991) es muy claro al advertir la presencia del fenómeno de la pobreza y su relación con la migración interna que ha caracterizado a nuestra nación, situación particular que puede caracterizar a las unidades domésticas de estudio, y hace generar la incertidumbre, hasta qué punto condicionará el crecimiento y desarrollo que se ha consolidado en las urbes el estado de salud de las personas que se asientan en ellas en un espacio apto o no para vivir; realmente se adaptan a la forma en que vive la población de las ciudades o continúan con su forma tradicional de vida y de solución a sus problemas de enfermedad.

Desde la perspectiva de Castells (1999:15) se consideran dos dimensiones del término urbanización, siendo "la primera, como la concentración espacial de la población a partir de determinados límites de dimensión y densidad; y la segunda, como la difusión del sistema de valores, actitudes y comportamientos que se resume bajo la denominación de cultura urbana". Siguiendo esta segunda idea cabría cuestionarse si la población que habita en colonias urbanas en situación de pobreza, se caracteriza por formas comunes de realizar su vida cotidiana como consecuencia del espacio urbano en que logran establecerse.

Particularmente, cuando se trata de cuestiones relacionadas a la atención de su salud "las personas de clase social baja viven más temerosas de las enfermedades graves que las de clases medias o altas, al tener poco o nulo control sobre su vida y sus circunstancias, lo que

determina de manera decisiva la manera en que enfrentan la enfermedad cuando ésta se presenta” (Levine 1962, citado por Castro, 2002:48). Quizá esta aseveración se presentó de acuerdo a la época en que los estudios permitieron enunciarla como afirmación, pero es necesario considerarla para conocer qué tanto se presenta en las unidades domésticas con relación al contexto urbano en que están viviendo.

En los casos de las unidades domésticas que habitan tanto en las ampliaciones de las colonias “los Pinos” y “Heriberto Kehoe” del sector conocido como laguna “la Ilusión” y en la colonia “Fernando Amilpa”, de acuerdo a la información derivada de organismos oficiales² se parte desde el contexto social en pobreza en que han vivido, presentando carencias en el suministro de servicios básicos; además, como evidencia empírica, una de las razones refiere a que sus habitantes al no poder pagar una renta en colonias ya establecidas, generó la búsqueda de otras opciones para habitar al interior o en los márgenes de las ciudades, generando con ello la conformación de asentamientos humanos irregulares; las primeras colonias, como ya se ha mencionado, cercanas a la laguna “la Ilusión”, y la segunda, a un costado del río “Pesquería”. La Sedesol (2000) definió dichos asentamientos, como los espacios habitados por familias que se ubican generalmente en tierras no previstas o aptas para su desarrollo humano, de propiedad social y generalmente en las periferias de los centros urbanos.

Ante esta situación en que han habitado ambos sectores³, aspectos como la marginalidad y la pobreza son fenómenos que han tenido una relación directa en su conformación, por ello, cabe preguntar ¿serán estos aspectos con los que han nacido y crecido la población de estos lugares?, ¿cómo han afectado sus condiciones de vida y salud?, es decir, ¿ha estado presente en sus vidas desde su etapa de niñez y juventud? Si bien, los pobladores de estas zonas urbanas han estado desligados de todos los beneficios que generan el desarrollo y crecimiento económico y social, en sus asentamientos elaboran o crean estrategias con el fin de poder subsistir o sobrevivir y no quedarse más al margen del “progreso”, que el país, estado o municipio, los ha conducido o llevado a las circunstancias en que se encuentran inmersos. Esta consideración hace plantear la interrogante: ¿los integrantes de las unidades domésticas tendrán o no una valoración subjetiva y/o objetiva positiva de sus condiciones de vida?

Considerando la postura de De Lomnitz (1998), estos grupos excluidos o marginados realizan dos tipos de estrategias que les permiten alcanzar sus objetivos: las primeras serían las estrategias de subsistencia, referidas al intercambio precario de mano de obra contra dinero, y las segundas denominadas estrategias de sobrevivencia se refieren a la totalidad de relaciones sociales que el marginado desarrolla con sus semejantes. Cabe destacar la importancia que dentro de estas últimas se presenta “el apoyo o ayuda mutua” implementados entre los grupos de personas con la finalidad de “salir adelante” y procurarse los bienes y servicios necesarios para no continuar viviendo en condiciones infrahumanas, factor social que genera la duda sobre su presencia o ausencia en las colonias estudiadas.

² Como la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) a partir de los censos y encuestas aplicados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

³ Las características sociales y urbanas predominantes en ambos sectores de estudio se mencionan a detalle más adelante en el capítulo “Diseño metodológico”.

Considerando estas condiciones prevalecientes, es necesario retomar algunos aspectos que se ubican dentro del paradigma sanitarista o desarrollista que presentan Di Tella y otros (2001:629), pues “ante la desigualdad social, se exigen replanteos en la problemática de la salud y la enfermedad”. Es por ello que la Organización Mundial de Salud (OMS), a mediados de la década de los cuarenta, definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de malestar (Velarde y Ávila, 2002).

Esta definición propició múltiples discusiones y revolucionó los viejos conceptos y paradigmas, situando la principal diferencia en que remplazó la explicación monocausal en la etiología⁴ de la enfermedad, por una explicación multicausal, donde intervienen, a la par que agentes de origen biológico natural, otro conjunto de agentes de origen social, psicológico y ambiental (Di Tella, et. al., 2001:629).

La ideología desarrollista, acorde con la interpretación anterior, postula que “para el logro del crecimiento económico es indispensable mejorar las condiciones de salud de la población, admitiendo la importancia que para ello tienen las condiciones sociales y ambientales” (Di Tella, et. al., 2001:629). Desde esta perspectiva, es de interés esencial abordar el presente estudio, analizando las estrategias que implementan las unidades domésticas para procurarse un estado de salud con los recursos que les ofrece su comunidad, como puede ser el caso de algún tipo de medicina tradicional o remedios caseros que conozcan. De igual forma, resultan relevantes las consideraciones expresadas por el paradigma alternativo de la medicina social, que parte del “análisis de la salud-enfermedad como proceso social en el que intervienen factores de orden económico-social, político, ideológico y cultural, encontrándose estos implícitos en la vida cotidiana de las personas” (Di Tella, et. al., 2001: 629).

Al mencionar este último paradigma, es conveniente hacer mención de la parte de la antropología que se encuentra ligada al estudio de la salud-enfermedad, conocida como antropología médica, la cual se enfoca a estudiar los problemas de salud humanos y los sistemas de curación en sus contextos sociales y culturales. Dentro de ésta pueden mencionarse cinco enfoques básicos, como el biomédico, el etnomédico, el ecológico, el crítico y el aplicado; estos enfoques consideran tres premisas en común: a) los padecimientos y la curación son fundamentales en la experiencia humana y se les comprende mejor de manera holística en los contextos de biología humana y la diversidad cultural; b) la enfermedad representa un aspecto del medio que es influido por el comportamiento humano y que, al mismo tiempo, requiere adaptaciones bioculturales, y; c) los aspectos culturales de los sistemas de salud tienen importantes consecuencias pragmáticas para la aceptabilidad, la efectividad y el mejoramiento de la atención a la salud, sobre todo en sociedades multiculturales (Barfield, 2000).

Sin pretender dar a conocer en el proceso o al final de la investigación, un aporte social dentro de la antropología médica, lo importante del estudio queda asentado desde la postura en que puede insertarse esta aproximación a las colonias de estudio en alguno de los cinco enfoques que la integran y cómo en estas dos comunidades del noreste de México se concibe dicha relación considerando el contexto social en que han vivido las unidades domésticas. Por ello,

⁴ De acuerdo a Larousse (2003), se refiere a la parte de la medicina que estudia las causas de las enfermedades.

como enuncian Di Tella y otros (2001), actualmente el proceso salud-enfermedad se visualiza como un fenómeno multidimensional, en el que intervienen distintos condicionantes, los cuales, si bien se expresan en individuos concretos y parten de su constitución orgánica y biológica, se configuran sobre patrones sociales; además, los fenómenos de reproducción social, las clases sociales y el proceso de trabajo, se conciben como variables explicativas del proceso de salud-enfermedad de los distintos grupos humanos.

Por otro lado, Castro (2002) comenta la existencia de tres enfoques que permiten explorar los problemas del orden y la acción social en el estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. Primero, “los enfoques racional-colectivistas, o normativos, contemplan la subjetividad de los individuos como una categoría marginal o como una variable dependiente, en virtud de que se entiende que la respuesta del actor se puede predecir a partir del análisis de su ámbito externo” (Alexander, 1992:20, citado por Castro, 2002: 33). Además, proclaman que “a la ciencia social le interesa, ante todo, el estudio científico de los hechos sociales, esto es, de aquellos modos de actuar, de pensar y de sentir exteriores al individuo y que poseen un poder de coerción en virtud del cual se le imponen” (Durkheim, 1978:31, citado por Castro, 2002: 34).

Como segundo enfoque, “se presentan los no racionales-individualistas o interpretativos”, que albergan a corrientes como el interaccionismo simbólico y la etnometodología, centrándose en la libre subjetividad de los individuos, si bien al costo de ignorar, en mayor o menor medida, la existencia de un orden social externo a los mismos; de igual forma, proponen que desde las ciencias sociales se busca comprender empáticamente la acción social (Castro, 2002: 33).

Por acción debe entenderse una conducta humana, que puede consistir en hacer externo o interno, o bien permitir u omitir, siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo; la acción social, por tanto, es una acción donde el sentido manifestado por su sujeto o sujetos esté referido a la conducta de los otros, orientándose por ésta en su desarrollo (Weber, 1981:5, citado por Castro, 2002: 34).

Por último, los enfoques no racional-colectivistas, postulan que “cada individuo es un punto donde convergen redes de relaciones: éstas existen en el interior de los individuos, pero también trascienden la vida de ellos y poseen una existencia independiente y un desarrollo propio” (Dilthey, 1976:179, citado por Castro, 2002: 34).

Como enfatiza Castro (2002), los enfoques normativos hacen hincapié en el papel fundamental que juegan los factores sociales (cultura, sistemas cognoscitivos, estructura social, entre otros) en la constitución de las percepciones subjetivas; es decir, la experiencia de los individuos se considera más bien una variable dependiente que puede ser explicada por otras fuerzas sociales; bajo estos argumentos, resulta interesante analizar en ambos sectores urbanos de las zonas de estudio, cómo han atendido y percibido en forma subjetiva sus enfermedades las mujeres madres de familia de distintas unidades domésticas, y así poder detectar qué similitudes y qué diferencias predominan al interior de ellas.

Al considerar en este estudio los indicadores relacionados con las condiciones o calidad de vida (como son: salud, vivienda, educación y empleo), analizados desde la perspectiva de salud y bajo los paradigmas manifestados anteriormente, se comparte la concepción que presenta Rueda (1999) al decir que la calidad de vida de una sociedad se enfoca a analizar las experiencias subjetivas de los individuos, sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, así como el grado de satisfacción que han conseguido; y a la vez, se retoma la postura de Levin y Anderson, quienes describen como calidad de vida una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa (Rangel, 2002), relacionada estrechamente con la definición de salud planteada por la OMS, comentada en líneas anteriores.

Específicamente al centrar la investigación en las condiciones de vida relacionadas con la salud, y cómo ha influido ésta en las actividades educativas y laborales de los miembros de las unidades domésticas de las colonias, es conveniente mencionar como antecedente el estudio realizado en el año de 1993 por la Secretaría de Salud, el cual se enfocó a estudiar y detectar los tipos de enfermedades prevalecientes en las familias de las principales ciudades del país⁵. Las enfermedades crónicas que se detectaron, principalmente en personas de 60 a 69 años, fueron padecimientos de: hipertensión arterial (38%), obesidad (25%), diabetes (21%), hipercolesterolemia (14%), microalbuminuria (13%), enfermedad o infección renal (8%), infarto al miocardio (3%), enfermedad cerebrovascular (2%) e infección de vías urinarias (1.5%). En general se encontró mayor presencia de las enfermedades estudiadas en la zona norte y en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM); en obesidad, la mayor prevalencia fue para la norte con 33% (Castro, y otros, 1996).

Una de las modalidades y ventajas de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), fue que no sólo permitió conocer el número de personas que se sabían y estaban diagnosticadas por un médico, como hipertensas o como diabéticas, sino que mediante mediciones y pruebas biológicas se detectaron aquellas que, teniendo alguno de estos padecimientos, lo desconocía. “Las prevalencias regionales con relación a la hipertensión arterial fueron: norte, 42.5%; centro, 37.4%; sur, 36%; y la ZMCM, 38%; la prevalencia nacional de diabetes mellitus fue de 25%, dividiendo este valor para las cuatro regiones, se presentó: norte, 29.5%; centro, 23%; sur, 21.5%; y ZMCM, 20%” (Castro, y otros, 1996:6).

Además, las variables que permitieron establecer diferencias significativas entre el grupo de hipertensos diagnosticados previamente y entre aquellos detectados por la encuesta aplicada, se presentaron de acuerdo a: “a) el sexo (con mayor probabilidad las mujeres sabían que eran hipertensas); b) haberse tomado con anterioridad la presión arterial; c) haber tenido antecedentes familiares de hipertensión; y, d) no haber presentado síntomas como dolor de cabeza, mareos, zumbidos en los oídos o ver destellos de luz” (Castro, y otros, 1996:7). De acuerdo con estos mismos autores (Castro, y otros, 1996) es conveniente establecer que muchas de las enfermedades crónicas tienen su inicio en la edad adulta y en la medida en que avanza la edad, aumenta la probabilidad de tener este tipo de padecimientos.

⁵ En este estudio se dividió al país en 4 zonas geográficas: zona metropolitana de la ciudad de México (ZMCM), Norte, Centro y Sur. Es importante comentar que se encuestó a personas entre los 20 y 69 años de edad.

Teniendo como antecedente estas manifestaciones, en la zona norte prevaleció en mayor magnitud las enfermedades de tipo crónico-degenerativo bajo el riesgo de volverse hereditarias a los integrantes de una misma familia; sabiendo de antemano que los miembros mayores las han padecido, conduce a situar la investigación en las dos colonias por ubicarse dentro de la misma zona noreste del país, considerando que no se puede dejar a un lado las condiciones en que cada una ha forjado su desarrollo.

Como complemento a la información anterior, y de acuerdo al estado de morbilidad⁶ presente en las colonias ampliación “los Pinos” y ampliación “Heriberto Kehoe”, en el año 2004 el centro de salud del municipio de ciudad Madero obtuvo los resultados de las principales causas de enfermedad prevalecientes en los Módulos de salud 04 y 05 que consideran a ambas colonias, presentándose de la siguiente manera:

TABLA 1
Diez principales causas de enfermedad detectadas en los módulos de salud 04-05 de Ciudad Madero, Tam. (2004).

Tipo de enfermedad	Número de casos
1. Anemia, dermatitis, gastritis, artritis, varicela, traumas, cefalea, neuritis, escabiasis, colitis, micosis, entre otras.	15 220
2. Infecciones respiratorias agudas (IRAS).	3 891
3. Enfermedades bucales o dentales.	2 916
4. Infecciones de vías urinarias.	644
5. Ascariasis.	633
6. EDAS (diarreas).	606
7. Control prenatal o embarazo.	549
8. Amibiasis intestinal.	515
9. Diabetes mellitus.	474
10. Hipertensión arterial.	469
Total	25 917

Fuente: Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 10 principales causas de enfermedad de la semana 1 a la semana 52 de 2004.

Por su parte, en la Unidad 0021 de la Secretaría de Salud (SSA) ubicada en el sector río Pesquería, al cual pertenece la colonia “Fernando Amilpa”, durante el año 2004 presentó la prevalencia de las siguientes enfermedades:

⁶ Larousse (2003) la define como la proporción de personas que padecen los efectos de una enfermedad en un lugar y período determinados.

TABLA 2
Diez principales causas de enfermedad detectadas en el módulo de salud 0021 de General Escobedo, N.L. (2004).

Tipo de enfermedad	Número de casos
1. Infecciones respiratorias agudas (IRAS).	1 047
2. Infecciones de vías urinarias.	65
3. Otitis media aguda.	54
4. Varicela.	36
5. Ulcera, gastritis y duodenitis.	36
6. Desnutrición leve.	35
7. Amibiasis intestinal.	30
8. Neumonías y bronconeumonías.	19
9. Hipertensión arterial.	11
10. Diabetes mellitus.	10
Total	1 278

Fuente: Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 10 principales causas de enfermedad de la semana 1 a la semana 52 de 2004.

Algunos de los puntos que hacen tomar la decisión de enfocar el estudio en los sectores de las dos ciudades mencionadas, se refieren a que estos reportes emitidos por la SSA sólo consideran a la población no derechohabiente a alguna institución médica (como puede ser el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEDEMAR); además, es preciso considerar que sus habitantes han recibido apoyos gubernamentales para la asistencia en salud, como becas de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*, campañas de vacunación, o jornadas asistenciales del DIF, entre otras; también, de los cuadros anteriores, pueden derivarse las principales causas de enfermedad común que han presentado, como son: a) infecciones respiratorias agudas, b) infecciones de vías urinarias, c) varicela, d) gastritis, e) amibiasis intestinal; y enfermedades crónicas degenerativas, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Si bien es cierto que estas últimas, no se presentan en el mismo orden y cantidad, resulta conveniente precisar que esto se debe al número de población que atienden ambos centros de salud en cada municipio, pues se distribuye de acuerdo a las diez unidades médicas con que cuenta General Escobedo⁷ y a una sola unidad existente en Ciudad Madero⁸, basándose ésta última en los módulos correspondientes que brinda atención médica a las personas de diferentes colonias ubicadas cercanas a la laguna “la Ilusión”, y por su parte, la unidad río “Pesquería” atendiendo no sólo a la “Fernando Amilpa”, sino también a colonias aledañas al río mencionado.

Por estos factores mencionados, resulta importante explorar y analizar ambos asentamientos urbanos mediante la aplicación de técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa para

⁷ Según datos del INEGI (2000), el municipio contaba con 233 457 habitantes.

⁸ De acuerdo a datos del INEGI (2000), el municipio contaba con 182 325 habitantes.

conocer la presencia de enfermedades que caracterizan en la actualidad a cada uno de ellos, y así, analizar la interpretación que dan las mujeres madres de familia a su estado de salud-enfermedad y ver si tiene o no vínculo con la premisa establecida: se han presentado condiciones desiguales y de inequidad en la distribución de servicios básicos a la población de dichas comunidades, bajo este contexto social, económico, urbano y ambiental los ha convertido en propensos a la transmisión y generación de enfermedades.

Se considera también, que cada zona, llámese zona conurbada del sur de Tamaulipas (ZCST) o área metropolitana de Monterrey (AMM), a la que pertenece cada municipio de referencia, ha desenvuelto su perfil sociodemográfico, cultural y su vocación productiva, que les han permitido desarrollar actividades sociales y económicas que si bien les han redituado beneficios económicos, no les han permitido la inclusión de todos los grupos sociales a este proceso de mejora en sus condiciones de vida y salud.

Es por esto, que en ambos casos de estudio se pueden formular una serie de preguntas para conocer qué elementos o conductas similares se presentan, y si ello conduce a caracterizar a las unidades domésticas en cuanto a las estrategias y la interpretación que tienen de su salud y las enfermedades: ¿qué tipo de servicios médicos tienen a su alcance?, ¿qué enfermedades son las más comunes?, ¿cómo las previenen y cómo son atendidas en su caso?, ¿qué limitaciones le ha ocasionado su estado de salud actual?, ¿a qué dificultades se enfrentan día con día y qué estrategias utilizan para superarlas?, ¿cuáles son los grados de escolaridad o estudios con los que cuentan actualmente?, ¿cuáles son las actividades cotidianas/laborales que realizan?, ¿cómo han repercutido estas actividades en su salud?, ¿ha sido esto un condicionante en su bienestar personal?

Por lo enunciado anteriormente y partiendo del hecho de que han sido pocos los estudios que se han enfocado a investigar el fenómeno de las condiciones de vida y salud de las unidades domésticas de colonias urbanas en ambos municipios del país, el objetivo general del presente estudio se enfoca a,

Describir y analizar comparativamente las condiciones en que viven las unidades domésticas que se asientan en colonias urbanas, ubicando la investigación desde la forma en cómo las madres de familia interpretan y atienden su situación de salud-enfermedad que han presentado.

Esta interpretación considera la situación en que han vivido desde la infancia en sus comunidades de origen y en la que actualmente se asientan, para comprender cómo ha influido en su salud el contexto social en que han desenvuelto sus actividades cotidianas. Lo anterior conduce a hacer alusión a la concepción de Wong y Figueroa (2001:90) sobre “el proceso salud-enfermedad que tiene lugar en forma individual”, explicando que “los estudios de salud tienen que poner énfasis en las características individuales”.

