

XI. Vida Cotidiana.

Para conocer también la dinámica del hogar en un día común de actividades, la informante describió todo lo que realiza desde que se levanta hasta que se duerme. Esto condujo a analizar si en los distintos roles que asume se dedica la atención a su salud, como pudo ser en la preparación de alimentos, en la forma de alistar a los hijos para asistir a la escuela, la asistencia a alguna plática de prevención o sencillamente los cuidados que deben tener con la persona enferma de la unidad doméstica.

XII. Empleo e Ingresos.

Se contempló esta categoría para corroborar las actividades laborales que actualmente llevan a cabo y el nivel de ingresos percibido por los miembros del hogar, y así, saber si hubo cambios de la fecha en que se les aplicó el cuestionario al día en que se realizó la entrevista, además, se conoció su opinión sobre si los ingresos les han sido suficientes para atender sus enfermedades, para los gastos del hogar y de alimentación. También, a cerca de los gastos más representativos que han tenido para atender sus enfermedades, y si éstas se han generado por algún accidente ocurrido en sus actividades laborales.

XIII. Apreciación de sus condiciones de vida y salud a futuro.

Comprender la apreciación que tienen sobre sus condiciones de vida y salud a futuro resultó interesante, porque así se pudo visualizar hasta dónde desean aspirar las familias que se han encontrado en situación de pobreza y con limitaciones en cuanto a su estado de salud. Cómo se ven ellos a futuro, en sus condiciones materiales, familiares o comunitarias, hizo que se manifiestará la subjetividad interna de las mujeres.

XIV. Apreciación de los apoyos de Gobierno.

Como se comentó en líneas anteriores, las unidades domésticas de estas colonias no han estado solas, han recibido apoyos gubernamentales, institucionales o de organismos para aspirar a una mejor condición de vida, por lo que resultó conveniente cuestionarles sobre lo que ellos piensan que están haciendo las autoridades de gobierno para mejorar su situación. Con esto, se analizó la forma en que ellos han visto tanto el bienestar de su colonia como personal.

Finalmente, con las técnicas de investigación anteriores, se ubicó el estudio en el tipo de análisis: "comportamiento individual afectado por el contexto del hogar, tomando en cuenta factores observables" atribuido por Wong y Figueroa (2001). También, este tipo de análisis asoció la variable de salud a nivel personal con los factores determinantes en el nivel personal, de la unidad doméstica o de la comunidad, que permitirán concluir si los tipos de problemas o prácticas de salud están relacionados con características particulares del individuo, de las familias o de las comunidades de residencia (Wong y Figueroa, 2001). Además, se identificó en forma más clara los factores que en un momento dado favorecen u obstaculizan las prácticas o problemas de salud que se observan en el nivel individual y que tienen su origen por causas familiares o comunitarias.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Introducción.

Una vez determinadas la posición teórica y las razones de abordar estas dos colonias bajo técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa, en este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos que ayudarán a conocer la dinámica que han tenido los sectores de estudio en cuanto a sus condiciones de vida y salud.

Primeramente, se hace una imagen de los aspectos sociodemográficos que deben tenerse en cuenta para saber cómo están compuestas las colonias urbanas, para posteriormente diagnosticar su estado actual con relación a los indicadores de vida que se han seleccionado para abordar este estudio, como lo es la salud, la vivienda, el empleo y la educación de estos grupos humanos; lo cual nos mostrará el panorama general en que están viviendo sus habitantes.

Después, con la finalidad de comprender un poco más fondo en la dimensión subjetiva de las unidades domésticas, se presenta el contexto social, urbano y ambiental en que vivieron y han estado viviendo los casos particulares seleccionados; para finalmente entender en este marco referencial, considerado como en pobreza, cómo las madres de familia representan o perciben su estado de salud-enfermedad actual y sus condiciones de vida a futuro en sus comunidades.

4.1 Aproximación a las colonias de estudio.

4.1.1. Aspectos sociodemográficos.

Para iniciar este apartado, es conveniente presentar una imagen de los habitantes de las dos colonias que permita ubicar las características sociodemográficas en que se encontraban en el período en que se aplicaron los cuestionarios, estas características se encuentran representadas por el número de miembros en las unidades domésticas, el sexo, la edad, el lugar de origen y los años que tienen viviendo en la colonia.

Primeramente, se requiere conocer cómo fue que las familias de ambos asentamientos llegaron a sus respectivas colonias. En las colonias de la laguna “la Ilusión” la forma de llegar o de posesionarse de los predios que actualmente habitan fue a través de la invasión de los mismos, el 74.5% de las 149 unidades domésticas (U.D.) encuestadas afirmaron que se establecieron

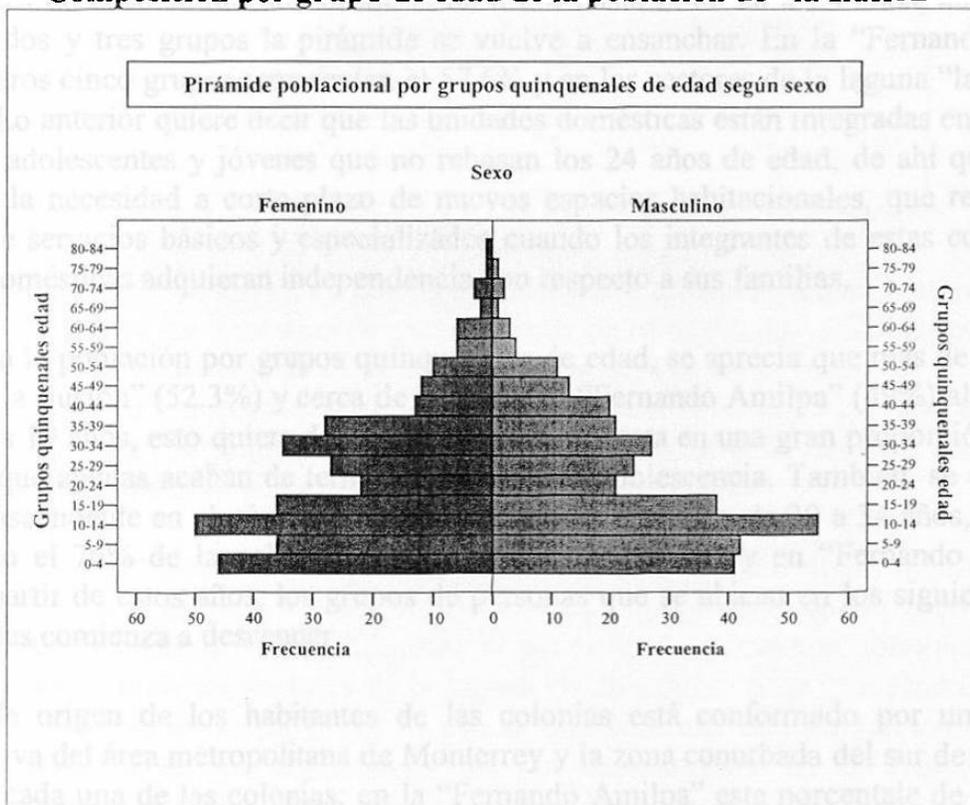
por su cuenta. En la colonia “Fernando Amilpa” el 45.5% de las U.D. llegaron al actual predio que ocupan por reubicación; como ya se mencionó, anteriormente algunas de ellas vivían en las orillas del río “Pesquería”; el 41.7% fue por cuenta propia como logró apropiarse del terreno, esto quiere decir que existió también apropiación o invasión de predios para asentarse en estos terrenos.

El número de personas que viven por unidad doméstica es un promedio entre 4 y 5 miembros, en la “Fernando Amilpa” el 53.8% de las U.D. tiene este número de integrantes, y en las colonias de la laguna “la Ilusión” el 51.7% tiene este número de personas, lo cual hace que ambas colonias presenten en sus hogares esta característica en una proporción muy similar.

La composición de la población por sexo se presenta de igual forma muy acorde en ambos asentamientos, por un lado, la colonia “Fernando Amilpa” de los 1503 casos que contabilizaron los 314 cuestionarios, el 50.1% está representado por el sexo femenino y el 49.9% por la población masculina; y por el otro, las ampliaciones de “los Pinos” y de la “Heriberto Kehoe” en los 660 casos de los 149 cuestionarios, las mujeres conforman el 50.6% y los hombres el restante 49.4%.

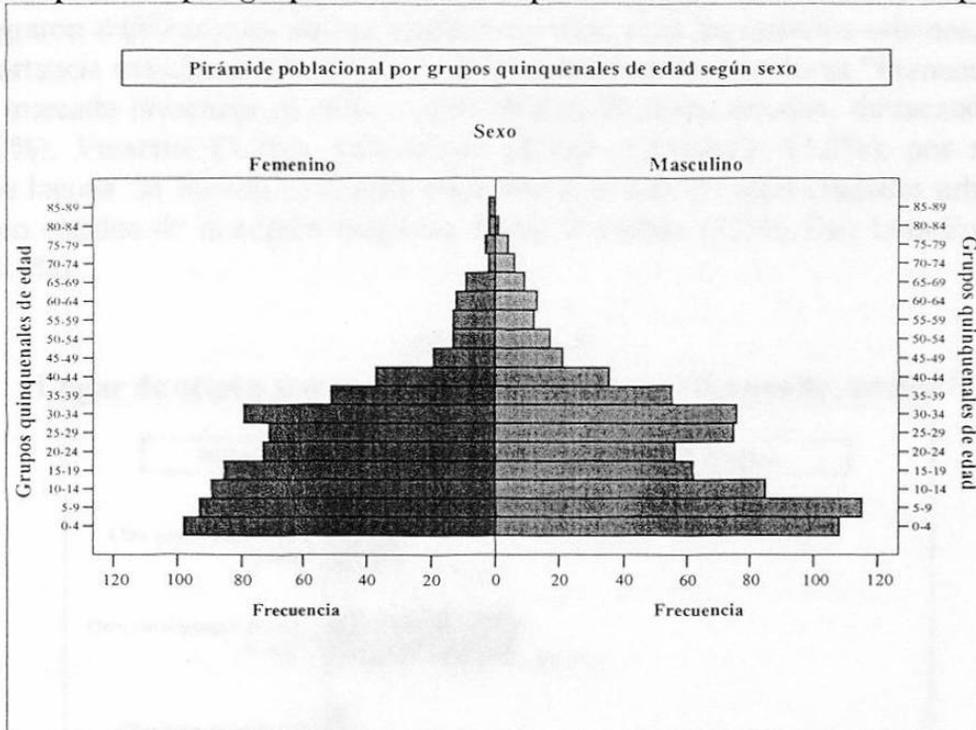
Con respecto a la edad de los habitantes, se dividieron en grupos quinquenales para poder apreciar que intervalo o intervalos expresan el conjunto más grueso de la pirámide, la forma en que fueron distribuidos puede verse en las gráficas 1 y 2:

GRÁFICA 1
Composición por grupo de edad de la población de “la Ilusión”



Fuente: Información propia, de acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado.

GRÁFICA 2
Composición por grupo de edad de la población de “Fernando Amilpa”



Fuente: Información propia, de acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado.

Como se aprecia en las gráficas, en las dos colonias la parte más ancha de los intervalos quinquenales de edad se muestra desde el de 0 a 4 hasta el de 20 a 24 años, aunque en los siguientes dos y tres grupos la pirámide se vuelve a ensanchar. En la “Fernando Amilpa”, estos primeros cinco grupos representan el 57.6% y en los sectores de la laguna “la Ilusión” es el 58.8%. Lo anterior quiere decir que las unidades domésticas están integradas en su mayoría por niños, adolescentes y jóvenes que no rebasan los 24 años de edad, de ahí que se pueda inducir en la necesidad a corto plazo de nuevos espacios habitacionales, que requerirán de dotación de servicios básicos y especializados cuando los integrantes de estas edades de las unidades domésticas adquieran independencia con respecto a sus familias.

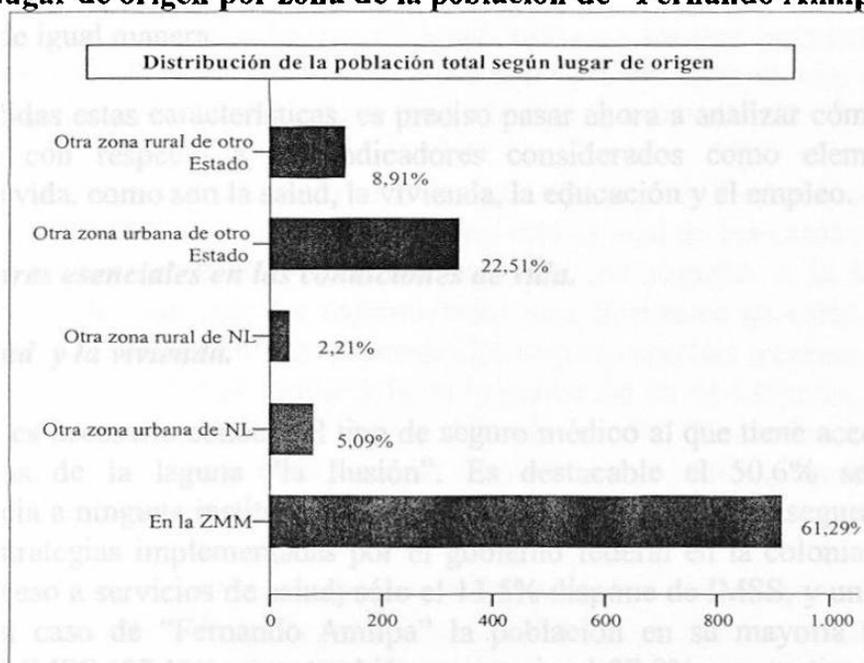
Al dividir a la población por grupos quinquenales de edad, se aprecia que más de la mitad en la laguna “la Ilusión” (52.3%) y cerca de la mitad en “Fernando Amilpa” (49%) alcanza como máximo los 19 años, esto quiere decir, que están compuesta en una gran proporción por niños y jóvenes que apenas acaban de terminar su etapa de adolescencia. También, se observa una tendencia ascendente en el número de personas hasta el intervalo de 30 a 34 años, alcanzando en conjunto el 76% de la población en la laguna “la Ilusión” y en “Fernando Amilpa” el 77.6%; a partir de estos años, los grupos de personas que se ubican en los siguientes grupos quinquenales comienza a descender.