Dentro del contexto social actual en que habitan, el estudio,

Analiza cómo se relacionan con la salud factores como las condiciones de vivienda, la educación escolarizada y el tipo de empleo que poseen los integrantes de las unidades domésticas.

Esto permite detectar elementos en común en ambas zonas de estudio, relacionándolo con las condiciones iniciales y actuales de sus viviendas y el estado general que ha prevalecido en sus colonias. Con esto, se detectan algunos casos particulares que manifiestan problemáticas de salud y su relación e impacto que ha tenido con el contexto socioeconómico en que han vivido. Siendo necesario penetrar en el estudio de casos específicos, para poder así,

Comprender las estrategias que han implementado las mujeres madres de familia para procurarse un estado favorable de salud en su vida cotidiana.

Con este estudio se pueden conocer las similitudes y diferencias que presenta internamente cada unidad doméstica, sus manifestaciones y percepciones subjetivas de las enfermedades y de la salud, analizando las prácticas para la atención de sus enfermedades, y con ello, distinguir las características particulares que presentan las mujeres que son nativas de las ciudades donde se realizó el estudio, de las provenientes de otros estados. Asimismo, el análisis de la interpretación subjetiva del estado de salud, aporta los elementos necesarios para obtener una aproximación a la explicación y conocimiento integral de la situación salud-enfermedad con relación a las condiciones de vida específicas de cada una de ellas, sin llegar a un nivel profundo de análisis del discurso, sino dejando líneas de investigación específicas a desarrollar en trabajos posteriores.

Los resultados de la investigación serán de utilidad al área de Trabajo Social para disponer de un estudio académico con fuentes de primera mano, que abra nuevos puntos de partida de investigación y en un futuro puedan plantearse estrategias de desarrollo en materia de salud, con base en la situación social y económica en que viven las unidades domésticas de los dos sectores urbanos. De la misma forma, con la información obtenida del trabajo de campo, se puede establecer la pauta a seguir en la implementación de programas de atención a este tipo de unidades domésticas, y conducir al trabajador social a insertarse en la búsqueda de otras alternativas de bienestar social para las comunidades.

La estructura del trabajo se integra, en el segundo capítulo, por una descripción general de la planeación urbana en nuestro país, considerando cómo el crecimiento urbano ha impactado en las condiciones de salud de la población; posteriormente, se presentan algunas posturas teóricas referentes a la pobreza, su relación con la migración interna al país, y los programas sociales implementados para atender a la población en situación de pobreza; después, se expresa el vínculo estrecho que han tenido las condiciones de vida y salud, mostrando los indicadores que han sido utilizados para medir la calidad de vida en México; finalmente, se termina con los distintos enfoques que han interpretado la salud-enfermedad, enunciando las corrientes más enfocadas a la investigación.

En el capítulo tres, se expone el diseño metodológico, contemplando en primera instancia la importancia que tiene la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos para una mejor aproximación a los casos de estudio, ubicando el contexto en que se encuentran actualmente; además, se aborda cómo se construyó el cuestionario, cómo se seleccionó la muestra y cómo se operacionalizaron las variables necesarias para comprender la situación general de las comunidades; por último, se menciona cómo se procedió a diseñar la guía de entrevista, describiendo los elementos centrales a detectar con las categorías, la manera para

establecer los contactos, así como el procedimiento para lograr la aproximación a los casos específicos de análisis cualitativo.

En el capítulo cuatro se analizan los resultados, primero a través de la presentación de los aspectos sociodemográficos presentes en el contexto actual; después, se consideran los aspectos principales para comprender la condición de vida pasada y presente de las madres de familia; y por último, haciendo referencia al contexto y la situación en que han vivido, se presenta la forma en que interpretan su estado de salud-enfermedad.

Para finalizar, en el quinto capítulo se argumentan algunas conclusiones y reflexiones de los hallazgos encontrados, relacionándolos con los aspectos teóricos abordados en el capítulo dos, así como las debidas recomendaciones para analizar en próximos estudios.

2. MARCO TEÓRICO

Introducción.

Una vez expuesto este breve panorama que permite situar la investigación en el análisis de la salud-enfermedad y su relación con las condiciones de vida de los habitantes de los dos sectores de estudio, así como los objetivos a alcanzar; en el presente capítulo primeramente se expone cómo la salud y la urbanización se han visto vinculadas en ese intento de la población de aspirar a mejores niveles de vida en las ciudades; también, estrechamente ligado a lo anterior se describe cómo el rezago en la cobertura social de servicios tanto básicos como especializados, han sido factores presentes en la población que vive en situación de pobreza. Con relación a esta problemática, se exponen diferentes posturas de autores que la han abordado en sus estudios, así como algunas de las corrientes teóricas que han vinculado a la pobreza con la migración, y los programas sociales implementados en nuestro país para la atención de la pobreza.

Posteriormente, se presentan algunas aproximaciones conceptuales realizadas por distintos autores, organismos e instancias correspondientes para conocer el vínculo de la calidad de vida y las condiciones de salud, que han conducido a caracterizar las condiciones sociales y económicas en que se encuentra la sociedad en general como elementos determinantes de su crecimiento y desarrollo. Para tratar de establecer una relación más estrecha entre la configuración urbana, el fenómeno de la pobreza y las condiciones de vida y salud, se presentan los enfoques de la relación salud-enfermedad que han predominado en la sociedad, considerando la postura de distintos autores que han escrito sobre las representaciones sociales históricas y contemporáneas de la salud y la enfermedad.

Finalmente, se cierra con una recapitulación, haciendo énfasis en las decisiones que permiten la aproximación al fenómeno de estudio de esta investigación, para posteriormente abordar el diseño metodológico implementado en los dos sectores y los casos específicos de estudio.

2.1. Salud, población y urbanización.

2.1.1. La salud y el crecimiento de las ciudades.

Si se parte del acelerado ritmo de crecimiento que se ha registrado en las urbes, esto indica que ha propiciado una atracción hacia ellas generando que la población busque mejores

alternativas de supervivencia y subsistencia socioeconómicas. En 1810 existía una ciudad en el mundo, Londres, que superaba el millón de habitantes; en la actualidad existen veinte ciudades con más de 10 millones de habitantes, y treinta y cinco con más de 5 millones, la mayoría localizadas en el sur del planeta; esto ha conducido a estimar que en los próximos quince años habrá veinticinco ciudades con una población superior a 20 millones de habitantes¹.

La marcada industrialización en Europa, propició que se presentara el fenómeno migratorio a las ciudades, alcanzando también los demás continentes, es decir, se convirtió en una situación a escala mundial. Con decir que en 1950 vivían en las ciudades 734 millones de personas, para 1990 el número había ascendido a 2,390 millones, esto indica que la población urbana mundial había más que triplicado la cifra de 1950, cuando sólo un 29 por ciento de la población total residía en ciudades frente al 45 por ciento registrado en 1990².

En 1998, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estimó, que para el año 2025, aproximadamente las dos terceras partes de la población viviría en ciudades urbanas, ya que tan sólo a fines del siglo anterior se calculó que la población mundial se situó alrededor de los 6,300 millones de habitantes. Además, la ONU confirmó la existencia de 1,200 millones de personas que habitaban en condiciones precarias en los grandes núcleos urbanos, esto por la indisponibilidad de agua potable, electricidad y vías de acceso, o porque carecían de condiciones sanitarias y educativas (OMS, 1996). Con esta afirmación del organismo, se aprecian las características esenciales que a nivel mundial catalogan a naciones como pobres o en vías de desarrollo, lo que permite establecer que a pesar del crecimiento alcanzado en las urbes, existen grupos poblacionales que se han visto en desventaja social y económica al no disponer aún de satisfactores necesarios para su desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud afirmó que la población urbana de los países en desarrollo se quintuplicó, pasando de 286 millones en 1950 a 1,515 millones en 1990. Con esto resulta claro afirmar que la población urbana de estos países resultó mayor que el conjunto de las poblaciones urbanas de Europa, América del Norte y Japón. Otro dato significativo que presentó el organismo, es que en 1950 sólo había una ciudad de los países en desarrollo con una población superior a los 5 millones, mientras que en 1970 se presentaron once ciudades, y para el año 2000 se estimaron treinta y cinco ciudades. De estas últimas se pronosticó que once alcanzarían una población entre los 20 y 30 millones (OMS, 1996).

Con estos acontecimientos, es fácil precisar que las políticas poblacionales y migratorias para detener el movimiento hacia las ciudades en los países en desarrollo han fallado, y en su lugar se ha tratado de promover la planificación familiar y el menor tamaño de las familias, esto con el fin de lograr una mejor distribución de los servicios y acceso a ellos. Sin embargo, la misma OMS (1996) indicó en su informe de las discusiones técnicas celebradas en la XLIV Asamblea Mundial de la Salud, que la crisis de la salud en las ciudades era causada

¹ Información obtenida de la página web Infomundi. Medicus Mundi España (2003): <http://med.unex.es/medmund/infomundi.html>

² Información obtenida de la página web Infomundi. Medicus Mundi España (2003): <http://med.unex.es/medmund/infomundi.html>

principalmente por la migración interna que se había registrado en la mayoría de los países en desarrollo. Con esto, se afirma que sólo en países desarrollados la mayor parte de la población dispone de los servicios e infraestructura básica, pero en América Latina y particularmente en México, se ha visto que las soluciones a los problemas social-urbanos se plantean una vez que han surgido los conflictos, por lo que se tienen que buscar nuevas estrategias (programas emergentes, asistenciales o focalizados) para poder atender a las personas que se han encontrado al margen de la seguridad social.

Existen 54 programas en la OMS administrados por las diferentes divisiones al interior de la organización; algunos de estos programas son: salud ambiental, epidemiología, salud de la educación, enfermedades contagiosas, biología y control de vectores, salud mental, desarrollo de la fuerza de trabajo en el sector salud, enfermedades no contagiosas; además, programas específicos de control de la malaria, de enfermedades parasitarias, de inmunización, de control de enfermedades diarreicas, información biomédica, entre otros (Roemer, 1996:446).

Sin embargo, y de acuerdo con Roemer (1996) pese a esta cantidad de programas de atención, la distribución de los recursos no ha sido lo suficientemente equitativa; los resultados positivos en cuanto a los éxitos alcanzados, sólo han podido reflejarse a escala de regiones en el mundo, mientras al interior de cada uno de los países la división entre los que aspiran a una condición saludable y los que no, se acentúa aún más.

Esto sin duda, confirma el planteamiento que realizó el Centro para el Desarrollo Económico y Social de América Latina (DESAL, 1969) al presentarse por varias décadas características similares en las sociedades latinoamericanas, representadas por la corriente de la sociedad moderna “como una región carente de dinamismo interno y de desintegración social, con grandes desniveles en las condiciones de vida de su población, por carecer de estructuras de participación, sin las cuales no podría darse la integración social” (Schteingart, 1998).

Es en este proceso, donde guardan una relación estrecha las problemáticas sociales al interior de las ciudades con el impacto que han generado en la salud de la población, por lo que “una de las disciplinas que más se ha dedicado a estudiar estos acontecimientos es la planificación urbana” (Blanco y Sáenz, 1994:11). Sus estudios han tratado de vincular las condiciones en el medio social y urbano con los comportamientos relativos a la salud de los habitantes, como pueden ser: los patrones de alimentación, los patrones reproductivos, el uso de los servicios de salud e higiene personal, entre otros; además, al mismo tiempo, la medicina social se ha interesado en los últimos años por el estudio de los impactos del proceso de urbanización en las condiciones de vida y salud de la población, lo anterior, con la finalidad de esclarecer las determinaciones sociales de los procesos salud-enfermedad en el ámbito de las ciudades (Blanco y Sáenz, 1994).

Estos argumentos expresados por los autores, hacen que el estudio se ubique en el contexto social, económico y urbano particular en el cual se han presentado las características propias e internas de las colonias de estudio, además, visto desde el desenvolvimiento de sus habitantes en sus actividades con el afán de aspirar a mejores condiciones de vida y salud. Los estudios comparativos realzan la importancia en sus hallazgos y formas de comprender “lo social” desde distintos ámbitos pero enfocados a un mismo fenómeno de estudio.

Una vez expuesta la relación intrínseca que guarda el crecimiento urbano con los problemas de salud que de la misma se pueden generar, es necesario abordar brevemente la forma en que nuestro país ha concebido el término de planeación como estrategia de búsqueda de un mejor desarrollo de la sociedad.

2.1.2. La planeación urbana en México.

Desde el inicio del presente trabajo, se ha considerado el proceso de urbanización seguido en nuestro país como un elemento que ha repercutido en las formas de acceso a mejores condiciones de vida y salud, esto por el hecho de que las familias que han querido encontrar un espacio digno para vivir en las ciudades, al asentarse, en sus comienzos lograron conformar colonias desprovistas de los servicios básicos y especializados. Por ello, sin pretender ahondar en la forma en que se ha concebido el término planeación urbana, es conveniente conocer cómo se ha enfocado para el caso de nuestro país.

Se puede decir que los primeros trabajos referidos a la planeación regional y urbana se encuentran después de 1935, precisamente del primero que se tiene noticia fue elaborado por la *Secretaría de Agricultura y Fomento* en 1936 proponiendo explícitamente una planeación territorial; junto con este trabajo, los primeros intentos de planeación territorial en México, realizados entre 1940 y 1960, se sustentaron en la idea de la región como soporte físico de las políticas sectoriales, situación recurrente en México donde la planeación de todo tipo se confrontó siempre con la organización sectorial prevaleciente en el gobierno federal (Ornelas, 1998).

Este mismo autor (Ornelas, 1998) manifiesta que la política regional emprendida en esas dos décadas tenía como propósito implícito difundir las relaciones de producción capitalistas en la mayor parte del país, y como objetivo, la disminución de las desigualdades regionales. Al finalizar ese periodo puede afirmarse que el primer propósito se logró en mayor medida que el objetivo planteado, incluso el balance en este caso resulta contraproducente, pues lo que se alcanzó fue impulsar el desarrollo de las regiones centro, norte y noreste del país, mientras que el resto del país se atrasaba significativamente (Rangel, 2001). Estas decisiones mostraron claramente la visión del gobierno mexicano en busca del desarrollo de la nación; la tendencia era obvia, un país dividido en dos vertientes, sin embargo, ha resultado notorio en nuestros días que “el norte del país presenta mejores condiciones de desarrollo” mientras el sur continúa en situaciones precarias de subsistencia.

Por su parte, Guillermo (2000) afirma que en los últimos cien años (1895-1995) se transformaron las condiciones de poblamiento del país, es decir, de actividades meramente agrícolas se dio paso a una economía industrial, pues al poblarse distintas partes del norte del país se consolidaron importantes ciudades medias y grandes, logrando concentrar el 50 por ciento de la población nacional. Este crecimiento industrial junto con el de los servicios ha sido uno de los factores por los que la sociedad se trasladó hacia las ciudades en busca de mejorar sus condiciones de vida, pero al mismo tiempo ocasionó que se rebasara el límite poblacional, repercutiendo finalmente en sus condiciones de salud por la escasez en los distintos ámbitos sociales y económicos a que se han enfrentado.

Continuando con esta idea, Díaz (2003) enfatiza que en la actual etapa de globalización la planificación urbana se ha sometido a un cuestionamiento, resultando notorio la anteposición del proyecto globalizador a la planeación interna del país. Desde la década de los 90's, Castells (1991) manifestaba que en muchas ciudades como consecuencia de la adopción de políticas económicas y urbanas neoliberales, se habían acentuado las desigualdades sociales, y con ello crecido la división socio-espacial produciéndose un deterioro importante de la calidad de vida de la población. Esto a la vez, desencadenó una serie de problemas que la sociedad urbana ha estado enfrentando día con día, como la falta de servicios básicos y los especializados en salud y educación, los ambientales, de infraestructura urbana, entre otros; lo anterior como resultado del incremento notable en la población de ciudades intermedias del país (Díaz, 2003).

Ornelas (1998) comenta que fue en la década de los 70's, cuando los efectos del proceso de urbanización empezaron a ser preocupación reiterada por parte de las autoridades mexicanas, culpando a la urbanización, no al capitalismo o a la política económica adoptada, de la proliferación de los sectores empobrecidos y marginados del país, así como de la creciente desigualdad entre clases sociales y regiones, ya que para el gobierno federal la hiperurbanización era provocada por el comportamiento biológico (crecimiento apresurado de la población) y social de los pobres (migración). Esta es una de las pautas que conduce a observar el fenómeno de estudio, pues tanto la zona conurbada del sur de Tamaulipas como el área metropolitana de Monterrey, aún perteneciendo a la zona norte "desarrollada" del país, se ha observado que han prevalecido por décadas grupos poblacionales al margen de los beneficios sociales, como producto de las políticas que manifiesta el autor.

Guillermo (2000) expone tres características que han enmarcado el patrón de distribución, tamaño y velocidad del crecimiento poblacional en el país: primero, las características históricas y culturales de la población; segundo, el medio natural y sus rasgos; y tercero, el desarrollo socioeconómico y tecnológico. Esto resume, las características que México ha presentado en su historia como nación: una profunda desigualdad en el plano de lo social, que se ha reflejado en lo regional y en cualquier ámbito de nuestra sociedad, particularmente el nivel de desarrollo y las desigualdades en las condiciones de vida han influido en la salud de manera determinante, la disposición de agua potable, drenaje, servicios de limpieza, las condiciones de la vivienda, el acceso a los bienes básicos y la alimentación, el nivel educativo, las condiciones de trabajo, son entre muchos otros factores que se concretan en el carácter e intensidad de los riesgos para la salud y en el perfil de los daños ya constituidos (Rodríguez, 1992).

Bajo estas condiciones que han quedado enmarcadas en la evolución del proceso de urbanización, resulta claro el panorama de inequidad que se ha presentado en la distribución de la población por regiones en el país. Primeramente, la concentración de la población en un número reducido de regiones; también, el crecimiento demográfico ha sido producto de la consolidación de regiones expulsoras y concentradoras; y por último, dentro de la concentración, existen espacios escasamente poblados (Guillermo, 2000). Estas características son fáciles de apreciar al interior de los estados de Tamaulipas y Nuevo León, donde se ubican las colonias de estudio, por una parte el área metropolitana de Monterrey la región central del

estado es la que ha concentrado la mayor parte de la población³, y por otra, la zona conurbada del sur de Tamaulipas, el centro del estado y la zona fronteriza son las que presentan el mayor índice poblacional⁴.

Precisamente, y de acuerdo a como se ha presentado este fenómeno social llamado urbanización, se comparte la postura de Díaz (2003), al enunciar que el análisis comparativo de la evolución de las ciudades, y para los casos del presente trabajo específicamente al interior de las comunidades de estudio, en cuanto a su conformación socio-espacial se han presentado ciertas regularidades, y a la vez, particularidades locales importantes, existiendo el principal aspecto común dentro de esta concentración en las ciudades que algunos han denominado como pobreza urbana (Fainstein, Gordon y Harloe, 1992; Mingione, 1996, citados por Díaz, 2003).

Por lo anterior, es conveniente abordar en un siguiente apartado, algunas de las concepciones y posturas que han tenido los estudiosos de la pobreza urbana y su relación estrecha con el factor migratorio en el interior del país, como consecuencia de este crecimiento y distribución urbana inequitativa en las regiones.

2.2. La pobreza urbana y los programas sociales de atención.

2.2.1. Conceptualización de la pobreza.

Al abordar el tema de la pobreza como escenario en el que han desenvuelto su vida los hogares, no se puede dejar de mencionar el fenómeno migratorio como elemento presente y significativo. Algunos autores lo han considerado como la columna vertebral que ha marcado los condicionantes del bienestar de buena parte de la población de nuestro país en su intento por aspirar a mejores condiciones de vida, en el interior del país o mediante el flujo hacia el vecino país del norte.

Es necesario considerar un concepto general que permita ubicar la migración como elemento importante en la constitución de la forma de vida de las personas que se trasladan hacia ciudades urbanizadas o en vías de serlo. Di Tella y otros (2001:460) argumentan que se entiende por migración “el desplazamiento residencial de población desde un ámbito socioespacial a otro, entendiéndose por éstos, los ámbitos donde las personas desarrollan su reproducción social cotidiana de existencia”.

Si ubicamos el contexto en que se ha desenvuelto el fenómeno migratorio en el país, mediante una reconstrucción histórica, en el período de 1876-1974 al suscitarse los conflictos de la Revolución, la población buscó como refugio principal la ciudad de México; ante situaciones adversas como la crisis agrícola y de empleo, se generó el desplazamiento hacia localidades rurales y urbanas más “seguras”, propiciando que el espacio territorial en el que se asentaban se constituyera como social y económicamente desintegrado (Ariza, 1999). De acuerdo a esta misma autora, Ariza (1999), es hasta 1974 cuando el Estado se interesa por el

³ Según Valero y Tijerina (1998) concentra el 93.5% de la población estatal.