El lugar de origen de los habitantes de las colonias está conformado por una presencia representativa del área metropolitana de Monterrey y la zona conurbada del sur de Tamaulipas respecto a cada una de las colonias; en la “Fernando Amilpa” este porcentaje de personas se ubica en el 60.9% y en los sectores de la laguna “la Ilusión” en el 63.8%, lo cual es un indicador de la invasión de predios por parte de la gente que nació en estas zonas y lograron

posesionarse de esos espacios para vivir, y además, la reubicación que llevaron a cabo en su momento las autoridades para dejar asentadas tanto a la gente que ya estaba habitando como las que lograron reubicarse en ambas colonias en esos actuales espacios urbanos. Asimismo, es de importancia mencionar que el resto de los habitantes de la colonia “Fernando Amilpa”, tiene una marcada presencia de otras zonas urbanas de otros estados, destacando San Luis Potosí (10%), Veracruz (5.2%), Tamaulipas (4.2%) y Coahuila (3.5%); por su lado, las colonias de laguna “la Ilusión”, también tiene una afluencia de otras ciudades urbanas que se localizan en estados de la región huasteca, como Veracruz (22%), San Luis Potosí (7%) e Hidalgo (1.8%).

GRÁFICA 3

Lugar de origen por zona de la población de “Fernando Amilpa”



Fuente: Información propia, de acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado.

Al dividirlos por lugar de origen en cuanto a zona rural o urbana (gráfica 3), en la “Fernando Amilpa” las personas que proceden de zonas urbanas de otros estados están representadas por el 22.51% y las zonas rurales de otros estados por el 8.91%; otras zonas urbanas de Nuevo León diferentes a las que conforman el AMM, representan el 5.1% de los habitantes. Por su parte, en “la Ilusión”, la población que proviene de zonas urbanas de otros estados son el 25.9% y de zonas rurales de otros Estados el 7.4% de los habitantes.

Si se presume que las personas que tienen cinco años o más viviendo en la colonia son las que ya no cambiarán de lugar para habitar, debido al arraigo que ya han logrado establecer y a las mejoras que han introducido en la edificación de sus viviendas y terrenos, aproximadamente el 72% de las personas de los sectores de la laguna “la Ilusión” y en la “Fernando Amilpa” el 69% tienen este número de años; por lo que se establece que esta proporción de personas estuvieron viviendo en las condiciones que se mencionaban en el capítulo anterior, encontrándose en situaciones más precarias de existencia en sus respectivas colonias. No obstante, se considera que pueden ocurrir cambios significativos al interior de la unidad doméstica que produzca una movilidad o traslado hacia otro asentamiento o ciudad.

En resumen, se puede decir que ambos sectores de estudio presentan indicadores sociodemográficos muy parecidos, entre los aspectos similares destaca la composición de las colonias por sexo, el número de integrantes por unidad doméstica, los grupos quinquenales de edad, como se detalló es marcada la presencia de población menor a 19 años de edad, así como a partir de los 35 años la proporción de personas comienza a disminuir; de igual forma el porcentaje de personas que nacieron en sus respectivas zonas (AMM y ZCST) tienen una influencia mayor a las provenientes de otras zonas urbanas y/o rurales; además, presentan porcentajes muy cercanos en cuanto al número de personas que tiene cinco años o más habitando en su respectiva colonia. Por otro lado, el único factor que destaca como diferente, es el relacionado con la forma en que los habitantes llegaron a las colonias, mientras que en “Fernando Amilpa” el 41.7 por ciento llegó por su propia cuenta, en “la Ilusión” el 74.5 por ciento lo hizo de igual manera.

Una vez conocidas estas características, es preciso pasar ahora a analizar cómo se encuentran los habitantes con respecto a los indicadores considerados como elementales en sus condiciones de vida, como son la salud, la vivienda, la educación y el empleo.

4.1.2. Indicadores esenciales en las condiciones de vida.

4.1.2.1. La salud y la vivienda.

Primeramente, es necesario conocer el tipo de seguro médico al que tiene acceso la población de las colonias de la laguna “la Ilusión”. Es destacable el 50.6% se encuentra sin derechohabencia a ninguna institución médica, y un 31.2% cuenta con seguro popular, como parte de las estrategias implementadas por el gobierno federal en la colonia para que dicha gente tenga acceso a servicios de salud; sólo el 13.5% dispone de IMSS, y un escaso 1.8% de ISSSTE. En el caso de “Fernando Amilpa” la población en su mayoría tiene derecho a atenderse en el IMSS (57.1%), pero también es notorio el 37.9% que no tiene ningún tipo de seguridad social; el seguro popular en esta comunidad no resultó representativo, esto puede deberse a que en parte del período en que se levantó la encuesta apenas se estaban realizando las evaluaciones socioeconómicas de las familias de la colonia.

Otros indicadores encontrados en esta investigación, fue que las unidades domésticas en las colonias de “la Ilusión” tienen como lugar de atención médica en un 55.8% las clínicas de las SSA, pudiéndose considerar una proporción representada por las personas que tienen seguro popular, y otra parte, los que no son derechohabientes a alguna institución; además, existe un porcentaje considerable que se atiende en clínicas privadas (13.3%). En la colonia “Fernando Amilpa” el lugar de atención médica de los habitantes se presenta en un 42.5% en el IMSS, pero existe un 28.4% que recurre a las clínicas de la SSA como pueden ser las personas que no tienen derecho a algún instituto; también, se presenta el 17.1% que se atiende en clínicas y hospitales privados.

En lo que respecta a la presencia de enfermedades endémicas de las zonas, es posible señalar que en la colonia “Fernando Amilpa” se presenta el 67.4% de los miembros de las unidades domésticas con enfermedades respiratorias frecuentes, esto corrobora la composición patológica que presenta el municipio de General Escobedo, al representar éstas la primera de

las diez principales causas de enfermedad en el año 2004. En “la Ilusión” el 75% de miembros manifiesta enfermedades respiratorias frecuentes, esto puede representar también un indicador de que en el municipio de ciudad Madero, se hayan presentado en ese mismo año como la segunda causa de enfermedad dentro de las diez principales. No se puede asociar directamente una causa principal a este tipo de enfermedades, pero como referencia se puede citar el contexto urbano-ambiental en que han vivido, pues aún continúa predominando en temporadas de frío y de mucha humedad, la presencia de virus que se han propagado no sólo en las colonias, sino también en otros sectores del AMM y de la ZCST.

Como segunda causa de enfermedad en las colonias, se han presentado las intestinales, en la laguna “la ilusión” se han presentado en 7.3% de los habitantes, y en la “Fernando Amilpa” en un 4.4%. Con estos resultados se puede confirmar la prevalencia que tuvieron cada uno de los municipios en el 2004, manifestándose de igual forma en los dos asentamientos, así como también, la presencia de virus, que como nación con características en vías de desarrollo, no han dejado de ser punto de referencia para tener aún este tipo males.

Ya se había mencionado que era importante conocer el arraigo de las familias en las colonias, razón por la cual se obtuvo un porcentaje con respecto al total de los casos encuestados de la población que tiene cinco años o más habitándolas; con respecto a la salud también es necesario saber cuáles han sido las enfermedades más frecuentes en estas personas: en las colonias de la laguna “la Ilusión” las enfermedades respiratorias han representado el 75.2% en este grupo de gente, porcentaje similar a la de la población en su conjunto; por su parte, las personas que tienen cinco años o más habitando en la “Fernando Amilpa”, también manifiestan una prevalencia de enfermedades respiratorias (63.6%), y las intestinales en un 4.9%; valores cercanos a los de la población encuestada.

También, la presencia de enfermedades respiratorias en las ampliaciones de “los Pinos” y “Heriberto Kehoe” es de 81% en la población infantil de 0 a 12 años, además, es necesario apuntar, que aunque exista diferencia entre las respiratorias e intestinales (5.2%), en un número importante de U.D. se reportaba al momento de aplicar el cuestionario éstas últimas como segundo tipo de enfermedad latente en los niños. En “Fernando Amilpa” en los niños de 0 a 12 años de edad se manifiestan de igual forma las respiratorias, en un 77.3% de ellos; mientras que las intestinales les continúan en un 5.5%, porcentaje similar a “la Ilusión”.

Considerando sólo a los adolescentes (mayores de 12 y menores de 18 años), se aprecia que la tendencia continúa manifestándose con un 69.9% en las respiratorias y 12% en las intestinales en “la Ilusión”; en “Fernando Amilpa” la prevalencia sigue siendo de las respiratorias con un 66.2%, mientras las intestinales abarcan el 7%; existe además, quienes consideran que no manifiestan ningún tipo de enfermedad (23.6%).

Con relación a los adultos (de 18 años y más), en la colonia “Fernando Amilpa” se aprecia de igual forma la presencia de enfermedades respiratorias (61.5%), por su parte las intestinales representan el 3%; un porcentaje importante (32.9%) considera que no presenta ningún tipo de enfermedad. En los sectores de “la Ilusión”, las primeras se presentan en el 72.3% de los adultos y las segundas en el 7.2%; mientras el 16.6% considera no ser portador de ninguna enfermedad.

Centrando la información resultante del cuestionario en el tipo de padecimientos crónico-degenerativos, aunque un poco más de las tercera parte de los habitantes de la colonia está conformada por niños de 0 a 12 años, fue necesario conocer la presencia de estas enfermedades en el total de los miembros de las U.D., esta presencia es baja como se puede observar en la tabla 7 de las colonias de la laguna “la Ilusión”, pero se puede inferir que gran parte de la población no se considera como poseedor de algún tipo de padecimiento crónico (88.8%), por la razón de no haberse realizado diagnósticos médicos que indiquen lo contrario. Por su parte, los padecimientos crónicos de la población de “Fernando Amilpa”, de acuerdo a su orden de importancia, están integrados por: asma (2.7%); diabetes (2.3%) y hipertensión (1.9%); es notorio el 89.5% que considera no ser portador de ningún mal crónico.

TABLA 7
Enfermedades crónicas prevalecientes en las unidades domésticas de las colonias de la laguna “la Ilusión”.

Tipo de enfermedad	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
1 Diabetes	6	0.9	0.9
2 Hipertensión	22	3.3	4.2
4 Asma	18	2.7	7.0
5 Otra	28	4.2	11.2
6 Ninguna	586	88.8	100.0
Total	660	100.0	

Fuente: Información propia, de acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado.

En la población infantil, los padecimientos crónicos que más presencia tienen en “la Ilusión” son el asma y bronquitis (5.2%); existen quienes no los consideran como crónicos, al manifestarse sólo en temporada de frío. En la colonia “Fernando Amilpa” estas enfermedades, también relacionados con el asma y bronquitis, están más presentes en los niños de 0 a 12 años en un 4%. En los adolescentes de la laguna “la Ilusión” (13 a 17 años) se continúa manifestando como enfermedad crónica el asma (6%); y en la “Fernando Amilpa” esta enfermedad está en tan sólo el 1.9%, pues existen otro tipo de padecimientos crónicos como del riñón, las convulsiones, la colitis, entre otras, que prevalecen en un 3.2%.

Al considerar solamente a los adultos (de 18 años y más), en los sectores de “la Ilusión” la presencia de este tipo de enfermedades cambia, destacando la hipertensión y la diabetes (6.4% y 1.7%), contrariamente a lo que prevalecía en niños y adolescentes. En cuanto a la “Fernando Amilpa” (tabla 8), en primer término está la diabetes (4.3%), después la hipertensión (3.3%) y el asma (2%); otro tipo de enfermedades representadas por el 4.5% tienen que ver con las convulsiones, colitis, riñón, reumas, entre otras. Es conveniente mencionar que por medio de la observación y el contacto con las familias al momento de aplicar el cuestionario, se apreció la obesidad en algunos de los integrantes de las U.D., pero no es considerada por ellos como portadores, lo que indica la falta de información y prevención en este tipo de enfermedad que comienza a manifestarse cada vez más en nuestro país, sobre todo en la población infantil de ambas colonias.

TABLA 8
Enfermedades crónicas prevaletientes en adultos
de la colonia “Fernando Amilpa”

Tipo de enfermedad	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
1 Diabetes	35	4.3	4.3
2 Hipertensión	27	3.3	7.6
3 Obesidad	2	0.2	7.8
4 Asma	16	2.0	9.8
5 Otra	37	4.5	14.3
6 Ninguna	703	85.7	100.0
Total	820	100.0	

Fuente: Información propia, de acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado.

Al igual que en los resultados mostrados de las enfermedades crónicas de la población en general registrada en los cuestionarios, en el caso de los adultos, el 87.5% de “la Ilusión” y el 85.7% en “Fernando Amilpa” no se asumen como portadores de alguna enfermedad crónica, lo que conduce a establecer la misma afirmación anterior: a las personas adultas les es necesario hacerse evaluaciones médicas periódicas para diagnosticar y detectar a tiempo enfermedades crónicas o potencialmente fatales.

Por último, en lo que corresponde a la salud-enfermedad de los habitantes de ambas colonias, un elemento importante es el uso de remedios caseros para el alivio de las enfermedades, ya sea frecuentes o crónicas, en el caso de las colonias de “la Ilusión” se aprecian los té y preparados con una utilización del 53.2%, pero también existe una parte importante de la población (40.9%) que no utiliza ninguno. En la “Fernando Amilpa” se presenta un porcentaje importante en los té y preparados (56.5%), pero a la vez existe un 39.2% que no utiliza remedios para curar sus enfermedades. Esto indica que el grado de medicalización y asistencia al médico están presentes en la atención de sus enfermedades.