⁴ De acuerdo a cifras del INEGI (2000) las principales ciudades de las zonas mencionadas del estado concentran el 73.30% de la población.

crecimiento de la población y se crea el órgano administrativo para hacer frente a las problemáticas de la población, esto a la postre, ubica a la migración interna en el siglo XX como el generador de los cambios demográficos en el país.

Al hablar sobre la migración, se le atribuye directamente a la relación entre la concentración de población y el grado de desarrollo del país, por lo que es preciso considerar las causas de esa relación dentro del fenómeno migratorio rural-urbano (Ravenstein y Zelinsky, citado por Ruíz, 1999) y para este trabajo se requiere tener en cuenta también el urbano-urbano.

Uno de los factores principales de la migración ha sido la sobrepoblación, pero la causa principal por la que la gente opta desplazarse es por mejorar su vida material; además, la migración significa vida y progreso, y una población sedentaria significa estancamiento (Ravenstein, citado por Ruíz, 1999). Para los fines de este estudio, esta segunda posición resulta cuestionable, pues depende mucho el contexto en que se ubique al interior de cada país, pero sobre todo en los municipios de origen y de recepción del fenómeno. Aunque este juicio a favor de la migración no llegó a los estudios hispanoamericanos, se consideró al fenómeno como una de las causas del deterioro social de las ciudades (Ruiz, 1999). Sin duda, cuando se ha hablado de este fenómeno migratorio dirigido hacia a las ciudades con “oportunidades de crecimiento y desarrollo”, se le establece un vínculo con la pobreza urbana, que ha sido producto o consecuencia de la búsqueda incesante de una nueva forma de vida en las urbes.

A partir de la idea de Altamirano (1988), la pobreza se presenta como una situación de insatisfacción de un conjunto de necesidades básicas de existencia en un determinado estrato social, asociado a un estilo de vida; habría que enfatizar que no puede ser aplicado en igual forma a campesinos o migrantes campesinos en las ciudades con un origen geográfico y cultural distinto. De ahí que la utilización de indicadores predominantemente económicos para determinar a los pobres y a los no pobres, sea considerado como insuficiente y hasta arbitrario, porque corresponde al punto de vista de los investigadores y no necesariamente del investigado.

Esta aseveración resulta esencial en la determinación de las condiciones materiales de vida que presentan las unidades domésticas de estudio. No se puede categorizar a priori, si todos los hogares de la muestra obtenida se encuentran dentro de una misma escala de pobreza determinada, sino más bien, como se ha enfatizado desde el planteamiento y justificación del presente estudio, solamente se requiere enunciar y presentar las características socioeconómicas generales predominantes, para posteriormente centrar la investigación en los casos específicos que han presentado una mayor vulnerabilidad con respecto a su condición actual de vida y salud. Además, el autor (Altamirano, 1988), al definir la pobreza en el marco de dos niveles de abstracción, para esta tesis es importante sólo “el nivel relativo”, porque así puede compararse la situación de pobreza urbana de ambas colonias.

Algunos lineamientos de este mismo autor, (Altamirano, 1988) hacen mención de las diferentes corrientes centradas en estudiar la pobreza rural y urbana, desarrollada de acuerdo a sus propios conceptos y categorías descriptivas y analíticas; éstas se encuentran representadas por:

- a) La corriente economicista, que se enfocó a estudiar la pobreza rural, planteando una doble explicación: primero, la pobreza rural y urbana como una derivación, en el caso rural, de la escasez de recursos básicos, como la tierra, el capital, la tecnología y mano de obra especializada; en el contexto urbano, como producto de la falta de recursos ocupacionales; además, la escasez de recursos y el salario inadecuado serían las razones fundamentales de la pobreza; la segunda explicación sostiene que la pobreza rural y urbana es resultante de la desigual distribución de los recursos claves y escasos, y del ingreso, característica fundamental de la estructura económica que coloca a los campesinos y los migrantes pobres en las ciudades en la base de la pirámide del ingreso (Altamirano, 1988).
- b) La tendencia de la diferenciación interna, afirma que los campesinos y los migrantes de origen rural en las ciudades son sectores internamente diferenciados. Esta es originada por el acceso diferenciado de los campesinos a los recursos sociales y económicos de carácter fundamental interno (tierra, trabajo) y el acceso diferenciado a los recursos ocupacionales, educacionales y de servicios entre los migrantes en la ciudad. La capacidad o incapacidad de adaptación social, cultural y económica de los migrantes en las ciudades, dependen de la trayectoria individual, familiar y social del migrante (Altamirano, 1988).
- c) La tesis de las clases sociales, sostiene que el campesinado y los migrantes de origen rural en las ciudades, son clases sociales que se forjan en oposición a una burguesía rural y urbana. Estas clases, generalmente no tienen acceso directo a recursos, y para seguir reproduciéndose social y biológicamente venden su fuerza de trabajo a otra clase social dominante y hegemónica, en un contexto de relaciones capitalistas de producción. (Altamirano, 1988).
- d) La perspectiva de la cultura de la pobreza, enfatiza la diferencia básica de esta tendencia con las tres anteriores, para los estudiosos de este campo, la pobreza rural y urbana no solamente es un estado económico y social caracterizado por la permanente escasez de recursos y la consecuente insatisfacción de necesidades, sino también tiene un contenido cultural y valorativo, percibido por el propio pobre (Altamirano, 1988).

En este trabajo se deja abierta la posibilidad de presencia de las distintas corrientes expuestas, lo anterior, porque puede estar presente una diversidad cultural en los estilos de vida de las unidades domésticas debido a los distintos lugares de procedencia que puedan presentarse al interior de las colonias, tanto de la forma rural-urbana como urbana-urbana, y al mismo tiempo, por la ubicación de cada uno de los sectores de estudio, que tienen influencia tanto de la región huasteca como de la región norte, así como de otros estados del país.

Si se situara en la segunda corriente, pudiera ser analizada desde una visión diferenciada, de acuerdo al número de años que tienen viviendo en las colonias y a las distintas dificultades a las que se han enfrentado para lograr ubicarse o posesionarse en sitios o suelos que recién se han integrando a la urbanización. Regularmente en cada una de las comunidades en que se establecen se podrá apreciar si existe o no una marcada presencia de ciertos estados vecinos que pueden ser considerados como expulsos.

Dentro de las dificultades por las que han pasado para poder establecerse en sus actuales predios, como la carencia de servicios y recursos básicos con las que han vivido durante gran parte de su estancia en las colonias, se puede conocer y analizar si es acorde con la tesis de las

clases sociales para saber cuáles han sido los factores que las personas consideran han condicionado su estado de salud, y a partir de esto, si estos elementos han limitado su acceso o no, a la educación y a las actividades laborales formales, que en muchas ocasiones logran solucionar por medio de las redes sociales internas y externas que establecen.

Lo anterior hace que el estudio se sitúe dentro del contexto en que cada una de las mujeres madres de familia percibe, en su situación actual de vida y salud, tal y como ellas lo nombran o significan; esto conduce a estar en concordancia con Boltvinik (1994), cuando expresa que la definición de la pobreza depende de los objetivos que se persigan en el estudio, pues el concepto no es único, y adquiere cierta concepción de acuerdo al contexto.

Dicho esto, se llega a una conceptualización que Lustig (2002) retoma de diversos estudios de carácter subjetivo, y que expresan cuando una persona se siente o se asume como pobre:

La pobreza es una experiencia de carencias múltiples, una persona se siente pobre cuando no tiene suficiente dinero para comer, vestirse, cobijarse, en fin, desempeñarse en la vida cotidiana de manera digna; una persona se siente pobre cuando se enferma y no tiene recursos para cubrir sus gastos médicos; una persona se siente pobre cuando pierde su empleo o su cosecha y su familia se queda sin sustento, cuando no puede tener acceso a niveles básicos de educación; cuando por su condición de pobre o el color de su piel no tiene las mismas oportunidades que los demás, recibe malos tratos de las instituciones públicas y los grupos sociales privilegiados (Lustig, citado por CONAPO, 2002).

Esto conduce a estar de acuerdo con López (2001) al manifestar que la pobreza es heterogénea, es decir, al interior de un grupo social se encontrarán diferentes tipos de pobreza; esta situación, según el autor, ha conducido a la conceptualización de los diferentes niveles de pobreza y a la vez al problema de su medición. Este último aspecto no se aborda en el presente trabajo, pero con la aportación de la información generada dentro de cada unidad doméstica, puede servir como una base para posteriores investigaciones que presenten distintos enfoques sociales.

Además, como parte de esa aproximación a la situación de pobreza en que se encuentra habitando la población de ambos sectores, es pertinente recurrir a la posición que toma Arzate (2003), al enunciar que la perspectiva teórica cualitativa en el caso de la pobreza es útil para comprender que ésta no es un dato estadístico, sino una realidad en la vida cotidiana, es decir el mundo de vida, y por tanto, implica la comprensión de situaciones específicas o la lectura desde lo social de una serie de formas concretas de vivir, de ampliar y construir esferas públicas alternativas, pero también por el contrario, de reforzar las estructuras de dominación y el status quo. Quizá en este punto quede enmarcada la “actitud natural” que en la fenomenología se plantea como concepto clave, siendo la manera en que el hombre está en el mundo, en el ámbito de la vida cotidiana (Schutz, 1952, citado por Ritzer, 2001).

Estos perfiles expuestos, son los que se aproximan a los objetivos del presente estudio viéndolo desde la relación salud-enfermedad y sus condicionantes, porque se estima que los grupos de población sean estos migrantes o no, una vez establecidos en los espacios urbanos de las ciudades, aunque ellos no se perciban a sí mismos como tales por el tiempo que tienen de arraigo en el municipio, la mayor parte de las ocasiones se consideran como unidades

domésticas que deben estar conformes con la situación que les ha tocado vivir, siendo escasas sus aspiraciones, teniendo una visión de gobierno asistencialista o de proveedor para solucionar sus necesidades, encontrándose en espera de lo que el gobierno realice. Aunque no se debe descartar, como se comentó líneas atrás, las diferentes estrategias que logran implementar para sobrevivir.

Una de las apreciaciones esbozadas, para tratar de entender quiénes viven en pobreza y quiénes no, es la que presenta Vélez (1994) cuando parte de la concepción de considerar a una persona como pobre cuando se encuentra en una situación precaria en la que carece de capacidades y/o oportunidades de desarrollo; manifestándose en escasos ingresos, insalubridad, desnutrición y vulnerabilidad a las enfermedades y a las inclemencias del tiempo.

Otro aspecto destacable de Vélez (1994) es la diferenciación establecida para conocer y detectar a la población que vive en pobreza extrema y pobreza moderada. Para ello, recurre a Levy (1990) y menciona que dentro de la primera están las personas que no tienen un nivel de nutrición suficiente, lo cual incide en su desempeño físico y mental, esto les impide participar en el mercado de trabajo y en actividades intelectuales como la educación; y en la segunda, se encuentra el grupo de familias que debido al grado de desarrollo de un país en un momento dado, no llegan a cubrir sus necesidades básicas, es decir, éstos a diferencia de los primeros sí tienen la capacidad pero no las oportunidades de participar en actividades económicas e intelectuales.

Más recientemente, la Secretaría de Desarrollo Social (2002) integró el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares estableció las líneas de pobreza considerando una canasta básica de alimentos y el ingreso neto total per cápita, quedando establecidos los niveles⁵ de la siguiente manera:

1. Pobreza alimentaria, este califica como pobres a todos aquellos hogares que no tienen ingreso suficiente para adquirir la canasta alimentaria, de esta manera es posible tener una primera medida de la incidencia de la pobreza.
2. Pobreza de capacidades, esta segunda medida de pobreza da cuenta del hecho de que el ser humano para potenciar sus capacidades personales necesita satisfacer otras necesidades básicas además de las alimenticias, tales gastos son los referentes a cuidados de la salud y educación básica.
3. Pobreza de patrimonio, el tercer concepto de pobreza agrega no sólo a la canasta alimentaria y a las necesidades consideradas en el concepto anterior, sino también aquellas que permiten al ser humano vivir de manera digna; estas necesidades adicionales son: vestido y calzado; vivienda, servicio de conservación, energía eléctrica y combustible; estimación del alquiler de la vivienda; y, transporte público.

Como se dijo en la introducción, en este trabajo de tesis no se considera como fundamental tener una medición de la pobreza de los sectores estudiados, sino solamente esta categorización permite ubicar bajo qué lineamientos se han catalogado a los hogares en

⁵ Estos niveles pueden consultarse en la página web de la Secretaría de Desarrollo Social: www.sedesol.gob.mx, Comité Técnico para la Medición de la Pobreza.

situación de pobreza; y partiendo de la posición en que las colonias han sido consideradas como tales desde el momento en que han sido beneficiarias de los programas sociales llevados a cabo por distintas instancias de gobierno, acceder a conocer y comprender la apreciación que los actores sociales tienen de su estado de salud-enfermedad y sus condiciones de vida en general.

Una vez expuestos los conceptos y determinaciones anteriores, en el apartado siguiente se presentan los programas sociales que se han dirigido a la atención de la pobreza. No se pretende ahondar en cada uno de ellos, sino simplemente esbozarlos como un marco en el que los habitantes de las colonias que se han visto en estas condiciones de depauperización, se les ha atendido con una serie de estrategias (programas asistenciales) tratando de “coadyuvar al mejoramiento de sus niveles de vida”.

2.2.2. Programas sociales de atención a la pobreza y a la salud.

Como una respuesta para brindar atención a la población en condiciones de pobreza tanto rural como urbana, en nuestro país se han llevado a cabo una serie de programas de asistencia social, los cuales se han implementado de acuerdo a los Planes Nacionales de Desarrollo dentro de la política de desarrollo social, mismos que han contemplado el factor salud como esencial para el desarrollo de la nación. Es por esto y acorde con la idea de León (1998:237), se puede decir que “las políticas sociales aparecen como instrumento deliberado del poder del Estado para dar contenido y realidad a los derechos sociales jurídicamente establecidos; existe un reconocimiento explícito y la aceptación de la obligatoriedad inherente a tales derechos de tal manera que, con frecuencia, se establece una relación directa entre el cumplimiento de estas responsabilidades y la legitimidad de quienes ejercen el poder”.

Como una muestra de ello, la forma en que el Gobierno Federal ha encaminado sus diferentes estrategias para hacer frente a las diversas problemáticas sociales, fue estableciendo programas como los que se mencionan a continuación:

- a) el Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (PIDER) durante el sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), que tuvo como propósito la generación de empleos y la realización de obras de infraestructura y servicios (Ordóñez, 2000);
- b) la Coordinación General de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) con José López Portillo (1976-1982), el cual trató de aprovechar la potencialidad productiva de los grupos marginados y elevar la eficacia de los recursos disponibles en sus zonas (Ordóñez, 2000); dentro de este mismo programa se presentó un estudio acerca de los niveles de pobreza en el país, mediante el índice de marginalidad se utilizaron múltiples indicadores; además, es preciso comentar que se dejó en claro que la frontera entre salud y enfermedad, pues más que estados excluyentes, se les consideró como polos opuestos de un mismo ciclo (Rodríguez, 1992);
- c) el Programa de estabilización mexicano (Pacto de Solidaridad Económica) en la administración de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) con la finalidad de mantener los subsidios y los precios de los bienes de consumo básico y algunos servicios (Unda, 2003); en marzo de 1984, se integra por decreto el Programa IMSS-

Coplamar a la autoridad de los servicios estatales con guía normativa de la SSA (Gutiérrez, 2002);

- d) el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) intentó acabar con la pobreza extrema mediante acciones dirigidas por parte del Estado (Unda, 2003); en este período se instituye el Programa de Atención de Servicio de Salud para la Población Abierta (PASSPA); es destacable, que Levy (1994) proponía la línea directriz que debía tomar este programa, siendo cuatro las características principales: a) localizarse en las áreas con índices más elevados de pobreza, b) proporcionar alimentos nutritivos, c) proporcionar gratuitamente medicina preventiva, y, d) una oferta sostenida de prestaciones; argumentos que posteriormente poco a poco serían llevados a cabo por medio del *Progresas y Oportunidades*.
- e) posteriormente, como una nueva estrategia en los programas de atención a la pobreza, surge el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) bajo el mandato de Ernesto Zedillo (1994-2000), mismo que buscó mejorar la calidad de vida de la población en pobreza extrema de áreas rurales y atender problemas de desnutrición, enfermedad y evitar el fracaso escolar en la educación básica (Millán, 2001; Arteaga 2003).

Este último, se convirtió en uno de los programas sociales enfocado a atender las problemáticas de salud en los sectores empobrecidos, a partir de 1997 dirigió sus acciones a atender a niños en pobreza extrema, principalmente de áreas rurales, mediante el esquema tradicional de apoyos monetarios con incentivos financieros para las familias, dirigidos al desarrollo en capital humano en los tres aspectos que ha contemplado el programa (Gertler, 2000).

Durante el actual gobierno de la República, a partir de marzo de 2002, el *Progresas* cambia de nombre, y se constituye como Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades*. Bautista, Martínez, Bertozzi y Gertler (2003) realizaron una evaluación del programa, y dieron a conocer algunos de los logros alcanzados en materia de salud desde 1997, dichos logros se centraron en el aumento de consultas por parte de las personas beneficiadas. Con ello, se obtuvo “un mayor uso de los servicios de salud”, presentando como justificación que el número de consultas por casos de desnutrición había presentado una severa disminución.

Por lo anterior, pudiera argumentarse tal y como lo expresa León (1998:238), “el reconocimiento de la salud como uno de los derechos sociales básicos se funda en su carácter de necesidad primordial, trascendente para la supervivencia y desarrollo de individuos, familias y grupos, así como para todo conjunto social”, esto como elemento clave en la atención por parte de las diferentes instancias federales de las administraciones de gobierno.

Desde la implementación del *Progresas* la entrega de los beneficios requirió de la participación activa de las familias beneficiarias para cuidar su salud y alimentación, las cuales recibirían el apoyo monetario en alimentación si daban cumplimiento a los siguientes requisitos: a) cada uno de sus integrantes tendría que acudir a los centros de salud a recibir atención de salud de tipo preventiva; b) se vigilaba el peso y talla de los niños menores de 5 años y las madres en periodo de lactancia cuidaban su alimentación. Con esto, tendrían asegurado los suplementos alimenticios y las madres también acudirían a sesiones educativas relacionadas con la

alimentación e higiene; además, c) las mujeres embarazadas se consultarían para aprender sobre el control prenatal, recibir suplementos alimenticios y pláticas dirigidas al cuidado de su salud (Gertler, 2000).

Uno de los aspectos positivos externados sobre la forma de canalizar directamente los recursos a las familias, fue que las transferencias en efectivo podrían incrementar la salud de los niños del hogar, considerándose que la primera causa de la deficiente salud infantil se atribuía la restricción económica enfrentada por los padres. De esta manera, los apoyos en dinero permitirían a los padres de familia eliminar esta restricción y distribuir los recursos hacia las necesidades más apremiantes de sus hijos, por ejemplo, alimentos nutritivos; aunado a esto, la otra propuesta para mejorar la salud y alimentación infantil sería por medio de la provisión directa de cuidados a la salud gratuitos y apoyos alimenticios (Gertler, 2000). Además, Bautista, Martínez, Bertozzi y Gertler (2002), enfatizaron en el incremento en la cobertura del Programa, pues *Progres*a inició en 1997 beneficiando a 300 mil familias en 10,769 comunidades rurales; en el 2001 cubría 67,737 localidades en 2,317 municipios y más de 3.2 millones de familias; para fines de 2002, el Programa beneficiaba ya a 4.24 millones de familias, que representan alrededor de 21 millones de mexicanos o más del 20% de la población del país recibiendo beneficios del Programa.

Aún y con estos alcances del *Progres*a, Escobar y González (2002) se dieron a la tarea de realizar una evaluación cualitativa basal en casos específicos de comunidades rurales y semiurbanas, en los cuales pudieron detectar algunas fallas en su operación, como ejemplo de ello pueden enumerarse la falta de medicamentos, sustituyéndolos con los de tipo similar, generando una respuesta de los médicos positiva y clasificándolos como mejores; también, un factor central que lograron conocer fue la apreciación de las personas con respecto al tipo de atención recibida, encontrando que muchas familias consideraron al personal como carente de preparación, además, de que el equipo e instrumental médico utilizado presentaba falta de higiene. Otro de los aspectos que más molestias ocasionaba a la gente, era la falta de seriedad por parte de las autoridades médicas para ser atendidas en el día en que lograban obtener su cita médica, ya que en ocasiones tenían que asistir en otra ocasión por no alcanzar ficha para el día y hora en que les correspondía.