Un aspecto importante en las condiciones de vida, es el material de construcción de las viviendas, el cual pudiera relacionarse directamente con la afectación de las condiciones de salud de las familias que han vivido en situación de pobreza. Para el caso de “Fernando Amilpa” se observa que aproximadamente el 70% de las unidades domésticas las autoconstruyeron en un 90% con muros de material de block, pero también existe quienes han contratado albañiles (15.6%); aunque todavía prevalece como material la madera, presentándose en un 7.6% de las U.D. Los materiales del techo y del piso, hacen que en su mayor parte la colonia vaya acorde con su configuración urbana actual, ya que el 74.2% de los techos son de placa de concreto y el 75.2% de los pisos son de cemento; existiendo todavía casas con lámina metálica en los techos (14.3%) y una proporción considerable (16.6%) con piso de tierra.

Puede deducirse de los datos anteriores, que las casas que aún se encuentran con muros de madera, techo de lámina de cartón, en algunos casos metálica, y con piso de tierra, son las U.D. que predominan en la parte norte o tercera zona de la colonia, siendo la que todavía carece de dotación de servicios públicos, especialmente la tubería para el drenaje que ya existe en las otras dos zonas (centro y sur), razón por la que las familias se encuentran en

incertidumbre ante la carencia de este servicio y no han podido construir su vivienda con un material más duradero.

Por su parte, en las colonias de la laguna “la Ilusión”, cerca del 91% de las U.D. autoconstruyeron los muros de sus casas en un 61% con material de madera y en un 15.4% con lámina de cartón. A esto hay que agregar que los materiales del techo en su mayor parte son de lámina de cartón y lámina galvanizada (53 y 28.9 por ciento respectivamente), y el piso en un 55.7% aún es de tierra, pero también resulta notable el 40.9% que ya ha logrado poner cemento. Estos factores, las hace vulnerables a las condiciones climáticas que predominan en la ZCST en temporada de frío, de calor o de lluvias. Es conveniente mencionar, que por el hecho de poseer muros de madera, techo de lámina metálica o galvanizada y piso de cemento en sólo uno de los cuartos de la casa, a algunas familias de estos sectores no se les otorgó el apoyo de las becas del programa *Oportunidades*, y por el contrario, en “Fernando Amilpa” aún y teniendo su vivienda muros de block y placa de concreto en el techo sí se les otorgó, situación que hace ver la incongruencia en la selección de los beneficiados.

Como complemento a la información anterior, y para conocer la existencia de hacinamiento, en la laguna “la Ilusión” el 82.6% de las U.D. encuestadas posee entre 1 o 2 cuartos en sus viviendas, si a lo anterior agregamos que existen entre 4 y 5 miembros por U.D., se infiere en la presencia de un nivel de hacinamiento considerable en los sectores. Por su parte en la colonia “Fernando Amilpa” al observar que 53.8% de las U.D. posee entre 4 y 5 miembros, los niveles de hacinamiento son menores, pues el 60% de la población habita en viviendas que tienen entre 2 y 3 cuartos.

Con relación a la disponibilidad de servicios públicos de las ampliaciones de las colonias “los Pinos” y “Heriberto Kehoe”, se aprecia que el 75% de las personas posee contrato público de energía eléctrica, pero a su vez el 16% aún no tiene este servicio, y el 5.4% se abastece de ella sin contrato, estas últimas familias representan a la parte de la ampliación “los Pinos” que aún se encuentra sin legalización de predios. De la misma manera, se observa como el 66.4% sí dispone de contrato de agua potable, mientras el 20% no tiene, y un 8.7% se abastece sin contrato. En el caso del drenaje, el 64.4% posee la forma tradicional a través de letrinas, el 15.4% tiene descarga directo a la laguna y el 10% no tiene ninguna forma de desagüe en el interior de su terreno.

Estas condiciones de urbanización difieren en ciertos términos con relación a la “Fernando Amilpa”: por un lado, con respecto a la energía eléctrica el 95.9% de las familias dispone de contrato; en cuanto al agua potable el 46.5% aún no posee contrato de agua aún teniendo llaves al interior de sus terrenos, mientras el 43.9% ya posee contrato de agua; y, por su parte el drenaje, es sustituido con fosas sépticas en un 92.4% de los casos.

Sin duda, la presencia de enfermedades intestinales debe estar directamente relacionada con la falta de drenaje, sobre todo en la población infantil; además, otro factor determinante en este tipo de enfermedades, así como en las infecciones de la piel, es el contexto urbano-ambiental en que se encuentran ambos sectores; por un lado, la laguna “la Ilusión” en temporada de lluvias continúa generando encharcamientos cerca de las viviendas y sobre todo de las fosas sépticas, convirtiéndose en un foco de infección latente para las unidades domésticas más próximas a la laguna; y por otro lado, en “Fernando Amilpa” por su cercanía al río

“Pesquería”, después de épocas de mucha humedad también hace que se propaguen virus a la población en su conjunto.

Otro elemento, es que por lo regular las fosas sépticas se localizan afuera de la vivienda, como se observó, las unidades domésticas que tienen casas pequeñas las ubican lo más retirado posible de éstas, pero las que han logrado construir viviendas más amplias generalmente la fosa está a unos cuantos pasos de ellas; esto se convierte en otro elemento latente que llega a afectar la salud de las personas, más cuando la letrina o la fosa está a escasos metros de la cocina o del lugar destinado a la preparación de alimentos.

Comparando estas características materiales, que hacen considerar a estos dos sectores como en situación de pobreza, se puede hacer énfasis en los diferentes niveles habitacionales que prevalecen de una colonia a otra, pero aún con ellos, continúan prevaleciendo factores internos como las enfermedades frecuentes mencionadas, representando todavía a las patologías predominantes como país, o mejor dicho como colonias o comunidades en vías de desarrollo. Después de este panorama, es preciso comentar algunas características relacionadas con los niveles educativos y de empleo de los habitantes de los dos sectores.

4.1.2.2. La educación y el empleo.

Al relacionar el factor trabajo o tipo de empleo con la seguridad social, es preciso conocer la composición del tipo de seguro médico a que tienen derecho las personas que realizan algún trabajo o actividad económica¹. Cerca de la tercera parte de los miembros de las U.D. de las ampliaciones de “los Pinos” y “Heriberto Kehoe” trabajan; el 51.4% no tiene ninguna forma de seguro, el 28.6% accede al seguro popular y sólo el 15.2% tiene IMSS. En la colonia “Fernando Amilpa” un poco más de la tercera parte de los miembros de las U.D. se encuentran trabajando; el 62.4% tiene IMSS, mientras el 32.9% no tiene acceso a ningún tipo de seguridad social. Lo anterior da cuenta de la proporción significativa de personas que desempeñan algún oficio o que se dedican a algún tipo de “actividad informal”, como comúnmente se les ha catalogado.

En esta segunda colonia, el 92.3% de los hombres que realizan alguna actividad laboral consideran que no tienen ningún tipo de enfermedad crónica; un escaso 2.9% se asume como diabético, y un 3.2% considera algún otro tipo de enfermedades como crónicas. Por su parte las mujeres trabajadoras, en un 5.6% se consideran diabéticas y el 2.1% como hipertensas; el 88.1% no se asume como portadora de algún padecimiento crónico; esto quizá por falta de información o el acercamiento a las instituciones de salud hace que desconozcan su condición real y actual de salud.

En las colonias de la laguna “la Ilusión” de la proporción de hombres que laboran, el 91% no expresa algún tipo de enfermedad crónica; sólo en un bajo porcentaje, 2.6% se consideran como hipertensos y el 1.9% como diabéticos; por su parte, las mujeres que se desempeñan en alguna actividad laboral, en un 7.4% se asumen como hipertensas, y solamente el 1.9% como diabéticas; esto puede ser por la falta de seguridad social que los limita a conocer su estado de

¹ Ver anexo 5: Tabla de división por ocupación.

salud y de ahí que no conozcan realmente si son poseedores de algún tipo de enfermedad crónica.

Un aspecto básico de los habitantes de las colonias es conocer su proporción de alfabetismo, para el caso de las colonias de la laguna “la Ilusión” el 92% de la gente mayor a 5 años sabe leer y escribir, mientras el 8% no sabe; para el caso de la “Fernando Amilpa” el 91.6% sabe leer y escribir, y sólo el 7.7% carece de estos conocimientos básicos. Como se puede ver en ambas colonias las proporciones son muy similares. El nivel promedio de escolaridad para los habitantes de 15 años o más de edad de “Fernando Amilpa” alcanza los 6.98 años, esto quiere decir que se ubican en un grado medio equivalente a primero de secundaria, por su parte, en “la Ilusión” este mismo rango de edad de población presenta como promedio de estudios 7.98 años, es decir, tienen un equivalente a segundo año de secundaria.

Organizando a los habitantes de los sectores de la laguna “la Ilusión” por grupo quinquenal de edad, la tabla 9 permite conocer el número de habitantes que asiste a la escuela, destacando 184 personas entre 5 y 19 años que acude actualmente, representando al 33.45% de los habitantes mayores a 5 años de ambas colonias de este sector.

TABLA 9
Proporción y número de personas por grupo quinquenal de edad que asiste a la escuela en el sector de la laguna “la Ilusión”

Grupo quinquenal de edad	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
5-9	48	25.8	25.8
10-14	99	53.2	79.0
15-19	37	19.9	98.9
30-34	1	0.5	99.5
45-49	1	0.5	100.0
Total	186	100.0	

Fuente: Información propia, de acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado.

Por su parte, en la colonia “Fernando Amilpa” 378 personas entre 5 y 19 años asiste actualmente a la escuela, representando al 30.19% de los habitantes mayores de 5 años:

TABLA 10
Proporción y número de personas por grupo quinquenal de edad que asiste a la escuela en la colonia “Fernando Amilpa”

Grupo quinquenal de edad	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
0-4	4	1.0	1.0
5-9	175	44.5	45.5
10-14	164	41.7	87.3
15-19	39	9.9	97.2
20-24	6	1.5	98.7
25-29	2	0.5	99.2
30-34	1	0.3	99.5
35-39	1	0.3	99.7
45-49	1	0.3	100.0

Total	393	100.0
-------	-----	-------

Fuente: Información propia, de acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado.

En ambos sectores, se aprecia como a medida que se pasa de un grupo quinquenal a otro, la asistencia a las instituciones educativas disminuye; esto refleja que a partir de los 20 años de edad es más importante incorporarse a alguna actividad laboral para obtener ingresos, factor que incide en la continuidad de estudios a nivel superior. Un escaso 0.10% de la población mayor a 30 años actualmente continúa con su formación educativa en las colonias de “la Ilusión” y un 0.09% en la “Fernando Amilpa”, estas personas acuden directamente a las clases que imparten las personas pertenecientes al Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) que se ubican en las escuelas de cada uno de los respectivos sectores.

Una vez descritos los factores destacables de la composición de las condiciones de vida en las colonias de ambas ciudades, es necesario presentar las interpretaciones subjetivas expresadas por sus habitantes, respecto a sus condiciones de vida y salud; esto será posible a través del análisis de los relatos de las informantes clave seleccionadas para tal efecto, lo anterior permitirá identificar las similitudes y diferencias cualitativas que se manifiestan en las unidades domésticas de los dos sectores de estudio.

4.2. El contexto en que han vivido las madres de familia.

4.2.1. Niñez.

Como se enunció en el apartado metodológico, se seleccionaron diez casos de mujeres madres de familia² que tuvieran como característica central la prevalencia de enfermedades frecuentes y alguna enfermedad crónica degenerativa, o bien, que estuviera presente en alguno de los miembros de su hogar, y por tanto, pudiera tener el conocimiento total de los cuidados, tratamientos y atenciones recibidos. Cinco casos se situaron en las colonias ampliación “los Pinos” y ampliación “Heriberto Kehoe”, del sector conocido como laguna “la Ilusión” del municipio de ciudad Madero, y los otros cinco en la colonia “Fernando Amilpa”, en General Escobedo, Nuevo León.

En seis de estos casos específicos entrevistados, se presenta su lugar de origen dentro de las mismas zonas de estudio, como hicimos mención anteriormente éstas se refieren a la zona conurbada del sur de Tamaulipas (ZCST) y al área metropolitana de Monterrey (AMM); en las restantes cuatro informantes se presenta su lugar de nacimiento en otros municipios; para dos de ellas fue en el estado de Veracruz; una, en otro municipio de Tamaulipas, y la cuarta en otro municipio de Nuevo León.

Para conocer a qué tipo de enfermedades nos estamos refiriendo para cada uno de estos casos, primeramente, es necesario hacer una presentación de cada una de ellas por separado, para después comprender mediante su interpretación subjetiva las dinámicas, estrategias y significados similares que externan acerca de su estado de salud-enfermedad, detectados por medio del contacto directo con las entrevistas a profundidad³.

² Ver anexo 6: Información básica de las madres de familia seleccionadas.

³ El orden de presentación se hace de acuerdo a la realización de las entrevistas en ambos asentamientos urbanos.

Las primeras tres madres de familia son originarias de Tampico y ciudad Madero, pertenecientes a la ZCST; las dos primeras han estado viviendo en lo que se conoce como ampliación “los Pinos”, y la tercera en la ampliación “Heriberto Kehoe”:

Guadalupe, es madre de cuatro hijos que viven con ella, la más chica aún no asiste a la escuela y el más grande estudia la preparatoria. Tiene treinta y seis años de edad; estudió carrera comercial; está casada, su esposo trabaja para una empresa privada en la ciudad de Monterrey; dentro de las actividades que desempeña, además del hogar, es ser vocal de salud de la colonia por parte del programa *Oportunidades*; tiene ocho años viviendo en su domicilio actual, el cual se localiza a escasos seis metros de la laguna “la Ilusión”. Considera que las enfermedades más frecuentes en los ocho años que tienen viviendo ahí, son las respiratorias (gripe), las intestinales (parásitos) e infecciones en la piel. Dos de sus hijos padecen de nacimiento asma bronquial, y su hija más pequeña tiene un problema motriz en la mano derecha.

Inés, de cuarenta y nueve años, vive en unión libre, su pareja se dedica al comercio de frutas y dulces en un puesto semifijo que tiene ubicado en la ciudad de Altamira, Tamaulipas; estudió hasta quinto año de primaria; se dedica solamente al hogar y al igual que la pareja anterior tienen cuatro hijos: la hija menor estudia la secundaria y el hijo mayor está estudiando en la escuela Náutica Mercante de la Secretaría de Marina. Las enfermedades que considera se han manifestado desde hace doce años que habitan en la colonia, son las respiratorias (gripe), intestinales (gastritis) e infecciones en la piel; una de sus hijas tiene problemas con la columna. Ella padece de la vesícula y es hipertensa.

Marina, por su parte, está también en unión libre con su pareja, quien se dedica a ser taxista. Es ama de casa y a sus veinticuatro años tiene tres niñas que aún no asisten a la escuela, dos de ellas viven con ellos, la más grande se la dejó a su mamá por no poder brindarle los cuidados necesarios, pues padece de bronquitis y para ella resultó complicado estar al tanto del tratamiento y los medicamentos que ocupaba para atenderla. Estudió hasta segundo de secundaria, y a los ocho años que tienen viviendo en la ampliación “Heriberto Kehoe”, comenta que se han presentado enfermedades respiratorias (gripe, calentura y tos), infecciones en el estómago y vómitos. Su hija mayor, la menor, y ella, padecen asma bronquial, aunque están controladas sus enfermedades es común que las presenten en época de invierno.

Margarita, originaria de Dr. Arroyo, Nuevo León; se encuentra casada a sus cuarenta y cinco años, con seis hijos, el más grande trabajando como chofer repartidor, y los dos más pequeños estudiando la secundaria. Se dedica al hogar y estudió solamente hasta tercero de primaria. Con ellos viven tres nietos y una de sus nueras; tanto sus hijos menores como los nietos han presentado enfermedades respiratorias (gripe) en los siete años que tienen habitando en la colonia “Fernando Amilpa”. Una de sus hijas, a la edad de quince años presentó convulsiones y “ataques”; su esposo tuvo embolia cerebral, y a partir de esto se le desencadenaron problemas de discapacidad motriz en un brazo y una pierna, a pesar de esto, continúa realizando algunos oficios y se dedica a ser velador, con la finalidad de mantenerse ocupado y activo.

Daniela, nació en Monterrey, Nuevo León; desde pequeña se fue a vivir a la invasión ubicada en la orilla del río Pesquería; tiene treinta y nueve años, está casada, su esposo es albañil, tiene tres hijas (madres solteras) que viven con ella junto con sus siete nietos. Es ama de casa, terminó la secundaria abierta, en el lugar actual donde vive tiene veintitrés años. Manifiesta que las enfermedades frecuentes son las respiratorias (gripe y tos), y sus nietos han padecido de infecciones en la piel; aunque enfatizó que actualmente su problema de enfermedad está controlado, considera que sí padece asma bronquial; uno de sus nietos presenta estrabismo, identificado como problema visual. Se puede considerar como una de las personas que tiene más tiempo viviendo en la colonia y conoce cómo fue su origen desde que habitó en la invasión del río.

Gudelia, de cincuenta y cuatro años es la entrevistada de mayor edad; está casada y se dedica al hogar; su esposo es jubilado, pero continúa trabajando para una empresa transportista. Estudió hasta tercer año de primaria en su pueblo de origen, que en ese entonces se le conocía como Villa González, Tamaulipas. Tiene cuatro hijos, su hija menor es madre soltera de tres niños, todos ellos comparten la misma unidad doméstica. Son ya nueve años los que llevan viviendo en la colonia “Fernando Amilpa”, comenta que el tipo de enfermedades más comunes han sido respiratorias (gripe y tos), infecciones estomacales y en la piel. Padece de diabetes y su esposo de hipertensión.

Jacinta, otra de las amas de casa jóvenes de la ampliación “Heriberto Kehoe”, cuenta con veintiséis años; nació en ciudad Madero, Tamaulipas; vive en unión libre con su pareja, su esposo es hojalatero. Se dedica al hogar, aunque en algunas ocasiones vende algunos productos de belleza; terminó sus estudios de secundaria. Tiene tres hijos, dos estudian la primaria y el más pequeño asiste al jardín de niños. Su mamá tiene su casa en la misma colonia, pero vive con ellos por su enfermedad y edad avanzada. Prácticamente tiene viviendo toda su vida en la colonia, puesto que vivía con su mamá en el otro terreno desde pequeña cuando era invasión (al igual que el segundo caso entrevistado en la “Fernando Amilpa”), pero en el lugar actual tiene apenas seis años. Las enfermedades que más se han manifestado son las respiratorias (gripe) e intestinales (amibas); su segundo hijo presentó convulsiones a consecuencia de una caída que tuvo. Su mamá tiene diabetes, hipertensión y asma, con las que ha convivido desde su edad adulta.

Mariana, a sus cuarenta y siete años de edad, se dedica al hogar y además es vocal de salud de la colonia del programa *Oportunidades*. Su lugar de origen es el puerto de Veracruz, Veracruz; tiene tres hijos, solamente el menor que está en la primaria vive con ella. Estudió la secundaria abierta, está en unión libre con su pareja, quien como consecuencia de un accidente laboral presenta discapacidad motriz en la columna, brazos y piernas, aún así, continúa trabajando en oficios de plomería, pintura y albañilería (como el primer caso entrevistado en la “Fernando Amilpa”). Tienen diez años viviendo en la ampliación “Heriberto Kehoe”; hace énfasis en la presencia de enfermedades respiratorias (gripe y tos) y en los bronquios de su hijo. Ella también en su infancia presentó asma bronquial, pero a la fecha considera que ésta desapareció en su etapa de adolescencia.

Rita, representa uno de los casos más especiales seleccionados, desde los ocho años de edad presenta convulsiones y epilepsia severas, como consecuencia de un golpe fuerte en la cabeza. Es originaria de Monterrey, Nuevo León; tiene cuarenta y dos años, y a parte de dedicarse al

hogar, en forma regular asiste a los basureros clandestinos a recoger material, como el alambre de cobre utilizado para su venta. Estudió sólo hasta tercero de primaria, tiene tres hijos, por razones no expuestas uno de ellos no vive con ella. De su anterior matrimonio sólo está separada pero no divorciada, con su pareja actual se encuentra en unión libre; él se dedica a la albañilería, pero en el momento de entablar la conversación se encontraba desempleado. Llevan cinco años viviendo en la colonia “Fernando Amilpa”, su domicilio se ubica en la última manzana del lado norte considerada como irregular, aunque se encuentra dentro de los límites comprendidos por la colonia. Sus hijos han presentado enfermedades respiratorias no muy frecuentemente. A su esposo le detectaron hipertensión y asma.

Por último, Carmen, a sus treinta y cuatro años de edad, se dedica al hogar y está casada; su lugar de nacimiento es un poblado conocido como Loma Bonita, municipio de Tuxtepec, Veracruz. Su esposo trabaja como guardia de seguridad. Estudió carrera comercial, tienen cuatro hijos, la más grande estudia carrera técnica y la más pequeña aún no ingresa al jardín de niños. Sus hijos han padecido alergias y enfermedades respiratorias en los cinco años que tienen viviendo en “Fernando Amilpa”. Ella presenta asma bronquial desde pequeña; su esposo diabetes; su hija mayor, dolores en la columna como consecuencia de una mal formación de nacimiento; y su hija menor, pie plano. Una característica de esta familia, a diferencia de los demás casos entrevistados, es que son los únicos que se atienden en el Instituto Mexicano del Seguro Social, aunque también se trata de una institución pública, es la unidad doméstica que utiliza este servicio médico por la derechohabencia que tiene el padre de familia por medio de su trabajo.

Las mujeres dedican la mayor parte de su tiempo a atender las labores del hogar, que van desde la limpieza de la casa, la preparación de alimentos, la asistencia a la escuela de sus hijos, hasta la atención de la enfermedad que lleguen a presentar o que es latente o crónica en alguno de los miembros de su familia. Estas madres de familia se encuentran en los 36 años de edad en promedio en las colonias de la laguna “la Ilusión”, y en 42 años en la colonia “Fernando Amilpa”.

Si bien, en todos los casos, el contexto social-urbano en que tuvo lugar su infancia no es propiamente de localidades rurales, las características internas de las colonias en que vivieron sus primeros años dentro de los municipios de referencia, se asemejan a una vida condicionada a la carencia en la disponibilidad y accesos a servicios básicos y especializados (invasión de predios), por lo que para tener acceso a la educación escolarizada y a servicios médicos tenían que trasladarse al centro de las ciudades, a colonias ya establecidas o a las cabeceras municipales de sus comunidades. Esto puede ejemplificarse con los siguientes relatos al hacer una descripción general de su comunidad de origen o en la que habitaron durante su infancia:

“... aquí, en la ampliación 15 de septiembre de esta misma colonia... antes eran puros ranchitos ahí, y había mucho monte, cuando yo llegué a vivir ahí, tenía dos años yo, este, y pus ahí viví hasta mis... 15 años, con mi mamá... la única tienda que había ahí, estaba como a cuatro cuadras, y pus casi habían (*en ese momento tose su niña, y ella la disculpa*) puras... puros animales, vacas, caballos, de todo, borregos, todos los animales había allí, de un vecino que tenía ahí como ranchito, y este, y pus ahí... había mucho... como están los canales y todo eso ahí, yyy, teníamos una casita de madera, y mi mamá, los servicios que teníamos eran de esos, ¿cómo se llaman?, dee, hoyo, de tanque... (*¿había farmacias o centros médicos?*) noo, nada de eso, si de hecho antes

teníamos que salir hasta caminando para poder tomar un transporte, hasta ‘el 8 leguas’, antes no había nada de eso...” (luor/E3/2005: 1.2; 2.1).

“Bueno ahí, era se puede decir que en ese entonces cuando yo vivía ahí era un pueblito chiquito y servicios pos si había agua y había agua, luz no había, nada más agua teníamos, cuando yo vivía ahí que era mio; farmacias sí había, sí había, este, centro de salú, no que yo me acuerde no, o nunca fuimos o no yo nunca me acuerdo que hubiera centros de salú, tiendas sí, sí había tiendas, tiendas este, había tiendas grandes y había tiendas chiquitas, así como puesti... tendajitos así, sí había tienditas grandes, de abarrotes de ropa, todo eso sí había lo que era el centrito del pueblo...” (luor/E6/2005: 1.2).

Un punto central presentado es la situación de hacinamiento en que desarrollaron su niñez, conjuntamente con el material de construcción de sus viviendas, característica que más adelante podrá corroborarse si continúan reproduciéndola en sus colonias actuales de residencia. En sí, lo esencial es conocer cómo representan su hogar de aquella época, sabiendo de antemano que el número de miembros oscilaba entre los seis y doce miembros:

“¿En aquél entonces?, la casa de mi mamá pos era de, de madera, con techo de lámina, ya después con el tiempo pues hizo su casa de material, de dos cuartos... (*personas que vivían en su casa*) mis hermanos (*fueron seis hermanos*) y mi mamá, y yo, mi papá no, mi papá nos dejó... había mucho patio, el solar de mi mamá es de diez por treinta y este, pos ha de cuenta que la casa está mero enfrente y todo atrás es patio, como unos quince metros diez por quince de patio, así, era muy espaciosa la casa...” (dgca/E7/2005: 2.3).

“Era una casa con dos, dos cuartos y de madera, totalmente madera, de abajo y arriba, (*el piso*) tierra, (*patio*) mmm, bastante, puros árboles frutales y así, nada más... (*miembros en su familia*) diez hermanos yo fui la penúltima, doce en total...” (dgca/E10/2005: 2.5).

Una particularidad generada en el momento de indagar a cerca del lugar de atención médica de los partos de las madres de las entrevistadas, específicamente con los dos casos que presentan sus esposos problemas de discapacidad física, es referida a la atención por parteras en sus comunidades de origen. Aunque esto no representa información necesaria para los objetivos perseguidos por el estudio, es menester comentarlo puesto que se presentó en uno de los casos de “Fernando Amilpa” y el otro en la laguna “la Ilusión”, y puede servir como punto de referencia para futuras investigaciones. En el resto de los casos, los alumbramientos se realizaron en hospitales públicos pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Otra situación específica presentada en dos de las informantes de “Fernando Amilpa”, relacionada con la forma de pago de los servicios de atención de la partera, es que la gente de pueblos o comunidades rurales suele intercambiar o dar a cambio como medio de pago, distintos tipos de alimentos cosechados en sus huertos familiares. Este punto resultaría interesante conocerlo a fondo, si la investigación se centrara en familias de origen exclusivamente rural que ahora habita en ciudades.

Por otra parte, y también como referencia al entorno en que se desarrollaron en su infancia, las actividades que más les gustaba realizar tienen que ver con las diversiones de toda niña, es decir, divertirse con los juegos tradicionales, y además, aprovechar los recursos del medio para complementar sus actividades cotidianas. Lo anterior puede ilustrarse con lo siguiente:

“... pus jugaba mucho con mis hermanas y con los mismos niños de ahí, me estee (*se sonríe la señora*) agarrábamos los animales, nos gustaba corretearlos, y pus era, con lo que nos distraíamos nosotros... ¡y ya!...” (acmasgus/E3/2005: 2.5).