Quizá para este Programa, el mayor logro se consolide con la meta trazada para el año 2006, cuando alcancen los “5 millones de familias más pobres de México”, pero sin considerar los factores cualitativos que en su proceso de cobertura han presentado, sobre todo la apreciación que ha tenido para la población beneficiada su estado de salud en la actualidad, bajo el contexto social, económico, urbano y ambiental en que han vivido al interior de las urbes.

Por otro lado, como parte de las acciones que se han dirigido como intento de alcanzar la universalidad en la dotación de servicios de salud en México, es necesario comentar que se han presentado una serie de cambios desde el origen del sistema de salud pública en 1905. Primeramente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy Secretaría de Salud, se consolidó en los años treinta como sistema nacional con la finalidad de brindar atención a las familias carentes de seguridad social. Posteriormente, en 1943 al establecerse el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y a la vez por las políticas de industrialización, de alfabetización, la misma urbanización creciente y el crecimiento de la clase media, conduciría a la separación de los servicios de salud; por un lado, el IMSS, se encargaría de la población

asegurada, y por el otro, la SSA, para atender las necesidades de la población abierta (Gutiérrez, 2002).

Otro de los cambios presentados, se dio en 1983, cuando se promulga la Ley General de Salud, quedando establecido para toda la población el derecho a la asistencia social, a la atención médica y a participar de los beneficios de la salud pública, en este aspecto la SSA sería quien coordinara el proceso de desconcentración de los servicios. Además, para 1989, de acuerdo a las medidas adoptadas de parte de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se lleva a cabo el proyecto de instrumentar jurisdicciones sanitarias para apoyar los Sistemas locales de salud (Silos) al interior del país (Gutiérrez, 2002).

Con estas medidas, es en el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, y bajo el esquema del Pronasol, cuando el Estado orienta su acción en su lucha contra la pobreza a través de la asistencia social: se promueven pequeñas unidades médicas de primer nivel que al ubicarlas en los municipios, intentan responder a las necesidades de 45 millones de mexicanos pobres y 17 millones más en pobreza extrema, población en que aumentaba la presencia de enfermedades consideradas como propias de la pobreza, como la desnutrición, las infecciones intestinales y las infecciones respiratorias agudas. Con lo anterior, hacia fines de la década de los noventa, con los nuevos patrones de vida, como producto del crecimiento urbano, conduciría al cambio epidemiológico teniendo mayor incidencia las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, los padecimientos mentales, las adicciones, las lesiones, el sida, entre otros, en tanto la esperanza de vida se incrementa y la mortalidad en general se reduce (Gutiérrez, 2002), como puede verse en la siguiente tabla:

TABLA 3
Principales causas de mortalidad en México 1987-1999.
(Número de defunciones)

Concepto	1987	1990	1995	1999
<i>General</i>	<i>406 913</i>	<i>422 803</i>	<i>430 278</i>	<i>452 558</i>
Enfermedades del corazón (excepto fiebre reumática)	41 117	58 014	68 058	71 459
Accidentes, envenenamientos y violencia	61 749	58 904	56 919	54 669
Tumores malignos	37 437	41 168	48 292	54 443
Diabetes mellitus	24 092	25 782	33 316	43 219
Enfermedad cerebrovascular	18 299	19 760	23 400	25 886
Cirrosis hepática	16 368	17 902	21 245	27 199
Neumonías, influenza y otras infecciones respiratorias agudas	23 476	24 848	21 707	18 645
Ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatal	20 524	23 063	20 503	19 415
Enfermedades	29 881	22 196	9 585	5 612

infecciosas intestinales				
Avitaminosis y otras				
deficiencias	9 310	11 788	10 162	10 680
nutricionales				
Las demás causas	124 660	119 378	117 091	121 331

Fuente: Gutiérrez (2002), obtenido del INEGI.

Por su parte, la SSA (2004) enfatiza que hasta hace unos años las enfermedades que afectaban más frecuentemente a los mexicanos se asociaban a una escasa disponibilidad de agua de calidad bacteriológica adecuada o al consumo de alimentos contaminados con residuos de excretas humanas; hoy, la mayor parte de los riesgos se relacionan con hábitos de vida dañinos: sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, y dietas hipercalóricas, entre otras. A ellos, debe agregarse la violencia y en especial la más común, la que se dirige contra las mujeres.

Entre 1950 y 2000 la proporción de muertes atribuibles a enfermedades no transmisibles en México, pasó de 44 a 73% y la proporción atribuible a las lesiones de 6 a 13%. Menos del 15% de la carga de enfermedad se debe hoy a infecciones comunes y problemas relacionados con la reproducción y la mala nutrición (SSA, 2004). “Esta transición epidemiológica alcanza su expresión más clara en el caso de la diabetes, que se ha convertido en la primera causa de muerte en el país; las muertes por diabetes están creciendo a un ritmo anual de 3% y los factores que favorecen su desarrollo, como la obesidad, son cada vez más prevalentes en la sociedad mexicana” (SSA, 2004).

En los estudios de Evans, Barber y Marmor, demuestran que no sólo la pobreza está asociada a las enfermedades, sino también, la salud de una población es correlativa de una mejor distribución del ingreso; señalan, que en condiciones de pobreza una enfermedad puede llenar el espacio de otra ya erradicada, lo que propicia la inquietud sobre las políticas unilaterales que combaten algunas enfermedades de manera específica sin atender el entorno socioeconómico (Foladori, 2004).

Lo rescatable de estos puntos acerca de los programas y estrategias de atención social a la salud y cómo se ha presentado la evolución de las enfermedades en nuestro país, es de interés para esta tesis porque al ubicarse los sujetos de estudio en colonias que han recibido apoyos de atención a la salud, se requiere conocer cuáles son las enfermedades que prevalecen en estos sectores, y además, la concepción que tienen del entorno social y ambiental en que se han encontrado viviendo por varios años. De ahí, que es necesario dedicar las líneas siguientes para conocer cómo se ha estudiado la relación entre las condiciones de vida y la salud, y qué indicadores son los que se han tomado en cuenta para establecer la posición o nivel de vida de la población.

2.3. Condiciones de vida y salud en la población.

2.3.1. Relación que existe entre los términos condiciones de vida y salud.

En la década de los noventa, pero sobre todo a partir de las crisis económicas recurrentes del país, se fue agravando el deterioro de las condiciones de vida de la población (por ejemplo, en

el acceso a la vivienda, el vestido, la alimentación, a servicios de educación y atención médica, las posibilidades de utilización positiva del tiempo libre, entre otras) junto con esto, el impacto correspondiente sobre la situación de salud de la mayor parte de la población, especialmente de los grupos sociales marginados de desempleados y subempleados que constituían fundamentalmente la población abierta sin seguridad social atendida por las instituciones oficiales (Blanco, 1994).

El interés por conocer la relación entre condiciones de vida y salud es considerado como algo no reciente, pues ha sido notorio que la determinación de la salud por las condiciones de vida ha tenido lugar en toda forma de organización social y de ello se ha tenido conciencia en muchas sociedades. Desde el siglo II, Galeno planteaba que “la vida de muchos hombres era afectada por su ocupación, e inevitablemente tendrían algún daño por lo que hacían, algunos vivían así por causa de la pobreza y otros por la esclavitud” (Sigerist, 1987, citado por Blanco, 1994).

Puede decirse que con la Revolución Industrial y el surgimiento del capitalismo, en el siglo XVIII, esta relación de la salud y las condiciones de vida se expresa en sus formas más dramáticas en las ciudades europeas, cuando en 1790 Frank señalaba que “la miseria del pueblo era la madre de todas las enfermedades”; por su parte Engels en 1845, describió con detalle las miserables condiciones de vida imperantes a principios del siglo XIX en las ciudades industriales inglesas y sus efectos sobre la salud del proletariado que en ellas repercutía (Sigerist, 1987, citado por Blanco, 1994). Es en este punto donde se vincula, además de las condiciones de vida, el efecto que podía tenerse en la salud por el trabajo desempeñado por parte de las personas.

En este estudio se ha puesto énfasis en el término “condiciones de vida” por considerarse en relación más estrecha a la salud; como una forma de operativizarlo se ha hecho referencia al concepto “calidad”, que se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular, en cambio, el término “vida” es más amplio y contempla a los seres humanos; el problema inicial es que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas, por ello la calidad de vida es considerado multifacético (Fernández, 1998). En este sentido, aparece el concepto de “calidad de vida”, que ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, su auge como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente.

Grau (1998) comenta que la mayoría de los autores coinciden en afirmar que el término aparece en la década de los 70's y tuvo su expansión hacia los años 80's, encubierto por el desarrollo de conceptos tales como los de bienestar, salud y felicidad. Aunque sus antecedentes datan de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea, siendo en el contexto del debate entre los indicadores materiales y subjetivos del bienestar en el que surge propiamente el término. Algunos autores (Ferrel y colaboradores, 1989; Grau 1997, citado por Grau, 1998) remontan las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de filosofía y ética y aseguran que en algunos trabajos clásicos se usó este término para discutir los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento.

También, se ha argumentado que la primera persona pública que utilizó el término fue el presidente estadounidense Lindon B. Johnson, en 1964 (Bech, 1993, citado por Grau, 1998).

Otros señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las ciencias médicas para extenderse rápidamente a la psicología y la sociología, intentando desplazar otros términos más difíciles de operativizar como bienestar y felicidad (Moreno y Ximénes, 1996, citado por Grau, 1998).

Por lo anterior, la evolución del concepto de “calidad de vida” ha cursado por una continua ampliación a lo largo del tiempo, la mayoría de las veces se ha tratado de ampliaciones de la definición del concepto. Primero, en las antiguas civilizaciones el término se refería al cuidado de la salud personal; después, se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas; se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; pero a la vez, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos; y finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Oblitas, 2004).

Con esta percepción, y de acuerdo a diversos especialistas (Gyyatt, G. H.; Feeny, D.H., Patrick, D., 1993; citados por Schwartzmann, 2003) la incorporación del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surgió como una medida necesaria de mayor innovación en las evaluaciones. En la medicina nació como un elemento cualitativo en oncología⁶ para la evaluación de los tratamientos respecto al control de los síntomas y al desempeño del paciente, y luego se extendió a otras especialidades, para llegar en estos momentos a usarse como criterio al valorar la efectividad de las acciones de salud (Castillo y Arocha, 2001).

Al atender las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con las limitaciones y discapacidad que pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente interpretación personal de su salud (Nelson, 1989), apreciación importante para los fines que persigue este estudio, siendo a través de la interacción y diálogo con las personas como se puede acceder a este conocimiento subjetivo de sus condiciones de salud-enfermedad.

De acuerdo con Abreu (2000) el concepto de calidad de vida concierne a los atributos humanos que se emplean para construir futuros positivos, es decir, proyectos de vida; esto implica que los habitantes de un país determinado, dispongan de buena salud, de bienes y satisfactores, utilizando lo existente. Este punto resulta relevante, porque permite visualizar y comprender la calidad de vida como un fenómeno que enlaza tanto lo cuantitativo como lo cualitativo, además, se puede enfocar la apreciación de cada una de las personas hacia su estado propio de salud, pues como hace énfasis en la integración de aspectos tanto cualitativos como cuantitativos, posiblemente los habitantes de las colonias han recurrido a la implementación de estrategias curativas cuando no disponen de seguridad social o de los ingresos suficientes para consultarse en alguna clínica privada.

Blanco (1994) comenta que se han seguido dos vías para poder entender el proceso de salud-enfermedad en los grandes grupos poblacionales: la primera línea de investigación se derivó de la utilización del concepto “proceso de producción”, considerado como la clave de entendimiento del carácter social del proceso biológico humano en el proceso a través del cual el hombre entra en contacto con la naturaleza, transformándola y transformándose a sí mismo,

⁶ Según Larousse (2003) se refiere a la parte de la medicina que estudia los tumores.

o sea, en el proceso del trabajo (Laurell, 1986, citado por Blanco, 1994); la otra línea, se ocupó del examen de la distribución diferencial de la salud-enfermedad por clases sociales, partiendo de la categoría general “reproducción social”. Esta propuesta se expresa como la categoría que permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus clases sociales (Breilh, 1986, citado por Blanco, 1994). Con base en esta segunda línea, es como se han presentado avances en materia de la relación salud y condiciones de vida; con los procesos salud-enfermedad y los aspectos laborales, ha enmarcado uno de los intereses primordiales de estudio en la medicina social (Blanco, 1994).

Con estos últimos argumentos, se deja en claro lo importante que son las condiciones materiales de vida para los grupos de población, específicamente para aquéllos que han enfrentado situaciones económicas adversas; de ahí que es necesario dedicar un apartado para conceptualizar “calidad de vida” y los distintos indicadores y/o variables que han sido utilizados para medirla, representando las características sociales y económicas de las naciones.

2.3.2. Definición y formas en que se ha medido la calidad de vida.

La calidad de vida se ha vinculado con muchos factores de tipo personal, social, económico, educativo y ambiental. Cardiel (1994) indica que el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa un intento de distinguirla de los factores mencionados y se puede definir como el grupo de aspectos de la salud, cuyo origen no es bioquímico ni fisiológico, que se encuentran más relacionados con la enfermedad o su tratamiento.

En 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Schwartzmann, 2003). Pero también, se ha definido como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Patrick y Erickson, 1993, citado por Schwartzmann, 2003). Y de igual manera se ha argumentado como la percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Schumaker y Naughton, 1996, citado por Schwartzmann, 2003). Estas afirmaciones son importantes para los fines que persigue el presente trabajo, debido a las distintas manifestaciones personales de las condiciones de salud que pueden ser expresadas por las informantes.

Según Alarcón y colaboradores (2002) el concepto de calidad de vida se emplea como una característica resumida de aspectos concretos del bienestar y de la capacidad de actuación de las personas. En términos generales, Oblitas (2004) expone los factores que constituyen y con base en los cuales se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, siendo éstos:

- Síntomas y quejas subjetivas (como sintomatología depresiva).
- Diagnósticos (como enfermedad coronaria).
- Funcionamiento fisiológico (como presión arterial).

- Funcionamiento psicológico y cognitivo (como ejecución en el examen mental breve).
- Funcionamiento físico (como restricciones en la actividad y deterioro en el autocuidado).
- Percepciones generales de salud (como autocalificación de estado de salud).
- Funcionamiento social (como naturaleza y frecuencia de interacciones sociales).

Al considerar el fenómeno multicausal que comprende la calidad de vida relacionada con la salud, a pesar de que representa uno de los avances más importantes en materia de evaluación dentro del marco de salud, no existe aún la unificación de criterios respecto a su base conceptual, por ende es ineludible aceptar la dificultad de poder medir integralmente la percepción individual al respecto. Específicamente en este trabajo de tesis se aproxima a la percepción general de salud, mencionado por Oblitas (2004) pero desde la visión de análisis de la interpretación subjetiva, sin llegar a una evaluación general del estado de salud.

Con relación a la medición de la calidad de vida, es a mediados de los años treinta y principios de los cuarenta cuando los países desarrollados se interesaron por medir el desarrollo o progreso social. Pero es hasta los años cincuenta cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) crea un grupo para determinar los niveles de vida, quedando integrado por las condiciones materiales de la clase social o comunidad (Berta y López, citados por Abreu, 2000).

Posteriormente, en 1961, las agencias especializadas como la Organización Mundial de Salud, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Cooperación y el Desarrollo (UNESCO), presentan un informe que propone nueve componentes de la calidad de vida, clasificándolos de acuerdo a: la salud, la alimentación y nutrición; la educación, la vivienda, el empleo y condiciones de trabajo; el vestido, el recreo y esparcimiento; la seguridad social y las libertades humanas (Abreu, 2000). Estos indicadores predominaron por varias décadas en los diferentes estudios realizados por las instituciones gubernamentales y han servido como reflejo del grado de avance o detrimento de las condiciones materiales de los distintos sectores poblacionales.

Es en los años ochenta, cuando se propuso el Índice de Progreso Social (IPS), integrado por 44 indicadores constituidos en once variables: educación, salud, condición de la mujer, esfuerzo de defensa, economía, demografía, geografía, estabilidad política, participación política, diversidad cultural y esfuerzos de bienestar social (Estés, citado por Abreu, 2000). Como se aprecia, con el paso de los años cada vez se incorporan más indicadores que tratan de representar en mayor medida las condiciones generales de vida en que se encuentra la población de los países en desarrollo y los desarrollados.

Como continuidad al IPS, uno de los estudios más completos se elaboró en 1994 en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el cual intentó medir el grado de bienestar alcanzado por el desarrollo. Éste consideró la potenciación (aumento de la capacidad de la gente); la cooperación (integración de redes de estructuras sociales); la equidad (oportunidades para todos para acceder a diversos satisfactores) y la seguridad (poder ganarse el sustento y estar libre de amenazas agudas y crónicas) (Abreu, 2000). Con esto, se pudieron identificar siete categorías: seguridad, económica, alimentaria, salud, ambiental, personal, y de

comunidad y política. Al separarlos en grupos de mujeres, niños, etnias y espacios rurales y urbanos, se intentó alcanzar un desarrollo humano sostenible (Abreu, 2000). Sin embargo, se ha podido observar en estudios recientes, que todavía queda muy distante del panorama real que se desea tener sobre las condiciones generales de la población. La metodología empleada en los diseños de muestra, sin considerar aspectos cualitativos, dejan a un lado el valor intrínseco de las condiciones de los hogares, sobre todo de aquellos que son recientemente urbanos, como los casos de las colonias de estudio.

Todavía, más recientemente, se estableció el Índice de Desarrollo Humano (IDH) quedando determinado por tres grandes variables: la longevidad (esperanza de vida al nacer); los conocimientos (alfabetismo-educación); y el nivel de vida por medio del poder adquisitivo (PIB per cápita). Este índice, incorpora tres de las capacidades fundamentales para la realización del potencial humano, independientemente del tiempo y el lugar en que se ubiquen las personas: a) la posibilidad de alcanzar una vida larga y saludable; b) la adquisición de conocimientos individual y socialmente valiosos, y; c) la oportunidad de obtener recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decoroso (PNUD, 2002).

Con base en estos lineamientos, los resultados oficiales reportaron que el índice más alto fue de 0.796, en el que México ocupó el lugar 54 de los 173 países medidos. Los rangos establecidos para la medición de los índices se establecieron de la siguiente forma: a) alto = de 0.800 a "x"; b) medio = de 0.500 a 0.799; c) bajo = de "x" a 0.499 (PNUD, 2002).

Los resultados de la zona noreste del país presentó un intervalo de puntuación "alta", esta zona comprende los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas, obteniendo para este caso un índice de esperanza de vida de 0.8501, un índice de educación de 0.8510, un índice del PIB per cápita de 0.8004, dando como resultado un promedio de IDH igual a 0.8339 (PNUD, 2002). Cabe aclarar que si bien no se pueden obtener todas las variables consideradas dentro del IDH, la aproximación a colonias urbanas representa un enfoque más cercano a los índices de vida en que se encuentran sus habitantes. Además, una cuestión importante considerada por el Programa, es que dentro de este informe de resultados se propone un IDH sensible a la desigualdad tanto entre dimensiones como entre los individuos (PNUD, 2002). Lo cual enmarca su debilidad ante estos fenómenos, como la pobreza y la marginación, que están presentes en la vida de gran parte de la sociedad mexicana y de la población que tiene poco tiempo de haberse integrado a la urbanización.

En el aspecto de salud poblacional, relacionado con la esperanza de vida, el estado de Nuevo León se ubicó en 0.8633 puntos, mientras que el estado de Tamaulipas en 0.8417 puntos, indicadores que conducen a generar una serie de interrogantes, principalmente si las condiciones que presentan estas cifras internacionales podrían equipararse con el estado de salud de las unidades domésticas de las colonias de estudio, o solamente representan a un grupo poblacional selecto sin considerar a los que viven en asentamientos urbanos con carencias sociales y urbanas.

De acuerdo al informe, la esperanza de vida al nacer para el año 2000 en el estado de Nuevo León fue de 76.8 y para Tamaulipas de 75.5; el índice de pobreza humana se ubicó en 4.27% para el primero y en 6.42% para el segundo, posicionándose Nuevo León en el segundo lugar y Tamaulipas en el onceavo con menor IDH en el país. Por su parte, el municipio de General

Escobedo, N.L., presentó un índice de salud de 0.8590, disponiendo de 23 consultorios médicos y 12 unidades médicas de primer nivel; y, el municipio de ciudad Madero, Tam., su índice de salud fue de 0.8645, contando con 174 consultorios médicos y 8 unidades médicas de primer nivel (PNUD, 2004).