“... ya después en una temporada en un tiempo yo me acuerdo que jugaba mucho con los árboles, porque mi mamá tenía muchos árboles, jugaba con los árboles...” (acmasgus/E7/2005: 2.2).

“... este pues estee salir a montar a caballo, estee jugar a la pelota, nada más a eso jugábanos, porque no había otro más que divertirse uno...” (acmasgus/E4/2005: 2.5).

“... este jugábamos a las muñequitas pero con muñequitas de trapo, si y a veces mamá las hacía o nosotros mismas aprendíamos a hacerlas, y con trastecitos de barro que nos compraban luego, esos eran los juegos de nosotros así en las tardes, por las noches jugábamos así que a la roña, que a encantados, oscuro, porque no había luz...” (acmasgus/E6/2005: 2.2).

Lo anterior se complementa con las actividades en el hogar desempeñadas, como el cuidado de los hermanos pequeños, según los casos cuando representaban las hermanas mayores, pero aún siendo las más pequeñas del hogar, el desarrollo de actividades domésticas siempre estuvo presente en sus vidas (lavar, planchar, barrer, hacer de comer), incluso en algunas ocasiones, sobre todo en aquellas situaciones de mayor precariedad, el apoyo en las labores o el trabajo realizado por sus padres formó parte de la educación familiar que a temprana edad recibieron. Entre éstas se puede mencionar moler el nixtamal, acarrear leña, asear el rastro, la siembra y cosecha, destacando en las señoras que tuvieron su infancia en el medio rural, que habitan actualmente en Nuevo León. Para el caso de las que viven en Tamaulipas, se presentaron la actividad del comercio y el trabajo doméstico.

Bajo este contexto social en que vivieron, al centramos en las enfermedades presentadas durante su niñez, el patrón que se distingue es la incidencia de enfermedades respiratorias, en algunos casos se llegó a considerar crónica porque presentaron problemas severos de bronquitis y asma que pudieron controlarse al entrar a la etapa de la adolescencia. Sólo en tres de los casos su continuidad ha prevalecido hasta la actualidad, por lo que los cuidados, atenciones y tratamientos médicos ha sido un elemento en sus vidas, cuestión que se analizará a detalle en líneas posteriores.

Por otro lado, el caso específico de Rita también ha continuado con su problemática de salud, relacionada con las convulsiones que desde los ocho años de edad se le presentó. Aunque a la fecha se ha aminorado, la enfermedad ha degradado su condición y calidad de vida al grado de estar internada en algunas ocasiones en hospitales de la Secretaría de Salud por sufrir desmayos y espasmos.

Los lugares o medios a los que recurrían sus padres para atenderlos, regularmente era a los Centros de Salud u hospitales pertenecientes a la SSA de los municipios, aunque también hay quienes implementaban algún remedio casero para controlar o “calmar” la enfermedad antes de recurrir al médico.

4.2.2. Adolescencia.

En lo que corresponde a la etapa de la adolescencia y juventud de las madres de familia, las enfermedades que se presentaron en la niñez prácticamente desaparecieron a entrar a esta

etapa de desarrollo, aunque en los casos en que se manifestaba el asma bronquial no fue así, pues como se comentó anteriormente, algunas de las mujeres aún presentan esta enfermedad en temporada de frío. La forma en que fueron solucionando las enfermedades, fue por medio de la administración de medicamentos, como parte del mismo tratamiento que ya tenían desde niñas, aunque también, es de mención por separado el caso de Rita, quien a pesar de los distintos tratamientos y remedios caseros utilizados, hasta la fecha no le han podido dar una explicación y solución médica de las convulsiones que presenta.

Una característica similar de las entrevistadas es que se casaron o “se juntaron” con su pareja a la edad de dieciséis y diecisiete años; además, fueron muy variados los lugares donde estuvieron viviendo, mientras algunas continuaron con sus padres (en colonias con características semiurbanas), otras se fueron con sus esposos a otras ciudades del país, y otras estuvieron rentando en distintas partes de sus lugares de origen, hasta que en forma definitiva llegaron a asentarse a las colonias actuales, ya fuera por medio de la invasión de predios o por el traspaso de terrenos.

Los motivos por los que se fueron a vivir a las colonias “Fernando Amilpa” y las ampliaciones de “los Pinos” y “Heriberto Kehoe”, fueron por conseguir un terreno y una casa propia, pero también una característica sobresaliente es que algunos familiares ya se habían posesionado de algunos terrenos, entonces, para estas señoras y sus familias fue más fácil lograr un espacio para vivir.

Ya que logaron establecerse y ubicarse en su terreno, hubo una serie de cambios que resintieron del lugar donde habitaban antes a esta invasión, el principal fue la falta de servicios básicos (agua, luz, drenaje, calles pavimentadas, banquetas, alumbrado público), sobre todo en aquellas mujeres que habían estado rentando o que habían vivido en otras ciudades del país, además, de la situación de incertidumbre que tenían por el hecho de estar invadiendo terrenos, aunque es necesario comentar que en tres casos no se presentó esta última situación, ya que dos casos de la colonia “Fernando Amilpa” lograron acceder a su actual terreno mediante el traspaso, pero sí tuvieron que hacer frente a la carencia de servicios.

Aún y con estas dificultades, la implementación de estrategias por parte de los primeros habitantes de las colonias, se presentaron cuando se organizaron para hacer frente a las adversidades:

“... pues al principio porque, este, no había luz, no había agua, batallábamos para meter el relleno, vedá, porque al igual nomás había un caminito de allá de la esquina hasta acá vedá, y tenía uno que meter la tierra desde la esquina hasta acá, pero ya este, entre los vecinos nos fuimos cooperando para rellenar la tierra y unos camiones que traíamos regalados y así vedá, se fue haciendo...” (camres/E7/2005/7.2)

“... pues muchos porque por decir aquí yo, aquí viví, viví este siete años sin luz, teníamos una llave pública para unas veinte familias, y este así duramos siete años se puede decir, y ya luego nos regularizaron los terrenos ya pudimos este, meter solicitú para los servicios que era agua, luz y drenaje...” (camres/E8/2005/5.5)

“... los servicios, o sea, el agua y la luz, y que aquí había muchos zancudos y allá no había, acá había muchos zancudos bastantes porque estábamos en la orilla del río y pos no, no conocíamos eso, no...” (camres/E5/2005/6.5)

“... ¡ay! horrible, porque llegamos cuando volvía, volvía a los tiempos de atrás porque no había luz ni agua, no había ni luz ni agua, así que si batallamos un poquito hasta que nos pusieron los servicios y pos ahorita la tierra, la tierra, la basura, ¡ay!, pos es que, está uno acostumbrado como quiera me acostumbré, viví varios años ahí, tenía yo todas las comodidades, se acostumbra uno, y los carretones, es mucho, mucho, basura, basura, mucha contaminación...” (camres/E10/2005/6.9)

4.2.3. Lugar de residencia actual: dificultades y logros en los inicios de las colonias.

Para las mujeres entrevistadas, fue muy fácil caracterizar y hacer una breve descripción de aquellos años en que comenzaban a poblarse las colonias de ambos sectores. Originalmente las consideraban como espacios o terrenos ganados a la laguna “la Ilusión” y al río “Pesquería”, llenos de hierba, animales, de agua sucia, sobre todo en temporada de lluvias se dificultaba el acceso, por lo que los pequeños caminos construidos se volvían intransitables.

“... era aquí puro monte, agua, ¡estaba feo! ¡asqueroso!, no me quería venir, la verdad, y mi mamá aquí todo sufrió, lodo, lluvias, todo, con tal de darnos aquí, y aquí estoy... aquí era, eran puros canales, canales de agua, estee, también había muchos caballos que venían a tomar agua, había bastante monte, como allá atrás... aquí había canales y animales, igual que allá (*en el lugar donde vivía antes*), era lo mismo, pero aquí estaban las ramas bien grandes, había matas y espinas, y aquí la gente andaba descalza metiéndose a construir sus casitas porque si no, venían y se las quitaban ahí, o las tumbaban, tenían que amanecerse aquí a cuidar...los cachos de terreno, y así estaba aquí...” (descol/E3/2005/7.1;8.2.3)

“... pues había mucha, mucha, mucha yerba, mucho este, como era, haz de cuenta que era una parte de la laguna y otra parte así, entonces había mucha, mucha yerba, moscos y todo eso se inundaba, cada vez que llovía se inundaba, y este se fueron rellenando los solares las calles y ya eso ya, esa situación ya aparentemente ya no, ya no ha pasado, pero sí estaba más feo...” (descol/E8/2005/5.6)

“... pos estaba casi sola, había mucho monte, o sea, mirabas por donde quiera monte, estee, basura y animales pos también había...” (descol/E4/2005/15.3)

“... pos yo creo que, cuando nosotros llegamos ya estaba así, o sea, ya estaban las, las casas así todas las orillas, haga de cuenta que hasta de aquél lado de la carretera para allá, yyy ya cuando se vino el, el Gilberto que se llevó las casas, fue cuando empezaron a lotiar primero lotiaron a la de allá, al principio, lotiaron eso, y luego, volvieron a dar otra vez, ahí... aquí en este lado y al final dieron todo esto, así fue como empezó...” (inicol/E5/2005/7.2)

“...pos es que la verdad yo cuando yo llegué aquí ya no estaba, ya no supe mucho porque la gente que, que vivía aquí, es gente que vive, mucha se fue, eh, la mayor parte de la gente se fue porque eran reubicados, aquí les dio el Municipio algo así, así que yo llegué cuando ellos ya habían batallado otro poquito más atrás, tiempo atrás, yo ya batalle un poquito menos, pero a ellos los reubicaron, ellos venían de los rieles...” (inicol/E10/2005/7.5)

Con estos testimonios se constata la situación por la que tuvieron que pasar con el fin de lograr un pedazo de tierra para poder vivir, pese a las dificultades, estas unidades domésticas fueron de las que más soportaron todo tipo de anomalías y lograron “salir adelante”, pese a la precariedad, gracias a las diferentes estrategias implementadas. Aunado a lo anterior, se pueden enumerar como principales dificultades: las inundaciones constantes en temporada de lluvias; los fétidos olores, producto de basureros clandestinos o por la misma humedad; los

animales (como víboras y ratas); insectos (picaduras de moscos); todo esto, convertía a estos asentamientos en verdaderos focos de contaminación.

Las soluciones comenzaron a darse cuando lograron colaborar entre los vecinos y poder recaudar dinero y cooperar para la compra de material de desecho y así rellenar sus predios y los accesos a éstos; también, cuando en la colonia “Fernando Amilpa” comenzaron a llegar las pipas de parte del gobierno municipal, aunque tardaban en ir a la colonia, cuando llegaban a asistir la gente ya tenía preparados los tambos para llenarlos de agua. Pero también, se presentaron los momentos en que tuvieron que robarse la luz, por medio de la instalación de “diablitos” desde las colonias aledañas, y “colgarse” con mangueras para poder tener agua potable; ya después, estos aspectos fueron mejorando cuando se instalaron las llaves públicas y la Comisión Federal de Electricidad procedió a la instalación de postes de luz.

Con excepción de las dos unidades domésticas que les traspasaron los terrenos, los restantes ocho casos, cuando llegaron construyeron sus viviendas con láminas de cartón y madera; posteriormente, una vez que les aseguraron su permanencia en los asentamientos, poco a poco pudieron ir ahorrando dinero para construir su casa con material de block e ir rellenado más el terreno, sobre todo en los casos de la colonia “Fernando Amilpa”, pues actualmente sólo un caso de esta colonia tiene su casa de madera y lámina metálica; por el contrario, en las colonias de “la Ilusión”, cuatro casos aún conservan su casa de madera y lámina metálica y sólo una familia tiene su casa de block.

Un elemento importante, han sido las estrategias implementadas para protegerse de los cambios de temperatura (sobre todo el frío y la temporada de lluvias), específicamente en los comienzos de las colonias, por el hecho de tener sus viviendas autoconstruidas con materiales poco duraderos:

“... sí, o sea, ponían algo ahí en la ventana, porque como no hay vidrio ni nada, para que no se me... para no tener frío...” (printi/E2/2005/12.2)

“... pos que hacía, pos nomás, pus tapar sus viviendas cada quien bien... y pus casi la mayoría se encerraba, porque aquí la verdad sí pegaba mucho el aire, porque eran puras matas acá largotas, todavía hay, y se movían y pegaba más el aire, luego el agua, antes se salía el agua hasta acá, y horita pus ya no, por los mismos que ya viven acá enfrente, pero, pus si lo único que hacía uno era, pus encerrarse, cuidar a los niños, o tapar con plástico las mismas casas así, o clavar bien todo para que no se volaran las láminas... en la temporada de lluvias pues, la verdá a veces se metía el agua hasta dentro de las casas, y no podía uno salir, a veces los niños tenían que salir descalzos para ir a la escuela, pero, sí nos inundábamos, ahorita ya no, ya inundaciones ya no...” (printi/E3/2005/11.2.3.4)

“... pues ahí aguantábamos, hacía mucho frío, y este pues cada vez cada temporada de frío ay teníamos que aguantar tapados en la noche con muchas cobijas, inclusive el piso pues era de tierra, y nunca este, nunca quise ni siquiera echar un capito, una capita de cemento, porque como luego se inundaba, entonces eso iba a quedar abajo, y por eso es que siempre viví con el piso de tierra, pero si duramos, duramos un buen tiempo ahí...” (printi/E8/2005/8.3)

“... nos teníamos que tapar con cartones y hule, hule yo me acuerdo que ¡ay no! esteee, y luego se nos metía bastante agua porque estaba atrás de una tierra, pues si, este tapábanos así como te digo, con cartones, hule...” (printi/E4/2005/16.5)

“... pos con lumbrita, taparse todo bien con cobijas...” (printi/E9/2005/12.3)

Con los siguientes relatos, se puede tener conocimiento del tipo de material con el que iniciaron la construcción de sus viviendas:

“... de pedazos de madera y de lámina, de cartón, de lo que fuera...” (timan/E1/2005/7.8)

“... cuando llegamos era lona, o sea si tenía techo arriba de él, de cartón pero en las orillas tenía lona cuando llegamos, ya después ya no...” (timan/E7/2005/9.5)

“... aquí vivimos, aquí vivimos o sea, pos empezamos vedá, con nuestras casitas de lámina, de cartón de lo que hubiera, y este y ahí vivimos mucho tiempo vedá... duré como, fueron como pues se puede decir que nueve años, con la casita de madera y lámina...” (timan/E8/2005/8.4)

“... pero vivíanos de primero vivíanos en un tejabancito así de cobijas, entonces todavía allá en la esquina le digo “todavía no quiero quitar el palo que esta ahí”, le digo “porque ahí me recuerda que ahí estábamos viviendo...” (timan/E4/2005/15.4)

“... cuando yo me casé mi esposo tenía un tejaban...” (timan/E5/2005/9.4)

Como se pudo detectar, el contexto habitacional y urbano-ambiental en que pasaron los primeros años en sus respectivos sectores, estuvo siempre latente la insalubridad, expuestos a enfermedades e infecciones por no disponer de servicios básicos y por las características iniciales de sus viviendas, así como la presencia de animales e insectos que son fáciles de reproducir en lugares donde se acumula la humedad y los encharcamientos. En los últimos relatos, es fácil apreciar cómo en su mayoría, las mujeres recuerdan la forma en que comenzaron y construyeron sus casas, siendo las estrategias comunes la autoconstrucción de “tejabanes” con láminas de cartón, pedazos de madera o lámina, y hasta cobijas en los casos más extremos.

Por esto, una vez conocido el contexto en que han vivido desde niñez hasta el actual, es como ahora se procede a conocer cuál es el significado que las mujeres expresan de su condición de salud-enfermedad sin dejar de hacer referencia a los elementos que componen su condición de vida en las colonias.

4.3. Interpretación de la salud-enfermedad y condiciones de vida.

Un aspecto fundamental de este estudio es la forma en que se ha presentado en las unidades domésticas de las regiones estudiadas el fenómeno de las enfermedades crónicas y frecuentes, o cualquier tipo de enfermedad que represente una discapacidad física de alguno de sus miembros. Este asunto es particularmente interesante ya que permitirá explorar la posibilidad de una relación entre las enfermedades presentadas en los distintos ciclos de vida y formas de atenderlas por parte de las madres de familia, de manera que permita entender el significado actual que otorgan a sus condiciones de salud y enfermedad.

En general, la atención médica recibida por las mujeres entrevistadas al nacimiento de sus hijos fue en hospitales y clínicas públicas, para ellas no puede escapar tan fácilmente de la memoria el peso que tuvieron cada uno de ellos, pues cuando se les preguntó inmediatamente manifestaron cuanto habían pesado, incluso si el doctor les había dicho si estaban en el peso normal o por debajo de éste. Solamente en uno de los casos, con el hijo mayor de la persona

que proviene de una zona rural de Nuevo León, se presentó un alumbramiento con partera; esto se debe a una manera de reproducir el tipo de alumbramiento que tuvo la madre de esta informante cuando concibió a su hijo en el pueblo donde vivió durante su infancia, o también, por el hecho de no disponer en esa localidad de los servicios de salud pública para atender los partos. Este caso puede referirse como aislado, sería de interés abordarlo para otra temática concerniente a la reproducción femenina en zonas rurales.

Lo anterior indica que aunque algunas madres de las informantes hayan dado a luz con prácticas tradicionales (que aún se ejecutan en nuestro país), cuando se trasladan a vivir a las ciudades, buscan tener contacto con las instituciones de salud que estén a su alcance tanto social como económicamente; además, mediante la atención médica pudieron estar al pendiente de los pesos y del control de vacunación en los primeros años de vida de sus hijos.

Pese a estas prevenciones, es preciso comentar que en los primeros meses de vida de sus hijos, en algunos de los casos de ambas colonias, se presentaron enfermedades relacionadas con los bronquios, alergias, infecciones en el estómago, así como falta y sobrante de peso. Todas ellas pudieron ser controladas o aminoradas en hospitales públicos como el IMSS, centros de salud y clínicas de la SSA. Los tipos de enfermedad difieren en los casos, pero lo importante de ello radica en conocer si éstas continuaron presentándose y si tuvieron repercusiones en su estado actual, lo cual queda asentado con los relatos de las mujeres:

“... pues actualmente, de infecciones en la piel, de los bronquios, o sea por la humidá, también de infecciones en el estómago, de parásitos, de eso...” (tipenf/E1/2005/13.1)

“... ‘orita nomás, en la noche me da namás tos... (con relación a sus hijas) o cuando anda un virus que le da calentura, o que de diarrea...” (tipenf/E3/2005/15.3)

“... el año pasado namás era pura lombriz la que traían los niños y ahora este, este año que los llevé (al médico), ya me salieron también con amibas... de granitos, de granitos porque juegan mucho tierra...” (tipenf/E7/2005/15.3.4)

“... pues, de, de gripa, de gripa, si es lo más común... me enfermé de un, unas manchas y unos granos que me salieron aquí en los pies...” (tipenf/E6/2005/12.7)

“... de, gripa, gripas y alergias porque yo aquí con tanto polvo, pos somos alérgicos, somos alérgicos a un montón de cosas... se han enfermado mucho que de hepatitis, que de fiebre, tifoidea...” (tipenf/E10/2005/12.4)

Resulta sobresaliente en los relatos de estas mujeres, que hacen alusión al contexto y medio ambiente en que viven, destacando la presencia de estas enfermedades vinculadas a la pobreza en los niños y aún en ellas mismas, siendo las enfermedades mencionadas por las que se han visto más influenciadas directamente por los factores medio ambientales en que han crecido y vivido durante el tiempo que tienen en sus colonias.

Como formas de dar solución a este tipo de enfermedades presentadas, las informantes expresan que han recurrido al médico, ya sea en los centros de salud de la SSA, al sistema DIF o con algún doctor particular, procurando realizar los cuidados que les digan para que no vuelvan a decaer. También, un patrón común que fue posible detectar, es que regularmente como una forma de prevención guardan medicamentos en su hogar, producto del tipo de

medicalización recomendada por el médico en consultas anteriores; además, comentan que estas enfermedades frecuentes (como gripe, infecciones en el estómago, hongos en la piel) les han durado un máximo de ocho días, por lo que los tratamientos que les han dado han surtido efecto, no obstante, ha habido ocasiones en que después de varios meses se les vuelve a presentar la misma enfermedad, esto ha ocurrido regularmente cuando se trata de infecciones en la piel.

Con lo anterior, se puede establecer que las enfermedades frecuentes manifestadas por la mayor parte de las unidades domésticas en el cuestionario aplicado, al abordar estos casos en las entrevistas, se constata los tipos de enfermedad que regularmente son los más comunes en estos asentamientos urbanos.

Pero aún y con esta medicalización predominante para hacer frente a la enfermedad, existe también la utilización de remedios caseros, algunos de ellos pueden corroborarse en las expresiones de las siguientes mujeres:

“... en un jarrito puse a hervir el agua, y le echaba eucalipto, acuyo y vaporrub, y luego hice un cono, y lo puse así (*cerca de la boca y nariz de sus hijos*), y estaba respirando, y les ayudaba bastante...” (recaut/E1/2005/13.4)

“... pues yerbas no, porque lo mucho que le llegaba a dar yo era una planta que se llamaba acuyo, se llama acuyo, para este, para que le aflojara un poco las flemas que traía en el pecho...” (recaut/E8/2005/13.2)

“...que pa’la gripa, oye pos tómate un té de canela, bien caliente al acostarte con un desenfriol o dos, sudas y como que la gripa se, se corta, más aparte el medicamento (*los médicos*) que ellos nos dan vedá, no sí a veces sí, si llegamos a utilizar remedios caseros, tanto para nosotros como para los niños a veces...” (recaut/E6/2005/14.1)

Sin duda, el uso de té y de “yerbas” puede considerarse el tipo de remedio casero más común utilizado por las familias, aunque es claro que lo realizan como medida al instante en que se presenta la enfermedad, y si el niño o cualquier miembro de la familia que la presente no se alivia pronto, recurren al médico para que les dé algún medicamento.

En cuanto a las enfermedades crónicas, es importante conocer cómo fue que detectaron la presencia de este tipo de padecimientos. Cuando se trata de enfermedades relacionadas con el asma o problemas en los bronquios y la diabetes, es común que mencionen que se debe a factores hereditarios o como en el caso del asma, se ha debido a gripes o falta de atención en problemas respiratorios que presentaron en su etapa de niñez. También, están las mujeres que externan que porque otro miembro de su familia fue a que le hicieran un diagnóstico, ellos también acudieron para saber cuál era su estado de salud:

“... cuando lo llevé (*a su hijo*) me dijo el doctor que, bueno me hizo preguntas que si mi familia o la familia de mi esposo padecían (*de los bronquios*), y varios cuñados míos padecieron, y dijo el doctor que era hereditario...” (deten/E1/2005/15.6)

“... dice mi mamá que porque también yo así padecí de bronquitis, m’hija (*la mayor*) salió así ... yyy, ahorita que tuve a mi segunda niña es igual, pus ahorita también empieza ya igual con la tos y eso...” (deten/E3/2005/1.2)

“... (en el caso de su esposo) es hereditario, sus papás, sus abuelitos, y no sé, todos sus hermanos, todos son diabéticos, ya eso ya es hereditario...” (deten/E10/2005/18.5)

Mención aparte requiere el caso de Rita, las convulsiones han estado presentes desde los ocho años y no son producto de un mal cuidado o por herencia, sino que es atribuido a un fuerte golpe en la cabeza contra el pavimento (no obstante deja la duda en su relato), como consecuencia del susto de un perro:

“... es que, es que mire yo cuando yo estaba chiquitita, cuando yo estaba chiquita ya que tenía más o menos como unos diez, diez o ocho años por ahí tenía yo, y me acuerdo yo cuando este, cuando yo salía para afuera, yo me salí con una, una pieza de pan, y en la mano y luego después cuando yo salí un perro por quitarme el pan, él fue el que me tumbó, me tumbó y, y dice mi mamá que me pegué aquí en el mero cerebro, en el mero cerebro y dice mi mamá, dice: ‘a lo mejor d’eso fue cuando te pegó la enfermedad’, dice, pero pos quién sabe...” (deten/E9/2005/5.2)

De acuerdo a lo que enfatizaban cada una de las informantes, en la detección ha sido notable la presencia del discurso médico o de otra persona que les ha dictaminado el origen de su enfermedad crónica; fue difícil que ellas mismas lograran externar los factores reales causantes del padecimiento.

Cuando se les interrogó por el tiempo que han padecido la enfermedad, fue fácil apreciar que tratándose de los hijos, era muy sencillo para las mujeres enunciar “desde los dos años”, “de recién nacido”, “a los ocho años se le quitó”, pero cuando se trataba de ellas como portadoras, casi siempre lo exponían como un supuesto “creo que...”, esto aparte de la imprecisión pudiera entenderse como una desatención a su estado de salud, y preocuparse o atender más “al otro” que su situación de salud-enfermedad personal.

Precisamente, dentro del tratamiento que han seguido han estado estrechamente vinculadas las indicaciones médicas, al igual que en las enfermedades frecuentes, pero esto sólo relacionado con la ingerencia de medicinas, pues cuando se trata de cuidados físicos, como la no realización de distintas actividades del hogar, o en los casos en que les prohíben comer cierto tipo de alimentos, para ellas (o ellos) es difícil cumplirlo y complementarlo al tratamiento, puesto que confían en la medicalización que les han impuesto como medida para controlar su enfermedad; además, de aquí pudiera desprenderse la idea de que existe una resistencia a la misma enfermedad.

“... pues le pone una dieta (el doctor), vedá, más que nada por lo del azúcar y el colesterol, pero este, no la sigue, no la sigue, pues dice ella que como quiera se va a morir, vedá, (la señora se sonríe por la forma de decirlo) así dice ella pero este, pos sí ya cuando ve que se siente mal entonces sí hace caso, pero mientras no...” (inmed/E7/2005/20.5)

“... ahora esta última vez me dijo la doctora, dijo ‘no usted no debe de andarse mojando’, y también yo me mojaba mucho los pies, se sentía el calor y me mojaba mucho los pies, ‘es que eso le hace mal’, dijo ‘no se moje, no ande en la, en la tierra’, y trato procuro de, de cuidarme también en el peso porque si, si engordo pues me afecta también, necesito no estar tan pasada de peso...” (inmed/E5/2005/18.3)

A pesar de esta resistencia, un elemento importante ha sido el cuidado y las atenciones que los integrantes de la unidad doméstica han procurado hacia el miembro enfermo, más cuando se ha tratado de las mujeres entrevistadas; en algunos casos los hijos y el esposo realizan las

labores del hogar para que la madre descansa y no se exponga. Esto indica, que los miembros del hogar están enterados, por las mismas indicaciones médicas recibidas, de lo que deben hacer y de las medidas que deben tomar en caso de que la enfermedad se presente. Esto también quiere decir, que a pesar de las carencias existe conciencia por parte del esposo, esposa e hijos, para cuando exista alguna emergencia brindar la atención debida al enfermo, ya sea con la medicina que debe tomar o con algún remedio casero que logren implementar.

Por lo general, aunque los integrantes de su hogar las atiendan, las mujeres sienten la necesidad de estar haciendo alguna actividad en su casa, pues no les gusta “quedarse sin moverse”. Cuando son los esposos los que se han visto implicados en una alteración de su estado de salud, ya sea por la misma enfermedad crónica o por alguna discapacidad, han vuelto a realizar actividades laborales, aunque no en el mismo tipo de trabajo, sí han conseguido donde emplearse.