Con respecto a la población total que presentaron los estados, en Nuevo León la cifra se situó en los 3 834 141 habitantes y en Tamaulipas en 2 753 222 habitantes. La población sin acceso a agua potable, servicios de salud y saneamientos se distribuyó de la siguiente manera en cada uno de ellos:

TABLA 4
Porcentaje de población sin acceso a distintos tipos de servicios en Nuevo León y Tamaulipas (2002)

Estado	Agua potable (%)	Servicios de salud (%)	Saneamientos (%)
Nuevo León	4.24	22.66	9.32
Tamaulipas	6.31	36.79	27.81

Fuente: Informe de Desarrollo Humano, PNUD (2002). Columna 1 y 3: Cálculos con base en datos sobre disponibilidad de agua y drenaje del INEGI; XII Censo General de Población y Vivienda (CGPV), 2000; Columna 2: SSA. Síntesis Ejecutiva sobre Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud de México: Definición y Construcción.

Por otro lado, los niños menores de 5 años con peso insuficiente, fue de 4.44 por ciento para Nuevo León y de 9.42 por ciento para Tamaulipas. Algunos indicadores demográficos que también permiten ubicar el estado de salud en ambos estados son: el número de nacimientos y defunciones, las tasas de natalidad, mortalidad y mortalidad infantil, presentándose en el mismo año 2000 de la siguiente manera:

TABLA 5
Indicadores de salud en Nuevo León y Tamaulipas (2002)

Estado	Nacimientos	Defunciones	Tasa Natalidad	Tasa Mortalidad	Tasa Mortalidad Infantil
Nuevo León	74 510	14 786	19.26	3.82	20.91
Tamaulipas	53 466	11 681	19.51	4.26	23.93

Fuente: Informe de Desarrollo Humano, PNUD (2002). Proyecciones de la población de México 1995-2050.

Por su parte, los municipios en que se localizan las colonias de estudio, de acuerdo al informe del organismo, en el 2004 tuvieron las siguientes características en cuanto a la dotación de servicios básicos:

TABLA 6
Hogares con acceso a servicios básicos y tipo de piso en la vivienda

Municipio	Acceso a agua potable (%)	Acceso a drenaje (%)	Piso distinto de tierra (%)
General Escobedo	91.27	81.64	92.02

Ciudad Madero	98.70	87.83	96.30
---------------	-------	-------	-------

Fuente: Informe de Desarrollo Humano de los Municipios en México, PNUD (2004).

Sin duda, estas últimas cifras, permiten ubicar a las colonias de estudio dentro de ese porcentaje de población que aún carece del servicio de drenaje y todavía algunas familias que poseen piso de tierra. Con la información derivada del cuestionario aplicado se podrá constatar en qué condiciones están las comunidades en la actualidad.

La importancia de la región noreste del país (en este caso Nuevo León y Tamaulipas), radica en las características de crecimiento y desarrollo que presentan las dos principales ciudades localizadas en ésta, como son Monterrey y su área metropolitana, y Tampico y su zona conurbada. La región presenta una población de aproximadamente 6.5 millones, 89% de carácter urbano. Gutiérrez (2002) comenta que en 1997, la población se asentaba principalmente en el AMM, catalogada por su tradición industrial concentrada en algunos grupos como Vitro, Alfa, Moctezuma y Villacero, en los que las alianzas con empresas transnacionales han sido de vital importancia; por su parte, la ZCST con su integración cultural y comercial con Texas, su importancia radica en los intercambios comerciales vía portuaria por medio de Tampico y a través de Altamira hacia Sudamérica y Europa.

Gutiérrez (2002) también enfatiza en que la región presenta la tasa más baja de natalidad en el país con 20.7 nacidos vivos por cada 10 000 habitantes. En 1997, debido a su fuerza de trabajo, el 51.7% de los usuarios al sistema de salud se consideró derechohabiente a algún sistema de seguridad social; por otro lado, el presupuesto per cápita en salud de la región se estimó en 1277 pesos⁷.

Al considerar esta información, permite tener un conocimiento general de cómo se han integrado indicadores para tener una visión del estado de desarrollo de la población en el país, en los estados y en los municipios, no obstante, con la aproximación y los indicadores establecidos en los instrumentos de aplicación se podrá alcanzar una comprensión de las condiciones de vida de las personas que habitan en las colonias de referencia. Además, como se ha dejado claro desde el inicio de este trabajo, uno de los objetivos es conocer la apreciación subjetiva que las madres de familia tienen de su salud-enfermedad bajo el contexto en que han vivido en sus comunidades, por ello, ahora es conveniente abordar algunos estudios que han vinculado la salud- enfermedad, los cuales han sido vistos desde diferentes vertientes y épocas. En posteriores capítulos de esta tesis se podrá ir penetrando más a fondo a la relación que tiene dicha interpretación con las condiciones de vida y así ubicarlo en este escenario de vida en pobreza.

⁷ De acuerdo al autor, se refiere al gasto ejercido en el Sistema Nacional de Salud (pesos de 1997 por persona). Datos correspondientes a 1995.

2.4. La interpretación de la salud y la enfermedad.

2.4.1. Diferentes enfoques de la salud-enfermedad.

Para iniciar con este apartado, es preciso mencionar que se abordan distintas posturas que realizaron algunos autores clásicos retomados de Castro (2002)⁸, siendo pertinente para este trabajo comentar algunas de ellas, para finalmente asumir una posición respecto a qué tipo de apreciaciones pudieran presentarse en los sectores estudiados. Aunque el estudio de Castro se basó en una comunidad rural del estado de Morelos, es necesario considerar algunas de las posturas teóricas que presenta, porque las colonias elegidas para este trabajo de tesis, si bien se ubican en zonas urbanas, se considera la presencia de población que habitó en años anteriores en comunidades rurales o con características similares, habitando en espacios territoriales en las periferias de sus conurbaciones, lo cual ubica nuevamente el tipo de urbanización que mencionaba Altamirano (1998), visto desde la influencia que ha tenido el proceso rural-urbano-urbano en la conformación de colonias en las ciudades.

Al hacer mención de la serie de estudios sobre el concepto de “conducta frente a la enfermedad” (denominado como *illness behavior*), uno de los primeros fue propuesto por Mechanic (1961), con la finalidad de dar respuesta a los diferentes síntomas percibidos y evaluados, así como la forma en que diferentes individuos actuaban, o dejaban de actuar, en consecuencia. Este concepto es considerado como el más interpretativo dentro de la función tradicionalista, fue propuesto para demostrar que los individuos son capaces de dar significado e interpretar sus circunstancias, en este caso aquéllas relacionadas con la salud y la enfermedad, y de comportarse de acuerdo con ello (Castro, 2002).

Otro estudio, sobre los “componentes culturales en la respuesta al dolor” expresado por Zborowski (1958), intentó explorar cómo los diferentes antecedentes culturales de los individuos dan como resultado formas diferenciales de reaccionar al dolor. Zborowski advierte, que no se puede determinar de este estudio que la cultura sea la única variable que pueda explicar reacciones diferentes ante el dolor; existen otras variables, como el nivel socioeconómico, la educación y las prácticas religiosas, que dan forma de manera significativa a las reacciones de un individuo ante el dolor.

De igual forma, Zola (1966) asumió que la existencia de fuerzas sociales que rodean al individuo, determinan lo que percibe y siente y, por consiguiente, la manera en la que “le dan nombre” o denominan a sus síntomas médicos; el autor concluye haciendo hincapié en el papel que juegan los antecedentes socioculturales en la explicación de la definición y respuestas diferenciales a problemas médicos similares.

Finalmente, Suchman (1964) desde una postura cuantitativa, centró su análisis en el concepto de comportamiento frente a la enfermedad y en la manera en que las diferentes fuerzas sociales determinan y explican las diferencias dentro de estas variables. Suchman encontró que la “cohesión social” de un grupo étnico, un grupo de amigos o una familia, se relaciona

⁸ Por el hecho de no poder tener acceso a las referencias bibliográficas originales, Roberto Castro (2002) me permitió hacer uso de los autores y los argumentos que presenta en su libro “La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza”.

directamente con la probabilidad de desarrollar o preservar un conocimiento local acerca de la enfermedad, diferente o por lo menos independiente, del que caracteriza a la medicina moderna. Las conclusiones de este estudio pueden considerarse importantes para el presente trabajo, pues las unidades domésticas al convivir en su vida cotidiana, pueden reproducir ciertas prácticas y concepciones al interior de ellas con respecto a su comportamiento frente a la enfermedad.

Como segunda tradición, se presentan los estudios sobre la relación entre clase social y percepciones de la salud. Esta corriente se centra en las percepciones de la salud destacando el papel de la clase social y las condiciones objetivas de vida en la conformación de la experiencia subjetiva de salud y de la enfermedad (Castro, 2002).

Bart (1968) señala la existencia a una tendencia sobresaliente de las clases medias a pensar en su salud en términos psicológicos, a diferencia de las clases bajas que lo hacen más en términos físicos, esto a su vez, traduce diferencias en la estrategia que los individuos de una clase y otra eligen para tratar sus enfermedades. Del mismo modo Kadushin (1972), expresó que las personas de clase social baja son más propicias a pensar en su salud y su cuerpo, así como a expresar sus ansiedades emocionales en términos físicos, en comparación con el mayor refinamiento educativo de las clases medias y altas. Sin duda, estas consideraciones están muy apegadas a la época en que situaron sus estudios estos autores, donde las clases desprotegidas pasaban por largas jornadas de trabajo generando en ellos esta sensación física de adversidad.

La percepción en la manera en que la clase social determina su experiencia subjetiva en salud y enfermedad, comenzó con Boltanski (1974), quien postuló la hipótesis de que las diferentes formas de higiene, así como las relacionadas con la nutrición y el cuidado de los niños, es parte de una civilización en curso que se aboca principalmente a las clases sociales bajas; propuso la noción de enfermos funcionales, para referirse a los individuos en los que el médico no puede descubrir enfermedad alguna, a pesar de la presencia de síntomas. Asimismo, Boltanski explica que la propensión a enfermedades funcionales es principalmente signo de una aptitud a sobre-interpretar los mensajes del cuerpo, es decir, una aptitud a observar, seleccionar e interpretar como signos de enfermedad un rango de sensaciones que otros individuos no perciben.

Como expone Castro (2002), los enfermos funcionales tienen más presencia en las clases sociales altas que en las bajas; los individuos de clases bajas normalmente se quejan de una “debilidad general”, siendo incapaces de una mayor precisión conceptual; con esta actitud, Boltanski propone el concepto de “capacidad médica” para abordar este fenómeno.

Este concepto de capacidad médica argumentado por Boltanski, parte del cúmulo de conocimientos que han adquirido las personas por medio de sus diálogos con los médicos, y se refleja en sus expresiones y en el lenguaje de lo que ellos han entendido de determinada enfermedad o estado de salud. De lo anterior se desprende que Boltanski, en concordancia con Bart, comente que el individuo de clase baja se concentre en los síntomas corporales, es decir, en su habilidad para hacer que su cuerpo funcione durante un largo tiempo y a su máxima capacidad (Castro, 2002). Con lo anterior queda claro que la misma situación social y económica que presentan las unidades domésticas en situación de pobreza, formule la cuestión

si estarán o no preparados para atender y prever los síntomas de malestares, o en su caso, de enfermedades frecuentes y/o crónicas. Factor que puede considerarse como latente en las colonias que se han abordado en la fase del estudio de campo.

Por otro lado, Blaxter (1983) estudió cómo definen las mujeres de la clase trabajadora el concepto de salud y las nociones de causalidad asociadas a la enfermedad. Para lograrlo se basó en un análisis de los relatos de mujeres, en un intento por descubrir la estructura interna de su pensamiento. Blaxter encuentra que estas mujeres tienden a reflejar sus condiciones de vida y sus historiales médicos en sus conceptos de salud. Sus nociones de enfermedad se asocian estrechamente con su vivencia de la misma, de manera que los padecimientos usados como ejemplos para ilustrar lo que para ellas significa enfermedad, están relacionados con la pobreza y la privación (como la bronquitis y la tuberculosis).

Para los casos específicos del presente estudio, la forma de abordar su situación actual es interpretando lo que ha significado para la madres de familia estar enfermas y al mismo tiempo cómo han identificado y concebido la enfermedad de los integrantes de su familia. Como enfatiza Blaxter, es muy probable que estas mujeres hayan reproducido o heredado de sus padres la forma en que llaman o han atendido su enfermedad, o que esté relacionado directamente con el concepto de capacidad médica enunciado por Boltanski.

La capacidad para trabajar es detectada como uno de los principales indicadores de salud. Esta concepción demuestra tener importantes consecuencias prácticas: la presencia de síntomas o incluso de dolor, no es considerada como un signo de enfermedad, en la medida en que el individuo que informa de estos signos es capaz de trabajar (Blaxter y Paterson, 1982). Pero que puede generar en un futuro adversidades recurrentes o enfermedades crónicas, si no se ha atendido desde su inicio conforme a los requerimientos y cuidados básicos de la salud.

Un síntoma es, en esencia, involuntario y, por tanto, autónomo; constituye un fragmento de conducta espontánea, hasta el punto de que incluso el paciente la experimenta como algo incontrolable (Velasco y Sinibaldi, 2001). Al especificarse el síntoma, se alude a la conducta de enfermedad, como el modo por el cual se perciben y evalúan los síntomas de una persona que reconoce algún dolor, incomodidad u otros signos de mala función orgánica (Mechanic y Volkart, citados por Rubio y López, 1996).

Por otra parte, Blair (1993) reconoció la importancia de los estudios que postulan el papel del lenguaje en la construcción social de la identidad y de la experiencia subjetiva de la enfermedad, pero señala que hace falta un marco conceptual que articule al menos algunas de las dinámicas de dicha relación; su propuesta es que un marco que contemple a la clase social como categoría analítica central puede servir para este fin. De la misma forma, se mostró que aún al interior de un grupo de mujeres de la misma clase social, es posible advertir posturas diferentes respecto a la percepción y las actitudes que mantienen hacia la menopausia; y que dichas variaciones a su vez, se asocian a variables sociodemográficas, también de orden estructural (Frey, 1981). Estos dos abordajes, pueden estar presentes desde el contexto en que han desenvuelto su vida las mujeres, construido desde su etapa de niñez y adolescencia, de acuerdo a como fueron educadas por sus padres, considerando las condiciones imperantes y adversidades que presentaron.

Con relación al estudio de Winkvist y Akhtar (1997) se encontró que la imagen que tienen las mujeres de Punjab (Pakistán) sobre la salud, varía de acuerdo con su pertenencia de clase; mientras que las de nivel socioeconómico bajo privilegian una concepción de la salud basada en la fuerza física, las de nivel socioeconómico medio, en cambio, privilegian una concepción basada en la fuerza mental. Esto, parece corroborar los estudios de Boltanski y Blair, en el sentido de que la posición de clase determina la relación que mantienen los individuos con su propio cuerpo y, por ende, los parámetros conceptuales dentro de los cuales pueden elaborar su propia concepción de salud. Situación que puede ser posible observar en las mujeres de las unidades domésticas entrevistadas, pues se tiene como premisa que algunas madres de familia han desempeñado el doble papel de padre y madre, por el hecho de estar al pendiente de la situación que prevalece al interior del hogar y cuidar que los bienes necesarios e indispensables nunca falten en su vivienda.

Bajo estos lineamientos señalados, antes de continuar, es preciso dejar en claro la concepción de salud retomada para los fines de este estudio, la cual consiste de acuerdo con Rodríguez (1992:13) en que “la salud no es un estado fijo, sino que es continuamente cambiante, aunque sus variaciones no siempre se manifiesten ni lleguen a tener efectos en la actividad cotidiana; estos cambios sólo son motivo de preocupación cuando por su magnitud, el individuo los considera como enfermedad”.

Además, es necesario considerar que se aborda el concepto hogar como sinónimo de unidad doméstica, en el sentido de que se considera al conjunto de individuos que comparten una misma unidad residencial y articulan una economía común; además, el hogar es visto como “el cuadro de referencia cotidiano de los individuos, el ámbito en que se reúnen y distribuyen los recursos para el consumo y la producción doméstica y en cuyo derredor se organiza la residencia” (Tuirán, 2001: 26).

Continuando con la tercera tradición, se encuentran las representaciones sociales y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, de acuerdo a Castro (2002) ésta procede directamente de la noción durkheimiana de representaciones colectivas, centrándose en el concepto de representaciones sociales. Desde esta visión, las representaciones sociales poseen el carácter de hechos sociales, es decir, de formas de hacer y pensar que se imponen a los individuos como fuerzas externas que no pueden resistir. Ante esto Moscovici (1981), sostiene que los individuos no piensan las representaciones sociales sino que sólo las re-piensen, las re-presentan. Las representaciones sociales, una vez creadas, existen por sí mismas, poseen existencia propia (Castro, 2002). Esto significa que las personas, por medio de su interacción e intercambio de conocimientos con diferentes personas, se atreven a retransmitir las palabras de otros y expresarlas de acuerdo a los contenidos que ellos mismos han adquirido. Por ello, en los siguientes dos apartados se abordan algunas de estas consideraciones que han existido en la historia y en la actualidad.

2.4.2. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad.

Si se parte del enfoque de que por reproducción social se entiende al conjunto de procesos cotidianos que garantizan la continuidad de la vida social, sean de tipo económico, político, social, educativo, entre otros, esto implica tanto la producción de bienes y servicios, como la continuidad a nivel de los procesos simbólicos, valorativos e ideológicos, es decir, la

reproducción de los discursos dominantes (Chapp, 1989, citado por Gattino y Aquín, 2002); de manera similar, Herzlich y Pierret (1985 y 1987) tratan de ilustrar la forma en que las relaciones sociales históricamente específicas conforman la experiencia subjetiva del enfermo.

Como analiza Castro (2002) las autoras se centraron en nociones como “valores” y “creencias” sobre la salud y la enfermedad, y estuvieron distantes de la experiencia real y de los comportamientos concretos de los individuos, como de los enfoques fenomenológicos, que por el contrario, al centrarse en el análisis individual del fenómeno olvidaron situar sus hallazgos en un contexto social más general. Aspectos que trata de evitar esta investigación, al no perder de vista la apreciación particular de la entrevistada y de su unidad doméstica, recuperando al mismo tiempo el contexto en que ha habitado.

Además, un punto importante que no debe pasarse por alto, en la realización de este estudio, es la postura que enfatiza Herzlich (1995), considerando al lenguaje como portador de la explicación de la salud y la enfermedad, pero no sólo en forma individual, sino también al exterior de él. Una de las explicaciones más acertada que permite enfocar este trabajo desde la interpretación de la persona, es que “la subjetividad de los individuos, es decir, su manera de construir su propia experiencia de la enfermedad, se estudia principalmente como el efecto de estructuras sociales específicas que inciden sobre los individuos y conforman sus vivencias” (Castro, 2002:70). Estas estructuras pueden estar dadas por las consultas que realicen con los médicos o instituciones de salud, que se traduce en los medicamentos que les son recomendados para poder sanar, o mediante los cuidados que deben tener para no sufrir alguna enfermedad grave.

Anteriormente, bajo el antiguo régimen de enfermedad, que correspondía al de epidemias como la peste, los padecimientos estuvieron marcados por tres características: los “números” (muerte de miles de personas); la “impotencia y la muerte” (no se podía hacer nada ante una epidemia); y la “exclusión” (como ejemplo, los leprosos, que los hacían al margen); por ello, Herzlich y Pierret (1987) argumentan que a partir de la propagación de los casos frecuentes de tuberculosis, en el siglo XIX, la figura de la “persona enferma” y no del “grupo enfermo”, surgió y se consolidó en las representaciones colectivas de enfermedad.

Estas afirmaciones, han conducido a interpretar representaciones contemporáneas de los padecimientos, las cuales han consolidado la idea del individuo en comparación con el grupo enfermo; esto quiere decir, que la enfermedad además de ser vista en forma individual ha asumido un carácter social, pues al considerar una representación colectiva, prácticamente se parte de la incapacidad para trabajar de las personas, con base en las fuerzas productivas predominantes (Castro, 2002).

También, como complemento a las aportaciones anteriores, Herzlich y Pierret (1987) enfatizaron que la enfermedad ha dejado de ser vista solamente desde una afectación corporal, sino que se ha analizado internamente con el desarrollo de la medicina clínica. Además, se ha notado claramente la diferencia, cómo de enfermedades meramente infecciosas han surgido enfermedades crónicas, con esto, la concepción del individuo ha sido una lucha constante por mantenerse sano.

Desde esta posición, Herzlich (1995) se interesa por cómo las personas organizan e interpretan su comportamiento de manera significativa; las interrogantes derivadas es si se puede hablar de enfermedad sin utilizar el lenguaje médico, si existe un sistema de referencia que por derecho propio indica las formas en que se organiza la información y asume significado para los miembros de un grupo social. Quizá en este punto la autora, sin proponérselo, esté introduciendo el concepto que se mencionaba en líneas anteriores, sobre la capacidad médica de las personas expuesto por Boltanski.

También, Herzlich (1995), abordó una serie de principios para explorar las representaciones sociales y así tener una mejor apreciación de la relación salud y enfermedad; estos principios aluden a las nociones de salud y enfermedad y a sus interrelaciones, a las ideas acerca de las causas de enfermedad y salud, la relación entre salud-enfermedad y los valores, las consecuencias percibidas – en términos de participación y desviación social – de la salud y la enfermedad, y las relaciones percibidas entre salud, enfermedad y muerte. Con esta forma de abordar la relación salud-enfermedad, queda claro que la autora se introduce a la parte cualitativa de la concepción, analizando a los individuos desde su propia percepción.

Otra de las aseveraciones destacables de Herzlich (1995), es que en su estudio introdujo el estilo de vida y los factores individuales que muestran las percepciones que tienen los individuos. Es por esto que afirma: “el estilo de vida se percibe como intrínsecamente patogénico, mientras que los factores individuales como la predisposición, la constitución, el temperamento, la naturaleza del individuo, y otros, se perciben como variables responsables en gran medida de las variaciones de la apariencia real de la enfermedad” (Castro, 2002: 76).

Por último, Herzlich (1995), mostró también que mientras la enfermedad es percibida como una adversidad producida por la sociedad, la salud es percibida por los individuos como una realidad que no tiene un origen específico, que está dentro del individuo y que, por lo mismo, se da por sentada; además, se percibe a la salud de una manera holística, integrada, mientras que a la enfermedad se le percibe como múltiple, no como una entidad singular. Consideración que queda abierta su posibilidad de presencia en las colonias de estudio, con el análisis de las entrevistas a profundidad se puede conocer si para la situación actual de las madres de familia es expresada como lo interpreta la autora.

Desde esta visión, Castro (2002) critica a Herzlich, al no considerar la higiene dentro de esta relación de salud (actividad) con la enfermedad (inactividad), presentándose como un punto mediador en la relación de ambas; resumiéndose en que las prácticas de salud, como comer bien, dormir adecuadamente, conservar la higiene, entre otras, llegan a formar parte de un cuerpo de reglas que el individuo debe obedecer. Este aspecto se detallará con la técnica de observación implementada en el momento de las entrevistas realizadas con las madres de familia, y con algunas preguntas realizadas para contrastar la afirmación de las personas con lo que se puede apreciar y observar en el momento en que se sostuvo la conversación.

Esto conduce a aceptar la manera en que Castro (2002: 79) asume una posición con respecto a la relación salud-enfermedad, diciendo: “la enfermedad como liberadora, puede ser entendida de dos maneras: primero, como la posibilidad de una interrupción de las actividades diarias, y también como la posibilidad de una profunda reflexión acerca de uno mismo, con eventuales cambios en la personalidad, adicionalmente, la enfermedad vista desde la ocupación, el

paciente se percibe como ocupado en recuperar su salud y en adaptarse a la enfermedad; la enfermedad se concibe como una situación de aprendizaje”. Con esta afirmación, el trabajo elaborado puede introducirse en aspectos más específicos e internos, y percibir cómo las mujeres de ambos sectores urbanos, por una parte reproducen sus manifestaciones de enfermedad o están aprendiendo más de sí mismas, al adaptarse a las condiciones latentes ante una enfermedad frecuente, crónica o una discapacidad.

El factor humano es decisivo en la enfermedad y la salud, especialmente la responsabilidad de la persona, con esto, debe decirse que el punto de vista sistémico es igualmente decisivo para entender la complejidad fisiológica, mental y social de los seres humanos, por ello debe tenerse en cuenta la interconexión e interdependencia de todos los niveles sistémicos (Vincens, 1995: 128).

Dicho lo anterior, se requiere recapitular lo visto hasta ahora para hacer explícita la posición teórico-metodológica en este estudio de las colonias “Fernando Amilpa” y las ampliaciones de “los Pinos” y “Heriberto Kehoe”; como se había comentado, es necesario considerar el contexto social, económico, ambiental y urbano en que se encuentran, y a partir de ahí relacionarlo con la influencia directa e indirecta que tiene en la salud de los individuos.

2.5 Recapitulando.

Como se estableció desde la introducción de este trabajo, para poder alcanzar los objetivos planteados es conveniente tomar en cuenta en estas colonias en situación de pobreza, cómo ha sido el proceso de formación y establecimiento de las unidades domésticas en estos espacios urbanos. De igual manera, es importante considerar el contexto social, económico, urbano y ambiental con el que han convivido las madres de familia desde su niñez hasta llegar al estado actual en que se encuentran.

No se pretende obtener un concepto de pobreza urbana, sino comprender cómo en este “escenario de pobreza”, por así llamarlo (pues han sido catalogadas como tales por las autoridades gubernamentales, por el hecho de proporcionarles apoyos mediante programas de superación de la pobreza, como *Oportunidades*, *Seguro Popular*, *Hábitat*, entre otros), se han alcanzado las condiciones de vida y de salud actual; características que podrán reflejarse con los resultados de los cuestionarios aplicados.

Para establecer las condiciones de vida de ambos sectores, se toman como indicadores la salud, la vivienda, la educación y el empleo, por considerarlos como los aspectos básicos y centrales para que las comunidades se desarrollen. Además, específicamente al considerar la comprensión de su estado de salud y las estrategias implementadas por los habitantes para aspirar a una mejor situación, se recurre al concepto de “capacidad médica” enunciado por Boltanski (1974), considerando que la salud no se puede concebir como un estado fijo, sino cambiante, como lo dejaba asentado Rodríguez (1992); y que finalmente llega a establecer la Secretaría de Salud (2004) al argumentar que en nuestro país la presencia de la enfermedad física no es un fenómeno estrictamente aleatorio, sino que la frecuencia con que las enfermedades se presentan en una población está relacionada con sus condiciones de vida, las condiciones sanitarias de la vivienda y diversos aspectos culturales de los individuos.

Obviamente, por causas de tiempo, este último aspecto será difícil abordarlo, pues se necesitaría un equipo de investigación para poder penetrar a fondo en el conocimiento de los sectores de estudio, además, de que se requeriría recurrir a elementos de la antropología social y médica, que aún en esta etapa de formación no se cuenta con ellas.

Por ello, de ahí la necesidad de primeramente presentar un contexto general de cómo están las condiciones de vida de la población de los asentamientos, mediante técnicas cuantitativas como la elaboración de un cuestionario, y posteriormente, tener una aproximación mayor con la implementación de entrevistas a profundidad, complementando con anotaciones de campo y la observación no participante. La situación histórica-social de cada una de las mujeres, ayudará a comprender el significado que para la madre de familia es “estar sano” y desde que punto de vista particular y social lo ha reproducido o interpretado, para y con sus hijos y demás integrantes de su hogar.

3. DISEÑO METODOLOGICO.

Introducción.

Una vez que ya se han expuesto en el capítulo anterior los conceptos y la aportación que han realizado diferentes autores al estudio de la salud-enfermedad, las condiciones de vida y su relación con la salud, las formas en se ha conceptualizado a los grupos sociales que viven en situación de pobreza, así como los programas y acciones sociales dirigidos a su atención; se continúa ahora, con la explicación de la metodología que ayuda a comprender el fenómeno de estudio en las dos colonias que se han seleccionado.

Cabe aclarar, como ya se ha mencionado en el planteamiento del estudio, al recurrir a la estrategia comparativa como medio de análisis, el trabajo se sitúa en el nivel descriptivo-exploratorio, presentando las técnicas cuantitativas y cualitativas que permiten obtener el acercamiento necesario para comprender cómo las madres de familia conciben su estado de salud y enfermedad, por lo que, al menos en esta etapa de investigación, no se profundiza en el discurso ni el significado socioantropológico que pueda presentarse en el diálogo con las personas entrevistadas.

De igual manera, dado que la problemática se aborda con la complementación de métodos cuantitativo y cualitativo, primeramente se presenta una discusión de la aproximación que han hecho algunos autores a la integración de estos métodos. En este apartado se corrobora el por qué de la importancia de visualizar el estudio desde estos dos enfoques, y al mismo tiempo, el por qué la utilización de las técnicas consideradas, como el cuestionario y la entrevista a profundidad, que permiten comprender la forma en que las madres de familia interpretan su situación actual de salud al interior de sus hogares.

Posteriormente, se presenta el diseño y justificación de la técnica cuantitativa utilizada, es decir, la forma en que se encuentra integrado el cuestionario; la selección de la muestra, así como la operacionalización de las variables y las pruebas estadísticas realizadas para que, con la representación muestral obtenida, se obtenga el panorama general que se presenta en ambas colonias de estudio. Seguida de la descripción de la técnica cuantitativa, se aborda la forma en que se seleccionó y diseñó la técnica de la entrevista a profundidad, como elemento central para el estudio cualitativo; al igual que el cuestionario, se realiza su debida justificación para utilizar la entrevista en este tipo de investigación. Por último, se presenta la categorización de

la guía de entrevista, esto con la finalidad de establecer qué es lo que permitirá conocer y comprender la estructura de dicha guía.

3.1. Complementación y justificación de la utilización de los métodos cuantitativo y cualitativo.

Antes de iniciar con este apartado, es conveniente ubicar los dos casos de estudio que se han seleccionado, estos son los sectores considerados en situación de pobreza de las colonias ampliación “los Pinos” y ampliación “Heriberto Kehoe” ubicados en las márgenes de la laguna “la Ilusión” en ciudad Madero, Tamaulipas, y por otro lado, la colonia “Fernando Amilpa” situada en Escobedo, Nuevo León. Se enuncian como casos de estudio, porque a través de la técnica cuantitativa implementada, que se detalla más adelante, permite obtener una visión y análisis general del estado actual en un nivel mesosocial, para después penetrar a los casos específicos mediante un análisis microsociales de la situación prevaleciente, tanto en las unidades domésticas de las colonias como en las mujeres madres de familia seleccionadas, respectivamente.

3.1.1. Ubicación y límites de las colonias de estudio.

El proceso de urbanización y poblamiento de la zona conurbada del sur de Tamaulipas (ZCST), es una prueba del desarrollo desigual en los tres municipios que la conforman (Tampico, Cd. Madero y Altamira)¹. Como característica de ese proceso, el crecimiento demográfico junto con el flujo migratorio proveniente de las zonas rurales, principalmente de los estados vecinos de Veracruz, San Luis Potosí e Hidalgo, y a partir de los resultados del proyecto “*Marginalidad y Asentamientos Irregulares en ciudad Madero, Tamaulipas*” (UAT, 2001)², se identificaron 155 familias provenientes de los estados mencionados y asentadas en estas colonias, ahora ya regularizadas, destacando la presencia de personas provenientes de los municipios de Ozuluama, Tempoal, Cerro Azul, Pánuco, Naranjos, Cd. Valles, Ébano, Tamasopo, Tamuín, Xilitla y El Naranjo. Esto ha provocado desequilibrios en el proceso de conurbación, dando perfiles diferentes a los asentamientos humanos del sur de la entidad.

Lo anterior se debe en parte, a que la problemática rural ha sobrepasado al ejercicio de planeación acorde a los requerimientos necesarios de la zona y al rezago que existe en los planes de desarrollo urbano municipal, los cuales, de acuerdo a las características geográficas y socioeconómicas que se presentan, debieran considerar a los tres municipios como una urbe en la que se desenvuelven actividades sociales y económicas diferentes, pero que conjuntamente persiguen el mismo fin: el desarrollo conurbado de la región sur del estado de Tamaulipas. Estas diferencias podríamos decir que han quedado enmarcadas en las

¹ El desarrollo conurbado va más allá porque se considera también el desarrollo urbano del norte de Veracruz, que comprende los municipios de Tampico Alto, Pueblo Viejo y Pánuco.

² El proyecto se realizó durante los años 2000-2001, en la Universidad Autónoma de Tamaulipas por parte del área de investigación de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, gracias al financiamiento del CONACYT-SIREYES; estuvo dirigido por el Dr. José Luis de la Cruz Rock; participaron profesores del área de economía y cuatro estudiantes de la Licenciatura en Economía como becarios, y colaboradores cercanos que apoyaron en el trabajo de campo. Se obtuvieron como producto, diversas obras y el desarrollo de actividades académicas y de investigación.

condiciones de vida de las unidades domésticas asentadas en estas colonias, y más aún si se les compara con los que en los últimos doce años se han apropiado de un espacio para vivir.

Por su parte, el área metropolitana de Monterrey (AMM) ha sido el centro de recepción poblacional en todo el estado de Nuevo León, el 93.5% de la población estatal es considerada como urbana y el restante 6.5% como rural; asimismo, es destacable la presencia en los últimos años, de personas provenientes de los estados de Coahuila, San Luis Potosí, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Estado de México, siendo estos últimos cuatro los que han adquirido importantes niveles (Valero y Tijerina, 1998). A estos estados es necesario incorporar también, la población procedente de Tamaulipas, que resulta interesante conocer en que proporción se ubica en la colonia “Fernando Amilpa”.

El crecimiento de la población, así como la gente proveniente de los estados mencionados hacia los principales municipios que conforman el AMM, como Apodaca, General Escobedo, Guadalupe, Monterrey, San Nicolás, San Pedro, Santa Catarina, Cd. Juárez y García, a partir de la década de los 90's vino disminuyendo o manteniéndose (Valero y Tijerina, 1998), pese a ello, se puede considerar que no se ha logrado sentar las bases, al igual que en la ZCST, para conducir a una mejora en las condiciones de vida, principalmente en la salud de las personas, que busque en términos generales contribuir al estilo de vida prevaleciente de la sociedad en general.

Para el caso de la ZCST, se considera que los planes de desarrollo presentados por los tres municipios, han pasado por alto aspectos relacionados con la salud e higiene de estos asentamientos recientemente urbanizados, pudiendo generar consecuencias en el rendimiento de la educación escolar de los menores y en el trabajo desempeñado por sus habitantes, además, la inmigración poblacional ha propiciado que la ciudad carezca de planeación y presente un desarrollo inequitativo, situación que podría volver latente el detrimento de las condiciones de vida y salud de las unidades domésticas asentadas en estos sectores; o como en el caso del AMM, reconocida por su gran industrialización y en los últimos años por su terciarización económica, también se han suscitado fenómenos similares a la ZCST, los grupos humanos asentados en colonias con características similares pudiera verse deteriorada su situación al no estar a su alcance los servicios necesarios para vivir, pese a los trámites que por varios años han logrado gestionar con del Fomento Metropolitano de Monterrey (FOMERREY), el INFONAVIT y el Gobierno Municipal de General Escobedo.

Particularmente, las ampliaciones de las colonias “los Pinos” y “Heriberto Kehoe” en la laguna “la Ilusión” en ciudad Madero, desde hace cinco años fueron poco a poco incorporadas a la regularización de terrenos. Fue en el año 2002 cuando el gobierno del estado procedió a establecer los límites³ y con esto incorporarlas a la urbanización. Desde hace aproximadamente quince años proliferaron con la invasión de áreas o predios federales, consideradas como zonas de alto riesgo para la salud de sus pobladores, por los problemas de inundación de las viviendas en temporada de lluvias y huracanes, o por localizarse muy próximas a industrias (como el caso de la refinería Francisco I. Madero), y su cercanía o dentro de los terrenos de basureros urbanos clandestinos. Una característica particular es que han predominado en zonas internas al municipio y no en la periferia como comúnmente se

³ Ver anexo I: Mapa de la zona delimitada en la laguna “la Ilusión”.

establecen en otras ciudades, pues la laguna “la Ilusión” geográficamente se localiza en la parte centro-oriental del municipio.

Lo anterior, ha hecho que la población de estos asentamientos viva en condiciones de marginalidad y pobreza urbana, conviviendo diariamente con la insalubridad y la contaminación, la carencia de servicios públicos (actualmente sólo falta introducir la conexión del drenaje sanitario por lo que es sustituido con letrinas o fosas sépticas), y algunos de ellos la falta de títulos de propiedad. Esto a la postre, ha desencadenado un sin número de efectos que condicionan su calidad de vida, como son: enfermedades (que en algunos casos pueden ser crónicas), bajo rendimiento educativo o deserción escolar a temprana edad, una alimentación desbalanceada, viviendas autoconstruidas con materiales de desecho, problemas de autoestima y valoración moral, desintegración familiar, entre otros (UAT, 2001).

La ampliación de la colonia “los Pinos”, se sitúa a espaldas de la colonia ampliación de la “unidad nacional”, catalogada como de clase media-alta. El área de estudio considerada, se encuentra en la parte sur-suroeste rodeando la laguna “la Ilusión”, algunas unidades domésticas de las que actualmente la habitan, están establecidas desde que inició como invasión⁴. Como complemento, o prolongación de esta colonia, están las viviendas localizadas en la parte este de la laguna “la Ilusión”, éstas pertenecen a la ampliación de la colonia “Heriberto Kehoe”, siendo por medio de esfuerzos propios por parte de las familias como lograron rellenar poco a poco una parte del tular de la laguna y posesionarse de estos predios (UAT, 2001). Por su parte, la colonia “Fernando Amilpa”, ha presentado una situación similar en cuanto al estado de exclusión social y de salud en que han vivido las unidades domésticas. Una proporción de su población, primeramente estuvo viviendo en las márgenes del río “Pesquería”, conformando asentamientos irregulares.

De acuerdo a los límites municipales establecidos en el plano urbano⁵ proporcionado por el departamento de Desarrollo Urbano y Ecología de General Escobedo, en la parte sur, la colonia está limitada por la Av. Fernando Amilpa, ésta se encuentra cercana a los márgenes del río “Pesquería”, en éstos, actualmente se ubican predios irregulares. En la parte sureste, después de este río, se localizan los límites municipales con Apodaca, N.L.; hacia el suroeste, cruzando el río, algunos terrenos están programados para ser urbanizados, en la actualidad sólo se pueden considerar como baldíos.

En el poniente, se encuentra la carretera Monterrey – Nvo. Laredo, éste constituye el acceso principal por el que se arriba a la colonia. Entre la carretera y las viviendas más próximas a ésta, se aprecian algunos lotes solos, destinados en un futuro próximo a la instalación de establecimientos comerciales. En la parte norte-oriental está la calle Chayote, que marca el límite de la colonia, pues después de ésta comienza el municipio de Apodaca, N.L., y se localizan las colonias “Andrés Moreno” y “Arboledas de Escobedo”, conformando el sector conocido como “Fraustro”. En la parte norte, donde terminan las viviendas, por debajo de los terrenos baldíos se ubica el gasoducto Reynosa-Monterrey, y en el noroeste el límite de la colonia queda establecido por la calle Durazno.

⁴ En el siguiente capítulo se puede corroborar esta información con el análisis de los resultados que arrojó el cuestionario.

⁵ Ver anexo 2: Mapa de localización y delimitación de la colonia “Fernando Amilpa”.

Posteriormente al huracán “Gilberto”, suscitado en 1988, a algunas familias se les concedió su reubicación en los predios que actualmente ocupan⁶, quedando integrada la colonia por tres grandes zonas: la primera, cercana al río y con algunas carencias de urbanización que se encuentran en proceso de incorporación, como la falta de accesos pavimentados y la conexión del drenaje sanitario; la segunda zona, con características de urbanización recientes, como calles pavimentadas y banquetas, además, aquí se ubican el jardín de niños, la escuela primaria, la escuela secundaria (actualmente está siendo construida con material de block, ya que las clases se han llevado a cabo en salones semifijos o casas móviles), y el “Centro de Desarrollo Comunitario”, inaugurado recientemente en el mes de mayo; por su parte, la tercera zona, poblada recientemente, no presenta pavimentación en sus calles, la carencia de introducción de drenaje sanitario es notoria por los fétidos olores que constantemente se producen, y se encuentra cercano al conjunto habitacional conocido como “Fraustro”.

En las tres zonas, existen hogares que tienen poco tiempo viviendo en la colonia, ya sea por el traspaso de predios o porque han rentado alguna casa, algunos de ellos proceden de otras colonias y ejidos del municipio. Resulta evidente, que a los diecisiete años en que se presentó el fenómeno natural mencionado, su urbanización y disposición de servicios apenas hace aproximadamente seis años comenzó a cubrirse. Esto quiere decir, que en once años estuvieron al margen de estos beneficios básicos y propensos a la insalubridad por las malas condiciones de sus calles y accesos, sin drenaje sanitario, teniendo que sustituirlo con letrinas o fosas sépticas, y si a esto se le agrega la instalación de parques industriales en el AMM y la contaminación que se genera, se han convertido en elementos condicionantes en su estado de salud.