Precisamente, al hacer mención de los dos casos de discapacidad detectados en las unidades domésticas, puede obtenerse como similitud en ambos esposos de estas mujeres eran personas activas, tenían y desempeñaban sus respectivos trabajos con gran esmero para que su familia tuviera “lo mejor”, es decir, no les faltara alimentos y sus hijos pudieran asistir a la escuela. Pero, una vez que les sucedió el accidente, representó un cambio radical en su estilo de vida; su carácter y su forma de ser cambiaron, volviéndose un tanto frustrados por la situación en que se encontraban. Los integrantes de su familia tuvieron que realizar enormes esfuerzos económicos (al grado de solicitar préstamos de dinero y apoyo a otros familiares y amigos) para que pudieran rehabilitarse y superar el estado de enfermedad. Fue muy importante el rol que tuvieron las mujeres en la rehabilitación, pues al estar al cuidado de la evolución y tratamiento de sus maridos significó una integración de la familia.

Actualmente, estos dos esposos, continúan trabajando en diferentes oficios como ayudantes de algunos amigos o familiares que los contratan por temporadas, esto, les ha ayudado para mantenerse activos y “sentirse útiles”. Además, en estas dos unidades domésticas los papeles se han invertido, pues las esposas (junto con los hijos) se asumen como los proveedores económicamente a los gastos del hogar, atribuyendo este cambio en su vida al hecho de que los llamados “hombres de la casa” ya no pueden trabajar como antes.

Como se analizaba en líneas anteriores con las enfermedades frecuentes y crónicas, para las informantes las causas de sus enfermedades se ha debido a diferentes factores, algunas lo atribuyen a la herencia de sus padres, otras hacen referencia al tipo de alimentos, pero dentro de este contexto social en que han vivido, para ellas ha tenido mucho que ver el ambiente urbano en que se localizan las colonias:

“... pero como también he visto en otros niños, bueno él, hasta con el aire, porque si estaba frío el aire, o si se levantaba descalzo le daba el bronquitis, incluso hasta cuando le cortaba el pelo se le humedecía el cabello, también le daba el bronquitis...” (proenf/E1/2005/15.4)

“... porque este, juegan mucho tierra, luego en tiempo de lluvias luego se, se salen descalzos y aunque uno les diga que se pongan los zapatos o las chanclas no, no hacen caso, o nomás por ese ratito y al rato ya andan igual y se les meten los sabayoles, vedá... este pues a los niños se me han enfermado dos veces de eso, los niños, pero sí por lo regular si porque este también aquí otros vecinitos han presentado también lo mismo vedá, me imagino yo que es más que nada por la

tierra, que es este, es una tierra así como muy polvosa, o sea uno, si anda en sandalia uno luego, luego se empolva el pie vedá, o sea es muy, si esta muy polvosa, pienso yo que por eso...” (proenf/E7/2005/16.2)

“... pues los médicos decían que era el ambiente, era el lugar donde vivíamos, y yo pienso que también este, pues como yo lo padecí verdá, a lo mejor este fue hereditario, porque de mis hijos nada más él fue el que el que tuvo eso...” (proenf/E8/2005/14.1)

“... yo digo que es tanta, tantos químicos que hay actualmente, ¿no?, porque pos antes no había tantas enfermedades como hoy, que no se quitan lo de la gripa que siguen muy persistente y no, no se quita y yo digo que son los químicos que hay ahorita, porque antes pos no había tanto químico como hoy, yo digo que eso es...” (proenf/E5/2005/14.6)

“... yo pienso que es un poco el tipo de, de lugar en el que vivimos... y los carretones, es mucho, mucho, basura, basura, mucha contaminación porque traen la basura, pos me imagino que de hospitales o algo así, y a veces andan las, la los, como se dicen las sondas, las cosas, tiradas y los niños las agarran y, yo los míos, casi no los dejo salir pero hay muchos niños que definitivamente andan, y se han enfermado mucho que de hepatitis, que de fiebre, tifoidea, y yo hasta donde tengo entendido la fiebre na'más le da a las vacas por lo general, y se han enfermado pero pos me imagino que es por la misma contaminación de las carreteras...” (proenf/E10/2005/7.1;13.6)

Con estos testimonios, se pudo dejar por sentado que las mujeres están conscientes del espacio urbano-ambiental en que les ha tocado vivir, y al mismo tiempo, dejan apreciar que tienen que conformarse y adaptarse a ese medio, aunque las consecuencias o el proceso de adaptación tenga repercusiones directas en la salud de los miembros de su unidad doméstica.

Es posible identificar en los relatos de las mujeres un patrón común para la prevención de enfermedades ante los cambios de temperatura, sobre todo en temporada de frío que es cuando se manifiestan más las enfermedades respiratorias, este tiene que ver directamente con la protección de sus hijos, arrojándolos bien, y en los casos donde hay niños menores de cinco años, bañándolos antes de que llegue la noche. De lo anterior se desprende un punto importante en este estudio que pudo tratarse en las conversaciones con las entrevistadas y que se refiere a la superación de la enfermedad; el significado que ha tenido para ellas ser portadoras o estar al pendiente de alguien enfermo, y; el significado de “estar sano”.

En cuanto a la superación de la enfermedad, las madres de familia hacen énfasis en que han aceptado su condición de salud actual, adaptándose a ésta y sabiendo lo que se tiene que hacer para atenderse o atender a su familiar enfermo. Han aprendido a “sobrellevarla” y superarla, eso sí, dejando en segundo término las limitaciones físico-corporales; esto último quiere decir, que aunque saben que tienen que “dejar de comer ciertos alimentos” por las mismas restricciones e indicaciones médicas, o que tienen que “dejar de hacer algunas actividades”, no lo ponen en práctica. Para ellas es importante la actividad física diaria, la “rutina”, atender a los integrantes de su unidad doméstica, sobre todo atender la alimentación de sus hijos para que se desempeñen mejor en su estudios; aunque también, hay quienes optan por darles algo de dinero para que compren en la escuela algún tipo de alimento que los horarios de descanso. Aquí es donde puede presentarse la desatención de lo que consumen, y conducir con ello a que no se alimenten con los nutrientes necesarios, provocando cada vez más a enfrentar en la población infantil a problemas de obesidad y de infecciones estomacales severas.

Con relación al significado de la enfermedad, para las mujeres de las colonias de la laguna “la Ilusión” se resume en “la experiencia” que les ha dejado en estos años tener una enfermedad crónica, atender a alguien que la ha padecido o ha tenido discapacidad corporal; por su parte, las mujeres de la colonia “Fernando Amilpa”, la explicación de este significado se relaciona con el “sentimiento de ya no aguantarla más”, y la forma en que les ha perjudicado económicamente por no poder desempeñar algún trabajo.

Por último, con respecto a “estar sano o saludable”, en ambas colonias lo asocian con “estar bien”, “no tener enfermedades”; una simple gripa o dolor de garganta no significa estar enfermos, sólo en los casos cuando se presenta en forma crónica y persistente, es decir, cuando la sensación corporal se manifiesta al grado de “caer en cama”.

“... pues estar sano es... estar bien... o sea físicamente... y también este, pues mentalmente también, vedá, y... tener ánimos...” (sigsan/E1/2005/24.2)

“... pues para mi estar sano significa este, pues no tener enfermedades por decir crónicas, por ejemplo este, la diabetis, la, la este, la presión, son enfermedades vedá, que, que hay gente que la padece de toda la vida y este, o alguna enfermedá, así digamos fuerte verdá, para mi eso significa estar sano que lo que se enferma uno normal que de la gripa, que de vez en cuando una diarrea y hasta ahí, eso es lo que pues para mi significa estar bien, vedá, de salú...” (sigsan/E8/2005/17.5)

“... ay pos que, no pos bien padre verdá, porque pos ser una persona sana no tiene molestias de nada, andas bien tranquilo haces todo y nada te duele...” (sigsan/E4/2005/11.3)

“... ay pues todo, es todo, es o sea estar, es todo para mi todo es estar sano, porque puedes hacer todo lo que quieres y lo que puedes porque cuando estas enfermo pos no puedes hacer muchas cosas...” (sigsan/E5/2005/19.3)

“... sano significa no, pos tener vida, vida bien y no enfermarse de nada y estar bien de todo...” (sigsan/E6/2005/21.1)

Sin duda, estas expresiones de lo que ha significado “estar sano o estar enfermo”, se encuentra vinculado con el aspecto físico y a la capacidad laboral de las personas, esto porque en un día común de actividades siempre estará presente la necesidad del movimiento físico. Como se hacía alusión anteriormente, las mujeres tienen como actividad principal el hogar, y dentro de ese día normal o común, las actividades se relacionan con los “quehaceres de la casa”; la atención a los esposos y a los hijos, relacionado con la preparación de los alimentos a la hora del desayuno y de la comida; estar al tanto de la asistencia a la escuela, que cumplan con sus tareas, que no les falten sus útiles y si se puede ayudarles en sus trabajos que les encargan. Todo esto durante el día, hasta que llega la noche y cenan, ven televisión o platican en familia y después se duermen. Lo destacable es que en este “día común” no vinculan o hacen mención de aspectos relacionados con la atención a su salud y cuidados de la enfermedad.

Quizá para estas diez madres de familia, a pesar de que no lo hayan expresado todas, la importancia de esta posición de mantenerse activas y no dejarse vencer por la enfermedad, radique en que cada uno de sus miembros tiene que cumplir con sus funciones. Por un lado, la mujer atender el hogar; los hijos, asistir a la escuela; los hijos mayores que no asisten a la escuela, trabajar; y los esposos de igual forma salir a buscar el sustento familiar.

Los empleos de los cónyuges de las informantes son muy variados, van desde los oficios (pintor, albañil, hojalatero) hasta los empleos fijos como guardia de seguridad y empleado de Cometra, y aunque en los casos donde los hijos mayores de edad trabajan, es común que expresen que el salario⁴ apenas les alcanza para solventar los gastos del hogar, como los servicios públicos, la alimentación, el pago del terreno, y los estudios de los hijos que asisten a la escuela. Además, de estos gastos, las unidades domésticas que han tenido la discapacidad de los “hombres de la casa” se han visto en la necesidad de gastar excesivamente en las terapias y rehabilitación de su salud. Por lo que, para las unidades domésticas que han logrado recibir apoyos de los programas *Oportunidades* y el *Seguro Popular* han representado para ellas un gran beneficio para la atención de la salud y la educación de sus miembros.

Por ello, en la visión a futuro que tienen de sus condiciones de vida, lo asocian a mejoras en aspectos materiales como la vivienda, sobre todo en aquellos casos donde la casa tiene aún material de madera y lámina; pero también es importante la superación económica, mejores empleos y salarios para “vivir mejor”. En aspectos de salud, lo básico es “no enfermarse”, “cuidarse” o “prevenir”, en dos de los casos lo relacionan con aspectos económicos, esto quiere decir, “que si están bien de salud, les puede ir mejor en la búsqueda de empleo”, y no tener deudas con nadie.

“... sí me descuido, si yo me descuido y hago lo que no debo de hacer con la salud, se supone que a futuro voy a tener una mala salud, pero si trato de prevenir, pues a futuro si me enfermaré pero no tanto, como los que no se cuidan...” (cosaf/E1/2005/22.3)

“... pos con que no nos enfermemos y no nos falte que comer vedá...” (cosaf/E7/2005/26.2)

“... ya lo único que quiero es esteee si se alivia mi esposo pues a lo mejor ya le puede ir bien, porque pues hasta ahorita ya no se ha enfermado...” (cosaf/E4/2005/24.6)

“... es que ahí sería, cosas de Dios vedá, digo ‘orita me siento bien, a veces pos preocupada porque a veces más que de esto de económico a veces, son a veces los que no dejan dormir a uno a veces, que ya debo aquí, ya debe allá y que cómo le hago y que, vedá, pero como, como dicen vedá, ‘que todo tiene solución menos la muerte’, entonces hay que estar agradecidos con Dios de que día a día nos deja vivir, vedá, darle las gracias porque amanecemos, ya con el amanecer es ganancia, en, en mi caso que estoy enferma, vedá, es lo que yo digo...” (cosaf/E6/2005/27.1)

También, dentro de esta visión de desarrollo intrafamiliar que pueda presentarse a futuro, está la percepción de sus hijos y de su matrimonio a futuro; a los hijos, en las ampliaciones de “los Pinos” y “Heriberto Kehoe” los ven dándole continuidad a los estudios; mientras en la “Fernando Amilpa” los visualizan con un buen trabajo, aunque no dejan de anteponer los estudios como condición para aspirar a un mejor empleo. Por su parte, el matrimonio, para las mujeres representa que su marido disponga de mejores oportunidades en cuanto a empleo se refiere, que haya una mejora económica y que su relación de pareja perdure como hasta el momento la han sabido llevar.

Finalmente, sólo aquellas mujeres que han tenido contacto directo con el personal de las instituciones de salud y que se han visto favorecidas con los apoyos de los programas

⁴ Ver en anexos la tabla donde se presenta la composición de los salarios por cada unidad doméstica donde se entrevistó a la madre de familia.

gubernamentales enunciados, son las que manifiestan que el gobierno las ha apoyado y sí está beneficiando a muchas familias de sus colonias. Por ejemplo, las pláticas de salud les han ayudado a “cumplir” con el cuidado y prevención de algunas enfermedades frecuentes, acudiendo al médico en forma constante y tratando de seguir las recomendaciones que les dan. Pero también hacen mención de que hacen falta de obras necesarias y básicas para poder tener mejores condiciones de vida, como la pavimentación de sus calles y la conexión del drenaje a sus domicilios, a lo que esperan que pronto tengan alguna respuesta por parte de las autoridades, puesto que la urbanización ha avanzado rápidamente.