Otros factores similares presentados en ambos sectores de estudio, son la autoconstrucción de viviendas, aunque en la actualidad en su mayoría ya presentan materiales duraderos como block y ladrillos, existen quienes todavía tienen sus casas de madera o lámina como al inicio, exponiéndose a enfermedades respiratorias e infecciosas ante las inclemencias del clima. También, la tenencia de sus terrenos, aún en trámite, esperando que a la brevedad puedan disponer de escrituras debidamente legalizadas, aunque cabe mencionar que algunos terrenos alejados de las zonas centrales de las colonias no han sido contemplados para ser regularizados.

3.1.2. Justificación y complementación metodológica para abordar las colonias de estudio.

El estudio parte desde la concepción que plantea Gundermann (2004) al manifestar que toda investigación social puede ser considerada un estudio de caso, puesto que dirige su atención a un fenómeno provisto de especificidad y límites espacio temporales definidos. Como se ha señalado, en el presente estudio se han elegido dos sectores de distintos municipios y estados del país como casos de investigación en los que se pretende responder a interrogantes, “cómo” y “por qué”, enfocada a la relación salud-enfermedad expresada por las mujeres, así como a las estrategias que implementan en sus unidades domésticas. Además, se basa principalmente en información obtenida mediante la complementación de métodos y técnicas cualitativas y

⁶ Al igual que en el sector de la laguna “la Ilusión”, estos datos se analizan con exactitud a partir de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario.

cuantitativas (Stake, 1994, citado por Gundermann, 2004), por lo que el estudio se dirige a la comprensión de lo importante que es el fenómeno o situación de las madres de familia, visto desde su propio mundo, con sus temas, contextos e interpretaciones.

Partiendo de la idea de Bericat (1998:37) existe complementación cuando “en un mismo estudio, se obtienen dos imágenes, una procedente de métodos de orientación cualitativa y otra de métodos de orientación cuantitativa; así, obteniendo esta doble y diferenciada visión de los hechos se complementa el conocimiento de los mismos”. Esta doble visión se detecta en las colonias cuando se analizan las similitudes y diferencias que presentan sus habitantes, pudiendo enmarcar la realidad en que se ven ellos ante sus condiciones de vida y salud actual. De acuerdo con este mismo autor, en la complementación “el grado de integración metodológica es mínimo, su legitimidad se soporta sobre la creencia de que cada orientación es capaz de revelar diferentes e interesantes aspectos de la realidad social” (Bericat 1998:37). Esto puede verse con los resultados presentados en el siguiente capítulo, observándose como de la exploración de las comunidades y su contexto, se pasa a la vida al interior de los hogares, desde la visión y palabras de las mujeres, constituyendo esto los estudios de casos específicos al analizar cualitativamente a las informantes clave seleccionadas.

Para interpretar y justificar la observación en ambos métodos, Ibáñez (1979)⁷ comenta que aunque el método cualitativo implique “establecer identidades y diferencias, siendo el lenguaje el elemento que logra constituir el fenómeno de estudio”, y por su parte, el método cuantitativo se encargue de “contar unidades, y no se interese por el lenguaje”, en los dos es importante la técnica de la observación, con el propósito de recabar información. Es por ello, que la observación se ubica en este trabajo desde el enfoque no participante, implementándose desde el momento en que se aplicaron los cuestionarios con las personas encuestadas y cuando se llevaron a cabo las entrevistas a profundidad, para conocer las prácticas que implementan en su vida diaria y que sirven como elementos complementarios a las dos técnicas principales, el cuestionario y la entrevista, que más adelante se abordan a detalle.

Es necesario puntualizar que de acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996), la observación se ubicó dentro un “contexto local”, es decir, inmediato. Retomando las palabras de Evertson y Green (1989)⁸ la observación se centró en un “enfoque inclusivo”, al incorporar como datos los elementos del contexto, intentando reflejar los hechos que se presentaron, y con ello mostrar la imagen de las unidades domésticas al momento de aplicar la entrevista a profundidad, y cuando se realizaron visitas a las madres de familia.

De acuerdo a estos mismos autores, la selección de la muestra de estudio fue de acuerdo a una “selección por período de observación” (Rodríguez, Gil y García, 1996). El sistema elegido fue el narrativo, ya que por medio de éste se logró registrar la ocurrencia natural de las acciones, acontecimientos y conductas, sin tratar de filtrar lo ocurrido de forma sistemática, es decir, se recogieron los acontecimientos tal y como fueron surgiendo, sin separarlos de todo lo que pudo estar influyendo o interviniendo en la situación observada. También, la construcción del sistema narrativo procedió mediante “el registro de muestra”, pues se registraron los

⁷ Citado por Beltrán (1998).

⁸ Citado por Rodríguez, Gil y García (1996)

acontecimientos durante el acto, anotando la conducta que se manifestó durante el tiempo que duró la entrevista en forma ininterrumpida.

Precisamente, en este “diseño multimétodo”⁹ se logra enfrentar a informaciones empíricas concretas que requieren análisis de convergencias y divergencias; análisis de los que pueden surgir paradojas, contradicciones o nuevas ideas, como lo menciona Greene (1985)”. Para fines del estudio, a través de la forma secuencial se implementó esta estrategia de complementación, pues una vez que la investigación cuantitativa alcanzó algunos resultados, posteriormente la investigación cualitativa sirvió para orientar el análisis hacia los casos más representativos de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación. Esto quiere decir, que el cuestionario aplicado sólo presentó un panorama general de las condiciones actuales en que se encuentran las colonias, es decir, un retrato o imagen de su situación, y mediante la aplicación de la entrevista a profundidad, se pudo acceder a áreas o aspectos de la realidad que el cuestionario solo no hubiera podido contemplar.

Asimismo, como enfatiza Gundermann (2004) la observación y la entrevista evitaron la descontextualización de situaciones y las alteraciones en la espontaneidad de la acción y en el intercambio de palabras. Es por esto, que con este estudio de casos se incorporó una “perspectiva comparativa”, manteniendo el énfasis en los propios contextos de las unidades domésticas y sus colonias. También, es preciso comentar, que esto permitió interpretar y evaluar los resultados de las técnicas, como por ejemplo revelando relaciones imprevistas en las preguntas de investigación, o analizando situaciones diferentes que se presentaron.

Siguiendo esta estrategia de complementación, es necesario dejar en claro que se estudió el mismo fenómeno, es decir, de una dimensión general de las condiciones de vida y salud de las familias de las colonias, se llegó a los casos clave que permitieron indagar en diferentes aspectos o fases de su vida, tal y como se manifiestan en las personas que presentan o han tenido algún padecimiento crónico, discapacidad o enfermedades que para cada hogar son consideradas como frecuentes, y cómo éstas se interpretan y repercuten en sus actividades laborales o educativas. “Al hablar de un mismo fenómeno en investigación social, no ha de significar siempre observar idéntico aspecto del fenómeno, por lo que la complementación encuentra un amplio campo de aplicación cuando se orienta a diferentes aspectos de un mismo fenómeno” (Bericat, 1998:106).

Para terminar con este apartado, es necesario comentar que de acuerdo a la importancia de tener una apreciación directa desde la relación salud-enfermedad del individuo y su unidad doméstica, y de aquí trasladarlo al contexto en que vive, el estatus necesario para la complementación de métodos se basó en el diseño tipo “QL – qt”, que se refiere en primer lugar a seleccionar la orientación metodológica y la técnica de recolección de datos que se adapta mejor a los objetivos de estudio, esta representó el método cualitativo; y en segundo lugar, el método cuantitativo, cuyas fortalezas complementaron las debilidades clave que presentó el primer método, respecto de los objetivos específicos del estudio (Morgan, 1998, citado por Bericat, 1998:157).

⁹ Bericat (1998:115) llama así a la integración de los métodos cualitativo y cuantitativo en la investigación social.

Con la implementación de esta estrategia metodológica complementaria, el estudio corrobora o da diferentes explicaciones a las preguntas de investigación establecidas en un inicio; asimismo, al interactuar con las madres de familia, tanto del asentamiento del sur de Tamaulipas como del centro de Nuevo León, se identifican características comunes y diferentes que implementan con la finalidad de procurarse la atención de su salud, de educación, de empleo y de vivienda con base a la situación social que les ha tocado vivir.

Una vez determinadas las estrategias a implementar en la integración de los métodos, ahora es conveniente abordar en las líneas siguientes cada uno de ellos por separado, y presentar detalladamente cómo se construyeron las técnicas de investigación.

Antes, cabe mencionar que como parte del proceso de investigación documental, se consultaron fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), así como la Secretaría de Salud (SSA), para recabar información estadística y revisar algunos indicadores relacionados con aspectos de salud, pobreza, desarrollo humano, y abastecimiento de servicios básicos, tanto de los estados como de los municipios de referencia. También, es conveniente comentar que se tomó como antecedente el análisis de información estadística básica obtenida en el proyecto mencionado anteriormente: *“Marginalidad y asentamientos irregulares en ciudad Madero, Tamaulipas”*; y así, con esta tesis dar continuidad y poder actualizar la información interna que se ha generado dentro de la zona de estudio del sur de Tamaulipas.

3.2. Metodología Cuantitativa.

3.2.1. Tipología del cuestionario.

Atendiendo la estructura que presenta López (1998), cabe comentar que el área de interés o campo en que se encuentra el tipo de cuestionario realizado se ubicó en el “área demográfica”, pues su ejecución fue con “el objetivo de obtener información estadística demográfica, social y económica proveniente de las unidades domésticas, para tener un panorama descriptivo general de las condiciones de vida de la población que en ellas habita¹⁰”. Particularmente a este estudio, el área de interés predominante se ubica en el apartado de salud, el cual se enfoca a estudiar los conocimientos, actitudes y conductas de la población con relación a las estrategias que implementan para procurarse un estado de salud favorable. También, de acuerdo al propósito con que se diseñó, el cuestionario proporcionó información de carácter estratégico para cada una de las variables, ya que en sí mismo no establece conclusiones.

Con relación al enfoque metodológico, el nivel de conocimiento que se logró obtener con este cuestionario fue un acercamiento al fenómeno estudiado, y así, identificar las características generales o dimensiones de la situación, por lo cual es considerado como exploratorio. Asimismo, se pudieron representar las condiciones materiales de vida con porcentajes o

¹⁰ Este objetivo quedó establecido dentro de la Guía del Encuestador (2004) por parte del equipo de investigación que participó en la elaboración y aplicación del cuestionario.

promedios, haciendo esto que el instrumento se catalogue como descriptivo. De la misma manera, se considera explicativo, puesto que señala relaciones entre distintos factores o indicadores que constituyen el fenómeno, como son salud-empleo, salud-educación, salud-lugar de origen, salud-vivienda, sin establecer causalidad.

El tipo de levantamiento de toda la información recopilada, se realizó en forma personal, siendo proporcionada principalmente por la madre de familia, o en caso de no encontrarse en el momento, se optó por entrevistar al jefe de hogar o alguna persona mayor de edad que estuviera en condiciones de proporcionar la información. La razón de realizarlo de esta forma fue por el hecho de que las personas mayores que habitan en la unidad doméstica, en especial las madres de familia, son las que regularmente tienen conocimiento de los aspectos relacionados con las condiciones en que viven los miembros del hogar, desde el hijo más grande hasta el más pequeño, de su cónyuge, y demás familiares o conocidos que comparten el mismo techo.

3.2.2. Diseño y selección de la muestra.

Para comenzar, se toma la postura de López (1998:45): “las muestras representativas reproducen con cierto grado de error todas las características de la población o universo estudiado”. Además, López (1998) comenta que para que una muestra sea representativa del universo es necesario que cumpla con dos principios fundamentales: a) que todos los elementos del universo deban tener probabilidad de ser incluidos en la muestra; y, b) que la probabilidad de cada elemento de ser incluido en la muestra deba ser conocida. Estos principios se siguieron por medio de la inclusión de todos los predios localizados al interior de las manzanas, de acuerdo a los mapas proporcionados para el caso de la colonia Fernando Amilpa, por el departamento de desarrollo urbano y ecología del Gobierno Municipal de General Escobedo, N.L., y para la laguna “la Ilusión”, por la empresa Grupo Consultor del Noreste, S.C.

El tipo de muestreo fue diseñado de manera probabilística, ya que en todo momento se enfocó a que los resultados de los cuestionarios fueran representativos de la población de cada una de las colonias. Con la utilización del programa STATS, se obtuvo con un nivel de confiabilidad del 95% y un grado de significancia del 5%, de los 720 casos en total de las colonias de la laguna “la Ilusión”, la cantidad de 147 cuestionarios a aplicar; y de 2046 casos, 331 cuestionarios para la colonia “Fernando Amilpa”.

Es necesario comentar, al momento de proceder a la aplicación de los cuestionarios, se pudo constatar que el plano o mapa de la colonia “Fernando Amilpa” en algunas manzanas en que se tenían detectados algunos casos para encuestar, no se pudo realizar, debido a que físicamente las manzanas no existían o se habían reubicado en otras partes de la colonia. Al presentarse esta imprecisión, se consideró tomar en cuenta sólo las unidades domésticas que sí estaban ubicadas en los puntos que marcaba el plano y que realmente se encontraban en la colonia; con esta decisión del equipo de investigación los cuestionarios aplicados quedaron en 314 casos.

Particularmente, para la selección de los casos que se encuestaron en ciudad Madero, se seleccionaron los hogares que se consideraron en condiciones de exclusión social, económica,

urbana y ambiental. Estos pertenecen a las manzanas de las dos colonias que se encuentran cercanas a las márgenes de dicha laguna, que se identifican, y así era expresado por las mismas unidades domésticas que ahí habitan, como las ampliaciones de las colonias “Heriberto Kehoe” y “los Pinos”, ya que desde el estudio realizado por la UAT (2001) se pudo establecer que sus habitantes, por su irregularidad y espacio urbano que ocupan, se encontraban en la situación mencionada.

Para que la muestra pudiera lograr su efectividad, en algunos casos específicos de las colonias tanto de ciudad Madero como de General Escobedo en que fue difícil localizar las unidades domésticas que arrojó la prueba de aleatoriedad, se tuvo que proceder para la búsqueda de información, al hogar inmediato que se encontraba hacia el lado izquierdo, siguiendo el sentido de las manecillas del reloj, detectando y corroborando en los mapas los casos de sustitución en que se presentó esta situación.

3.2.3. Diseño y construcción del instrumento.

Se construyó un cuestionario¹¹ que se aplicó en los sectores mencionados de la laguna “la Ilusión” del municipio de Madero en el mes de julio de 2004 y en la colonia “Fernando Amilpa” durante los meses de octubre de 2004 a abril de 2005, habiendo aplicado antes una prueba piloto en esta última colonia, teniendo que realizar modificaciones en la redacción de algunas preguntas. Los miembros del grupo de investigación y el asesor, procedieron a aplicar el cuestionario cada uno en una de las unidades domésticas elegidas al azar, se aplicaron en manzanas y áreas separadas, con el fin de tener un primer acercamiento a los hogares, y así, analizar la impresión que pudiera causar en ellos.

Con este procedimiento se pudieron detectar algunas fallas en las opciones de respuesta, para ello, se hicieron las correcciones a las preguntas relacionadas con las variables como enfermedades frecuentes y los remedios caseros; se hicieron comentarios a aspectos como los ingresos y al ahorro de las personas; además, se intercambiaron de posición algunas preguntas relacionadas con la vivienda y la participación ciudadana, con la finalidad de que su formulación tuviera una secuencia lógica. Posteriormente, se ejecutaron algunas pruebas estadísticas en el Statistical Package for the Social Science (SPSS), para conocer la relación que se pudiera dar entre ellas, como un preliminar para cuando se tuviera completada la base de datos de los cuestionarios aplicados.

Finalmente, el cuestionario¹² quedó integrado por 78 preguntas, dividido en los siguientes apartados: información sociodemográfica; educación; salud; empleo; vivienda; servicios; y, participación ciudadana. Se implementó una Guía del Encuestador basada en el Manual del Encuestador del Programa MECOVI-El Salvador “Mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida en América Latina y El Caribe”, de abril de 1998, para simplificar la tarea al equipo de encuestadores que apoyaron la realización de las mismas.

¹¹ El instrumento fue elaborado por estudiantes de nivel maestría y doctorado en las sesiones de taller de investigación, misma que forma parte del plan de estudios de la Maestría en Ciencias con orientación en Trabajo Social y del Doctorado en Filosofía y Políticas Comparadas de Bienestar Social, bajo la supervisión del Dr. Eduardo López Estrada.

¹² Ver anexo 3: “Cédula de cuestionario”

Para el caso de los cuestionarios aplicados en ciudad Madero, se tuvo una reunión previa de información y capacitación con estudiantes de nivel licenciatura y maestría, de diferentes áreas como psicología, comunicación, educación y economía, que colaboraron apoyando al equipo de investigación. Posteriormente, se realizó por las mañanas, durante un lapso de dos semanas, la visita a las colonias para proceder a encuestar a las unidades domésticas seleccionadas. En algunas de las manzanas fue necesario romper la aleatoriedad asignada, debido a que por la misma configuración urbana que quedó establecida por la delimitación de los terrenos federales que circundan a la laguna “la Ilusión”, ocasionó que no todas las manzanas presentaran su forma habitual rectangular o cuadrada.

Es preciso mencionar, que en ambos sectores, regularmente por las mañanas la gente asiste a sus actividades laborales, por lo que era muy frecuente encontrarse con viviendas cerradas, o que en su caso no se encontraba la madre de familia o alguna persona mayor que pudiera proporcionar la información. Por este motivo, se optó por regresar en otra ocasión y si en esa segunda visita no se localizó a la persona se procedió a encuestar a la unidad doméstica contigua al lado izquierdo, y en caso de no encontrarse se continuó con la inmediata posterior.

El nivel de medición utilizado fue el nominal, pues de acuerdo con López (1998:65) “aquí la dimensionalización del concepto se hace categorizando las posibles respuestas o comportamientos posibles”. El por qué de haber escogido este tipo de nivel, se debió a que “los números representan nombres de categorías, no indican magnitud, ni relación entre ellos, además de que no es posible realizar operaciones aritméticas y la manipulación estadística es muy limitada” (López, 1998:65).

De la misma forma, la técnica de medición que se seleccionó fue por medio de preguntas cerradas, es decir, se presentaron alternativas de respuesta. López (1998:66) comenta que “las principales ventajas de este tipo de preguntas son el nivel de estructuración de las respuestas y la comparabilidad”; en las opciones de respuesta que se le dieron a la persona, siempre fueron “exhaustivas”, pues se consideraron las alternativas posibles de acuerdo a los objetivos perseguidos por el equipo de investigación en cada uno de los temas; “excluyentes”, ya que las respuestas posibles pertenecieron a una sola categoría; y “relevantes conceptualmente” al estudio y al repertorio de respuestas que pudiera ofrecer el encuestado.

La última parte del cuestionario titulada observaciones del encuestador, sirvió para realizar algunos registros, como comportamiento o presencia de ciertos estímulos o características dentro de la unidad doméstica encuestada. Además, permitió obtener información de manera directa de los diferentes temas abordados en el cuestionario, al citar algunos casos como informantes clave para la realización a posteriori de las entrevistas a profundidad.

3.2.4. Operacionalización de variables.

Como se mencionó anteriormente, las secciones que comprendió la cédula del cuestionario, fueron las siguientes:

- Identificación
- A. Información sociodemográfica.
- B. Educación.

- C. Salud.
- D. Empleo e ingresos.
- E. Vivienda y servicios.
- F. Participación ciudadana.

El apartado de identificación, se utilizó para obtener el nombre de la persona que se encuestó, así como al encuestador que la realizó. Se anotó el número de cuestionario de acuerdo a la numeración asignada al encuestador y el número de la unidad doméstica u hogar elegidos con base en la numeración aleatoria para cada una de las colonias. Esto permitió identificar más fácilmente los casos para entrevistas a profundidad.

Con el apartado A, referente a la información sociodemográfica, se determinó la estructura de la población de ambos sectores de estudio por sexo, edad y lugar de origen, constituyéndose en las características demográficas básicas, además, se pudo conocer el número de años que tienen las familias viviendo en la colonia.

En la sección B, que se refiere a la educación, logró conocerse la magnitud de personas que tienen acceso a la educación escolarizada. Al mismo tiempo, se pudo determinar el nivel de escolaridad alcanzado tanto por los adultos, como el grado en que actualmente se encuentran los niños en edad escolar, además, fue factible conocer el volumen y las características de la población analfabeta de ambas zonas.

En la sección C, que aborda el aspecto de salud, las variables permitieron apreciar el grado de utilización, así como el alcance de los servicios de salud gubernamentales de la población; también, se pudo detectar aquellas unidades domésticas que utilizan como solución a sus enfermedades algún tipo de remedio casero; se clasificaron las enfermedades frecuentes y crónicas que padecen las personas, y se detectaron aquellos casos donde se presenta alguna persona con discapacidad.

Con referencia al apartado D, relacionado con el empleo, las variables captadas en esta sección permitieron estudiar las características económicas de los miembros del hogar, facilitando la obtención de indicadores que hacen una evaluación de la fuerza laboral existente en las colonias, como el tipo de empleo u ocupación en que se ubican.

En la sección E, que comprende el estado general de la vivienda, la información de las variables permitió evaluar las condiciones de vida de la población con relación a la vivienda que habita, el acceso a los servicios básicos (agua, drenaje, energía eléctrica). Asimismo, fue importante relacionarlo con los problemas de déficit habitacional y el grado de hacinamiento, indicadores básicos en el estudio de las condiciones de vida de la población.

En el último apartado, el F, que se refiere a la participación ciudadana, para los fines de esta tesis, se consideró solamente la pregunta concerniente a la forma en que llegaron a la colonia las unidades domésticas encuestadas.

Algunas de las frecuencias de datos que se consideraron, analizadas particularmente en el tratamiento de los resultados, son: la división por sexo de los habitantes de las colonias; la división por grupos quinquenales de edad; el reconocimiento del lugar de origen de las

personas por estado y por zona, ya fuera rural o urbana; con respecto a la vivienda, los tipos de material predominantes en muros, techo y piso; el número de cuartos por unidad doméstica; la forma en que lograron construir sus casas; así como la proporción de unidades domésticas de acuerdo a la disposición de servicios públicos básicos (luz, agua y drenaje); la forma de llegar o establecerse en la colonia; con relación a la educación, se identificó el porcentaje de alfabetización de la población; y en materia de salud, la derechohabiencia a alguna institución de salud; el lugar de atención médica predominante y la frecuencia con que se presenta el uso de remedios caseros en las unidades domésticas.

Por su parte, las relaciones entre variables fueron: la incidencia en enfermedades frecuentes y crónicas que presentan los niños de 0 a 12 años, así como también, la prevalencia de enfermedades frecuentes y crónicas en adolescentes y adultos; el tipo de enfermedad crónica de hombres y mujeres que trabajan; y, las enfermedades frecuentes de las personas que tienen más de cinco años viviendo en las colonias. Un factor que también fue importante considerar, es la relación que guarda el número de años que tienen las personas en la colonia y su prevalencia de enfermedades, analizando dónde las han atendido. En materia de educación, fue preciso contemplar el número de años que ha estudiado la población mayor a 5 años, la población entre 6 y 15 años y la mayor o igual a 15 años; de igual forma, la asistencia actual a la escuela de las personas mayores de 5 años y por grupo quinquenal de edad.

Con estas variables, se puede argumentar que la aplicación del cuestionario en los sectores de ambos municipios, permitió hacer un diagnóstico general del estado en que se encuentran sus habitantes. Además, se corrobora si existe relación entre las variables mencionadas de salud con los de educación, empleo, así como con las características de sus viviendas, conduciendo a detectar si los estudios llevados a cabo en un nivel mesosocial representan a los ubicados en la escala microsocia, es decir, a las unidades domésticas de estos dos casos, y si dichos factores son representativos de las condiciones de vida de los grupos considerados como excluidos dentro de la escala social, factores que podrán observarse y analizarse detenidamente mediante la implementación de la metodología cualitativa, que a continuación se expone.

3.3. Metodología Cualitativa.

La investigación cualitativa, de acuerdo a Vasilachis (2003:50) “se caracteriza por subrayar la naturaleza socialmente construida de la realidad social, la íntima relación del investigador y aquello que se estudia, así como los determinantes contextuales que condicionan la investigación”. Desde este enfoque, una vez aplicado el cuestionario el paso siguiente fue la revisión de cada uno para localizar a las informantes en las unidades domésticas de los sectores urbanos, para posteriormente establecer un diálogo con ellas por medio de la entrevista a profundidad. Estas mujeres fueron de utilidad como casos representativos de acuerdo a características similares que pudieron ser detectadas en ambas colonias, como la incidencia de enfermedades frecuentes y crónicas, así como las prácticas o estrategias que implementan para atender su salud.

Al igual que en el cuestionario, se entrevistó a la madre de familia porque proporcionó la información completa de los integrantes de su hogar, además, de que al interior de la unidad doméstica ha sido la persona que ha guardado los cuidados de atención a la salud-enfermedad

de sus miembros cuando han estado enfermos; o mediante el autocuidado y prevención como en los casos en que ella misma manifestaba alguna enfermedad crónica.

Un elemento que no pasó desapercibido en la implementación de las entrevistas, como parte de los objetivos específicos de esta investigación, fue detectar si en los grupos de personas que tienen diferente lugar de origen (aquellos grupos de familias inmigrantes), existen usos y costumbres relacionados con las formas de procurarse un estado de salud para desenvolverse en su vida diaria, es decir, si dentro de estas formas recurren al uso de la medicina tradicional o como comúnmente se le conoce a algunas de ellas: la utilización de remedios caseros.

Para la realización de las entrevistas, se consideró la postura de Taylor y Bogdan (1987), quienes muestran especial interés en las entrevistas a profundidad, sobre todo cuando se utilizan en estudios cualitativos. Taylor y Bogdan (1987) las definen como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, expresadas con sus propias palabras.

Con esto, es preciso señalar, que con las entrevistas se captó el lenguaje natural de las entrevistadas¹³, determinando las características que asumen en los procesos de construcción de sus condiciones de vida, enfocados hacia la salud de sus integrantes. Además, como señala Vasilachis (2003:51) partiendo de la igualdad esencial en la interacción de la entrevistada y el entrevistador, se reconoció: “a) el carácter originario de su conocimiento; y, b) el proceso cooperativo de construcción de ese conocimiento que tiene lugar durante esa interacción”.

Desde la visión de Castro (2002), el conjunto de conceptos y símbolos lingüísticos que un grupo determinado usa para expresar la experiencia subjetiva de salud de sus integrantes forma parte de un campo semántico. Estos campos semánticos hacen posible un proceso social de acumulación de experiencia, que se logra a través de un proceso selectivo que determina la experiencia real de los miembros del grupo o familia (Berger y Luckman, 1986:60, citado por Castro, 2002).

Siguiendo esta misma idea, el campo semántico específico de interés en el estudio puede centrarse en lo que Bolstanski (1972) llama: capacidad médica.

La percepción y la identificación de signos y síntomas es un acto de desciframiento e interpretación, que supone un proceso de aprendizaje, consciente e inconsciente, por parte de los individuos. Esta percepción e identificación, depende del número y la variedad de categorías cognitivas o de percepción corporales, es decir, del lenguaje de que disponen los individuos, y esto a la postre refleja su capacidad médica (Bolstanski, 1972, citado por Castro, 2002).

El concepto de capacidad médica puede concebirse como la expresión de “concepciones y creencias populares sobre salud y enfermedad, en tanto que esta última supone implícitamente un contraste directo con el conocimiento médico moderno” (Castro, 2002). Por lo anterior, la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción de los individuos se expresa

¹³ Los nombres de pila fueron cambiados para resguardar la identidad de las madres de familia entrevistadas.

a través de su capacidad médica, que forma parte de un campo semántico, mismo que, finalmente, es parte del sentido común construido por, y disponible para, el grupo social de referencia (Castro, 2002). El procedimiento para abordar esta situación se realizó caracterizando los aspectos más importantes de la estructura social de las colonias “Fernando Amilpa” y las ampliaciones de “los Pinos” y “Heriberto Kehoe”, es decir, el contexto social; y posteriormente, captando los rasgos esenciales de la interpretación que conciben las madres de familia de su estado de salud-enfermedad, considerando el contexto económico, urbano y ambiental en que han vivido.

La finalidad fue poder interpretar las partes, es decir, las experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad, por ello, fue necesario hacer referencia al todo: el contexto y el sentido subjetivo de las personas entrevistadas. Esto hace referencia a la importancia que tiene la técnica de la entrevista a profundidad al tratarse de una técnica intensiva en la que se abordan no solamente las opiniones del individuo interrogado, sino incluso su propia personalidad, enfocada a su forma de vida, partiendo de una determinada experiencia del sujeto (Ibáñez, 1979, citado por Beltrán, 1998).

Además de lo anterior, con la observación no participante se logró acceder a las relaciones que guardan al interior de sus hogares y con la comunidad en sus diferentes contextos (Vasilachis, 2003), de acuerdo a los diferentes casos donde se llevaron a cabo las entrevistas, interpretando algunas funciones de la acción social que realizan en su vida diaria.

También, como apoyo a la entrevista a profundidad, se recurrió al cuaderno de campo, considerado uno de los medios auxiliares mediante el cual el investigador puede apoyarse al momento de realizar el estudio (Goode y Hatt, 1991). Se realizaron notas sobresalientes y no sobresalientes del día, esto último quiere decir que no porque algún acontecimiento estuvo fuera del contexto de investigación, se tuvo que dejar a un lado. Por ejemplo, fue necesario captar hasta lo menos novedoso, por ejemplo, las pláticas o temas recurrentes de las personas, la forma en que se llaman unos a otros, en lo que se refiere a sobrenombres o apodos, la forma en que nombran a los objetos, entre otras características.

Una vez definidas las técnicas cualitativas implementadas, a continuación se menciona cómo fue que se determinó el diseño y construcción de la guía de entrevista.

3.3.1. Diseño y construcción de la guía de entrevista.

Bericat (1998:108), manifiesta que “la guía de la entrevista se deduce del análisis de la situación externa en la que ha estado presente el sujeto y se orienta según hipótesis derivadas de este análisis”. Este mismo autor, expone que la entrevista se enfoca sobre las experiencias subjetivas, procurando:

- a) Reducir al mínimo la dirección ejercida por el entrevistador al objeto de mantener la apertura del discurso; b) especificar precisamente la definición de la situación del sujeto para evitar la ambivalencia interpretativa; c) en lo posible, ampliar el rango de las respuestas para lograr un amplio plano del universo simbólico; y, d) recoger en profundidad la carga afectiva y valorativa del sujeto, así como los contextos personales, que han dado origen a las reacciones (Bericat, 1998:108).

Así, el método cualitativo mejoró y profundizó sobre los resultados del cuantitativo mediante la interpretación de las relaciones estadísticas establecidas. Aspecto considerado al momento de realizar la interacción con las informantes entrevistadas, detallándose en el análisis de los resultados.

Para poder alcanzar los aspectos mencionados, la guía de entrevista¹⁴, quedó estructurada de acuerdo a catorce categorías: infancia, adolescencia-juventud, lugar actual de residencia, educación escolarizada, alimentación, apreciación de las pláticas recibidas, prevalencia de enfermedades, enfermedades crónicas, discapacidad, interpretación de la salud-enfermedad, vida cotidiana, empleo e ingresos, apreciación de sus condiciones de vida y salud a futuro, y apreciación de los apoyos de gobierno.

Fue necesario, al igual que en el cuestionario, la aplicación de una prueba piloto para elaborar una lista general de los temas a cubrir con las informantes, sin importar en primera instancia su orden de respuesta. Posteriormente, esta lista se adaptó en función de los relatos de las mujeres y del proceso de análisis simultáneo de la información obtenida en cada entrevista. Esto fue importante para poder orientar a la entrevistada hacia los temas abordados, en caso de que no comprendiera las preguntas o el seguimiento de las mismas. Por lo anterior, la forma en que se abordó la entrevista con las madres de familia, se ubicó dentro de la clasificación semiestructurada, ya que se tuvo “una conversación enfocada sobre un tema en particular y se les brindó el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión” (Bernard, 1988:204-207, citado por Vela, 2004).

Con relación al número de entrevistas realizadas, se efectuó un “muestreo de tipo teórico o intencionado” (Vela, 2004), esto quiere decir, que se siguió un proceso de acumulación de entrevistas hasta que se alcanzó un punto de saturación con respecto a las categorías. Esto sucedió cuando se lograron todas las dimensiones de interés, de tal manera que los resultados provenientes de una nueva entrevista ya no aportaron nueva información de relevancia a la investigación.

3.3.1.1. El rapport.

Previamente a la realización de la entrevista, con un par de días de anticipación, se acudió al domicilio de la madre de familia para establecer contacto con ella, platicar sobre el interés académico de llevar a cabo con ella una conversación por medio de una entrevista, en la cual se abordarían aspectos similares a los del cuestionario, pero esta vez con la intención de conocer más a fondo parte de su vida, específicamente las estrategias y formas en que han atendido sus enfermedades y cómo las han percibido.

Una vez que la persona accedió a su realización, se programó la fecha y la hora para llevarla a cabo. Se acudió el día previsto y antes de iniciar se le aclararon los temas que se abordarían, diciéndole que primeramente se comenzaría con la etapa de su niñez y adolescencia, para posteriormente situarnos en su lugar actual de residencia. Iniciada la entrevista, fue necesario lograr un nivel de entendimiento mutuo entre ambos, esto se refiere al grado de simpatía y empatía entre el entrevistado y el investigador (Vela, 2004). Esto se corroboró cuando la

¹⁴ Ver anexo 4: “Guía de entrevista”

informante aceptó las metas y objetivos del estudio, y procuró proporcionar activamente la información necesaria en cada uno de los aspectos de la plática.

Se inició con la presentación y explicación del propósito de la entrevista, su confidencialidad y la utilización que se daría a la información. Posteriormente, se le comentaron algunas instrucciones sobre la dinámica a seguir, mencionándole la intención de grabar la conversación entre ambos, justificándole las razones para hacerlo, poniendo especial énfasis en la importancia de expresar su opinión abiertamente. También, fue importante aclararle que el objetivo de hablar con ella era aprender de su experiencia; asimismo, se le solicitó su edad, estado civil y el número de hijos, tanto los que viven con ella como los que se encuentran casados y que no habitaban en la unidad doméstica.

Durante la parte central de la entrevista se alentó a la entrevistada a ofrecer explicaciones sobre su comportamiento y vivencias durante las etapas en que se han presentado enfermedades en su hogar, con el fin de “integrar los hechos” de interés para los fines del estudio, tratando de obtener la mayor información de interés posible. Finalmente, se le agradeció su participación enfatizándole nuevamente la importancia del valor obtenido con la entrevista y su confidencialidad. Como una forma de agradecerle el tiempo dedicado a la conversación, se le solicitó conceder una fotografía de ella junto con los miembros de su unidad doméstica que se encontraban en ese momento, aclarándole que dicha fotografía se le entregaría para que la conservara como un recuerdo de la fecha en que se le entrevistó.

Afortunadamente, de las diez madres de familia entrevistadas, sólo una no accedió a que se le tomara la foto, argumentando que no le gustaba y que no se sentía en condiciones de que se le tomara. A las demás, antes de terminar la fase de trabajo de campo, se acudió a entregárselas y nuevamente se les agradeció la oportunidad que se tuvo de platicar con ellas y el gusto de haberlas conocido.

3.3.2. Descripción de la categorización.

Como ya se hizo mención, se elaboró una guía de entrevista, quedando integrada por las siguientes categorías:

I. Infancia.

En esta parte de la entrevista, se le solicitó a la madre de familia una recreación de su etapa de niñez, con la finalidad de conocer el contexto en que creció y vivió en su comunidad de origen, además, de que pudiera recordar e interpretar cómo fue el nacimiento de ella y sus hermanos, la forma en que sus padres atendieron sus enfermedades, así como las actividades que realizaban los integrantes de su unidad doméstica, tanto al interior como al exterior del hogar. Estos aspectos son importantes para recuperar el ambiente vivido en estos primeros años por la persona, y analizar las condiciones de vida de esa época.

II. Adolescencia-Juventud.

Para dar continuidad, se procedió a preguntarle sobre la incidencia de enfermedades y sus condiciones habitacionales, para conocer qué cambios se presentaron de donde vivió su

infancia, y en el caso de que se hubiesen presentado enfermedades crónicas, saber cómo lograron controlarlas, o en su caso si continuó manifestándose, cómo fueron solucionando los problemas de salud presentados.

III. Lugar actual de residencia.

Al ubicar a la señora en la colonia donde vive actualmente, se le pidió que relatara desde su llegada las dificultades a las que enfrentaron para poder vivir en esos espacios urbanos, considerando los sacrificios para construir su vivienda, la forma de conseguir los materiales de construcción y los servicios públicos básicos, y si en su consecución se apoyaron con las demás familias establecidas en la colonia. Reconstruir el contexto social y ambiental en que se encontraban al inicio de su llegada, relacionado con el que crecieron en su niñez, permitió establecer qué patrones en cuanto a estrategias, reprodujeron de una etapa a otra.

IV. Educación escolarizada.

En este apartado se pudo conocer la dinámica intrafamiliar que se presenta con relación al apoyo en las actividades escolares de los hijos, el nivel de estudios de los integrantes de la unidad doméstica, así como las causas que ocasionaron el abandono de sus estudios. Con referencia a esto último, se constató si se presentaron motivos de enfermedad que obstaculizaron su continuidad en la escuela, o si el estado actual de salud ha sido un factor que los limite en su desempeño escolar.

V. Alimentación.

Un punto importante es el consumo de alimentos, tanto los elaborados en el hogar como los ingeridos en la vía pública, en particular por los menores en edad escolar, ya que dependiendo del plan alimenticio se puede observar su influencia directa en el bienestar mental y corporal, y en el funcionamiento del organismo de cada persona. Por tanto, se conoció, aunque no a detalle, el tipo de alimentación de los niños y adultos y si este ha tenido relación en sus malestares o enfermedades frecuentes.

VI. Apreciación de las pláticas recibidas.

Este aspecto fue necesario incorporarlo, para conocer las medidas o estrategias que han implementado a partir de las pláticas de orientación sobre el consumo de alimentos y la prevención de enfermedades, recibidas por los niños en la escuela, o las madres en el centro de salud de la comunidad o del municipio como parte del programa *Oportunidades*, u otra institución que realice labores de beneficio social en las colonias. Además, se comprendió la capacidad médica que las informantes han adquirido con estos conocimientos impartidos.

VII. Prevalencia de enfermedades.

Con esta categoría, se conocieron las enfermedades frecuentes que han padecido los miembros del hogar desde que habitan en su colonia, las formas en que las han atendido o solucionado, la manera en que las nombran, los remedios caseros utilizados, las personas a las que recurren, además, al hacer referencia al contexto en que nacieron sus hijos, se le cuestionó a la madre

sobre la atención médica recibida al nacimiento de ellos y sobre las enfermedades que manifestaron en sus primeros años. También, en el caso de los niños menores de seis años se le preguntó sobre las vacunas que les han sido aplicadas, como una forma de prevención para su vida futura.

Al ubicar la presencia de enfermedades en el contexto en que han vivido, se relacionó con las condiciones de vida y salud que presentaron las madres de familia en su niñez, las estrategias de solución que tuvieron sus mamás con ellas, y cómo ahora lo han hecho con sus hijos, esposo u otros integrantes del hogar.

VIII. Enfermedades crónicas.

En el caso de este tipo de enfermedades, se detectó a aquellas personas de la unidad doméstica que han presentado asma o bronquitis, hipertensión arterial o diabetes, y mediante la plática con la madre de familia, se conocieron los cuidados y atenciones que han brindado a la persona enferma, o en su caso si ella ha tenido la enfermedad, las formas en que los ha recibido por parte de su familia. Además, fue importante comprender su apreciación sobre la detección y tratamiento que han continuado para atenderla o atenderse, así como las principales consecuencias en las actividades del hogar o en su trabajo desempeñado.

Conjuntamente con el apartado anterior, la presencia de enfermedades frecuentes y crónicas en las unidades domésticas, permitió comprender y analizar la interpretación que la madre de familia da al estado de salud en que se encuentran.

IX. Discapacidad.

En algunos casos, se detectó también la presencia de discapacidades corporales, para lo cual fue necesario abordar preguntas a cerca de sus causas, la atención médica especializada, la mejoría que han presentado cuando ha existido atención médica, y como parte fundamental, las principales afectaciones personales, familiares y con su comunidad por el hecho de encontrarse o haber tenido esta discapacidad.

Al igual que las enfermedades anteriores, fue importante conocer la forma en que la conciben y analizar que similitudes o diferencias se presentan en su interpretación.

X. Interpretación de la salud-enfermedad.

Precisamente, para complementar las tres categorías anteriores, se diseñó este apartado para comprender más a fondo la subjetividad de las entrevistadas con relación a la provocación y prevención de enfermedades (en particular se pudo apreciar detalladamente cuando la enfermedad presentada era asma o bronquitis); también, las principales limitaciones y cómo han superado su condición de enfermedad.

Se consideró necesario cuestionarles sobre el significado que tienen de “estar saludable” y de enfermedad, pues con esto se logró relacionarlo con el contexto urbano, social, ambiental y económico en que han habitado.