Después de estos resultados alcanzados y detectados en las similitudes y diferencias que presentan al interior de sus unidades domésticas estos diez casos específicos de estudio, en el siguiente capítulo se requiere citar algunas conclusiones y recomendaciones que permitirán vincular los aspectos teóricos y metodológicos abordados en el desarrollo de esta investigación, para finalmente qué tipo de relación salud-enfermedad con relación a las condiciones de vida quedan sustentadas bajo la situación de pobreza en que han vivido estas unidades domésticas, así como, conocer si los objetivos propuestos en un inicio se lograron cumplir con el esquema y decisiones tomadas.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este capítulo final del proceso de investigación llevado a cabo en asentamientos urbanos, se requiere mencionar algunos aspectos centrales que se lograron detectar y comprender de la dinámica social en las unidades domésticas estudiadas, pero haciendo énfasis en los casos específicos de las mujeres madres de familia, para de esta forma, relacionarlos con los fundamentos teórico-conceptuales expuestos en el segundo capítulo de este trabajo.

Como se mencionó, una parte representativa de los integrantes de las unidades domésticas de los sectores de estudio son procedentes de otras localidades urbanas y rurales, aunque en su mayoría hayan nacido en el área metropolitana de Monterrey o en la zona conurbada del sur de Tamaulipas, en los casos específicos seleccionados se pudo notar la influencia que tuvo en su niñez y parte de su adolescencia haber habitado en pequeñas comunidades rurales o en colonias que en aquellos años pudiesen haberse catalogado como periféricas (con características rurales), de ahí, que las condiciones de vida a las que se enfrentaron fueron económicamente adversas por el hecho de ser demasiados miembros en sus familias y porque sus padres no disponían de trabajos lo suficientemente remunerados.

Una vez casadas, puede establecerse que volvieron a reproducir ese tipo de vida de sus primeros años: algunas mujeres por haber vivido cerca su colonia actual de residencia, otras por salir a buscar un espacio en donde habitar, y otras más, por haber llegado a los municipios de General Escobedo y Ciudad Madero en búsqueda de “una mejora” en sus vidas, hizo que formaran parte de la constitución de asentamientos irregulares y posteriormente, una vez regularizadas, vivir en colonias carentes de servicios sociales básicos teniendo que enfrentar nuevamente adversidades ante la falta de urbanización.

A pesar de que actualmente la incorporación de servicios básicos, y la asistencia de servicios de salud y educación ya han sido incorporados en ambos sectores, no se puede pasar por alto el proceso salud-enfermedad que han tenido las unidades domésticas, mediante enfermedades que han llegado a reproducirse, por tener más de cinco años viviendo en condiciones de insalubridad y de falta de higiene, pues como se apreció, todavía en la actualidad no disponen de servicios de drenaje o “saneamientos” como le han llamado los integrantes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Por lo que en temporadas de lluvias, de mucha humedad, o incluso de calor (por lo seco del ambiente), se llegan a presentar infecciones en la piel, enfermedades respiratorias e infecciones estomacales, lo cual caracteriza a estas colonias como lugares propensos a la retransmisión y propagación de este tipo de enfermedades.

A partir de esta situación latente, es necesaria la coordinación de los centros de salud y de los departamentos de planeación, ecología y desarrollo urbano de los municipios, para implementar “estrategias otras” de salud integral, particularmente en las colonias o asentamientos que se presentan este tipo de características o condiciones sociales, urbanas y ecológicas desiguales. Hablo de “estrategias otras” siguiendo la idea de Mignolo (2003), cuando refiere a que las naciones latinoamericanas están conformando un “pensamiento otro” o nuevos esquemas de entender lo social desde proyectos o investigaciones locales; esto quiere decir en materia de salud, que las instituciones conjuntamente con la población deben comprender que alcanzar niveles de salud significativos, no está solamente en la dotación de una consulta o receta médica como parte de un programa de gobierno, sino en asumir que la mejoría de la salud y/o enfermedad depende de factores internos y externos que han estado y continúan presentes en la vida de las unidades domésticas.

Aunque estos hogares integrados en sectores urbanos, en un momento dado puedan ser analizados con diferenciaciones internas, como lo expresaba Altamirano (1998) por el hecho de tener diferentes costumbres o tradiciones de acuerdo a su lugar de origen, o por la existencia de población indígena en una misma comunidad urbana, es preciso que esas “estrategias otras” en materia de política social sean incluyentes a todos los grupos poblacionales; para esto, se requiere disponer de la infraestructura y el personal médico adecuado a las necesidades de los habitantes, salvaguardando sus conocimientos medicinales tradicionales, mismos que podrían poner en práctica con la implementación de cursos en los centros de salud de sus respectivas colonias.

Lo anterior quiere decir, que con el estudio de la interpretación o significado de la salud-enfermedad de los hogares en situación de pobreza, puede conducir a reordenar las acciones en pro de la salud mediante programas sociales no sólo enfocados a “los más pobres urbanos”, sino a sectores poblacionales que presentan características similares. Para ello, jugaría un papel primordial la colaboración de grupos interdisciplinarios en investigaciones de este tipo, conformados por médicos, sociólogos, economistas, antropólogos, ambientalistas, urbanistas y trabajadores sociales; y así, analizar las enfermedades desde la definición propuesta por la OMS (1994) como la ausencia de salud o la alteración del equilibrio en el proceso salud-enfermedad, siendo un resultado de la interacción de agentes patógenos, las condiciones del medio ambiente y la capacidad del organismo humano para enfrentarlos; y con esto, actuar en consecuencia.

Claro está, que deben considerarse limitaciones en los estudios con unidades domésticas en situación de pobreza, pues es más difícil lograr un conocimiento a profundidad del estado o condición de salud, por su misma situación económica que los hace dependientes de los apoyos recibidos de parte de las instancias de gobierno o instituciones de beneficencia; como se pudo distinguir en este trabajo, con esta interpretación subjetiva sólo se llega a comprender una parte de su salud o de la enfermedad que han presentado las mujeres o sus familiares enfermos. Esto se constata, cuando al externar una explicación de las causas que dieron origen a la enfermedad, intentan reproducir el lenguaje médico sobre su estado de salud actual o cuando retoman las palabras de sus padres a cerca de la enfermedad que presentaron ellas en su etapa de niñez o adolescencia y su forma de atenderla para con sus hijos en la actualidad; éste último aspecto se presenta en forma muy parecida al externado por Blaxter (1983).

Este intento por recuperar el lenguaje médico, también se pudo notar claramente cuando las mujeres nombraban algunos de los síntomas percibidos en su enfermedad o cuando trataban de explicar con exactitud el tipo y secuencia en que debían tomar el medicamento recetado por el doctor.

Asimismo, en esta explicación de las mujeres, se denota la presencia del enfoque normativo expuesto por Castro (2002) para interpretar la relación salud-enfermedad, pues la influencia que han tenido por factores sociales, como en su nivel cultural y educativo, así como el medio social-familiar en que han vivido, hace que sus testimonios dependan de esas fuerzas sociales que han estado presentes en sus vidas. Asimismo, han tenido una influencia directa los programas de gobierno como *Oportunidades* y *Seguro Popular*, pues mediante el contacto directo que han tenido con el médico en forma constante, puede decirse que sí ha influido en la manera en que las mujeres dan una explicación para hacer frente a la enfermedad.

No obstante, el lenguaje constituye un punto importante en esta aproximación por comprender la apreciación subjetiva de las madres de familia, como mencionaba Herzlich (1995) éste se convierte en el principal portador de su explicación, no sólo de manera personal e interna, sino al exterior de ellas, al incorporar acontecimientos, experiencias y estrategias de atención cuando se han presentado las enfermedades. Como enfatiza Castro (2002), todo esto representa las vivencias obtenidas en el proceso salud-enfermedad, siendo mediante esa subjetividad individual como logran articular ese conocimiento, mostrando su capacidad médica.

Por lo anterior, se afirma que la interpretación que tienen las mujeres de su estado de salud actual, está relacionada directamente con su capacidad médica, y ésta, estará en constante cambio a medida que asistan al médico o presenten una enfermedad diferente, para la cual reciban o tengan una explicación médica, lo cual hará enriquecer el conocimiento de la persona hacia su condición de salud actual y futura. Esto quiere decir, como explicaba Boltanski (1974), para estas mujeres es difícil tener una precisión conceptual de su enfermedad, por lo que la manera de externar una respuesta está directamente relacionada con la explicación que les han dado los médicos y también por lo que otras personas les han comentado sobre los síntomas o manifestaciones que han tenido cuando han sufrido alguna enfermedad similar.

Por otro lado, los hallazgos encontrados por Suchman (1964) en este estudio no pueden quedar demostrados, pues a pesar de que las unidades domésticas tienen más de cinco años habitando en sus respectivas colonias, no se considera que hayan logrado desarrollar un conocimiento local sobre la enfermedad, al contrario, se aproximaría más al enfoque de Nelson (1989), al comentar que dos personas aún teniendo el mismo estado de salud tienen diferente apreciación de su condición de enfermedad, esto queda demostrado con las diferentes estrategias que comentan las mujeres han implementado para atenderse o dar atención al enfermo, a pesar de que existan casos similares de asma o diabetes en alguno de los miembros de sus hogares. Además, se corrobora el argumento de Frey (1981) cuando se demuestra que aún estando las mujeres dentro de una misma clase social, se logran advertir diferentes actitudes respecto a la enfermedad; esto se asocia a la variación sociodemográfica que presenta la unidad doméstica de cada una de las madres de familia.

Pero quizá, el punto más destacable que puede contradecir a Frey (1981) es la resistencia a estar enfermos. Como se pudo observar tanto en la parte cuantitativa como en la cualitativa, un gran porcentaje de los integrantes de las unidades domésticas no se asume como portador de alguna enfermedad crónica, o cuando se presentan enfermedades endémicas son consideradas como de menor grado mientras no les afecte en sus actividades diarias. Sólo hasta que manifiestan una sensación de dolor y generan una respuesta a éste, es cuando acuden a atenderse y se preocupan por las repercusiones que puedan tener en el futuro. Esto deja asentado el comportamiento o “conducta frente a la enfermedad” que Mechanic (1961) consideraba para dar respuesta a los diferentes síntomas percibidos y evaluados, así como la forma en que diferentes individuos actuaban, o dejaban de actuar en consecuencia.

Específicamente para los casos en que se detectó la discapacidad de los esposos, los relatos de las mujeres dejan ver en forma clara la posición de Castro (2002) cuando comenta la presencia de factores individuales como responsables de la aparición de la enfermedad, estos tienen que ver con la predisposición, el temperamento y la naturaleza misma de los individuos para aceptar su situación real en que se encontraron después de los accidentes ocurridos.

Un aspecto que es importante mencionar como forma de cuidado o prevención de enfermedades, es que a pesar del contexto ambiental y urbano en que se encuentran los dos sectores urbanos, por medio de la observación se constató la higiene y aseo personal tanto de las mujeres entrevistadas como en los casos en que había niños menores de cinco años; no así en todas las casas-habitación, pues las ubicadas más cerca tanto de la laguna “la Ilusión” como del río “Pesquería” les resultaba difícil tener limpios los patios e interiores de sus patios y viviendas, como consecuencia de encharcamientos, la cercanía de las fosas sépticas a los vasos lacustres, o por la presencia de insectos; esto último, fue fácil de identificar cuando las entrevistas se llevaron a cabo en alguna hora después de que habían terminado de comer y los enseres domésticos se encontraban aún sin lavar. En los casos restantes, se puede decir que a pesar de las adversidades del ambiente en que viven o por el hecho de encontrarse más alejadas de la laguna o del río, sí se distinguía ese afán por mantener la limpieza al interior de la vivienda, pese a la escasez de material de construcción duradero que en algunos casos se presentó.

Por otra parte, y de acuerdo con la postura de Blair (1993), una recomendación que puede retomarse a partir de este conjunto de similitudes y diferencias encontradas en asentamientos urbanos, es que en estudios posteriores acerca de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad pueda considerarse a la clase social como categoría central de análisis, y así, distinguir cómo interpretan su condición de salud tanto sujetos de clase media, clase baja y clase alta. Asimismo, otra de las consideraciones que también puede estar presente en estudios con unidades domésticas en situación de pobreza, propiciando incertidumbre sobre su existencia a futuro, es si algún día podrá hablarse o interpretarse la enfermedad sin necesidad de recurrir al lenguaje médico (Herzlich, 1995), lo cual indicaría que las personas asumirían un significado y explicación particular, obviamente, con conocimientos previos de causa y efecto.

Una de las principales contribuciones de este estudio, es el conocimiento y comprensión alcanzado por medio de los relatos de las personas entrevistadas sobre su proceso de salud-enfermedad, específicamente cuando lo vinculan con las condiciones sociales en sus

distintos ciclos de vida hasta su establecimiento en el actual espacio urbano que habitan, pues cabe recordar que estos sectores tuvieron procesos similares de urbanización y carencia de satisfactores básicos, lo cual implicó conformar estrategias de sobrevivencia (De Lomnitz, 1998) para hacer frente a las adversidades de todo tipo (urbanas, sociales, económicas y ambientales) de manera conjunta con los vecinos y familiares que también llegaron a ocupar los terrenos de estos asentamientos.

Una línea o campo de investigación que deja abierto el presente trabajo, es la continuidad en estudios de Maestría y Doctorado, desde el enfoque de la percepción o de la representación social de la salud-enfermedad, con esto se podrá lograr un conocimiento más a fondo al penetrar en el campo de la medicina social o de la socioantropología, obteniendo nuevas aportaciones interpretadas o narradas por la persona enferma (crónica o frecuente), que tenga de ese mundo de vida en que ha padecido su enfermedad y su experiencia como portador.

Por esto, el estudio de las representaciones sociales, desde la apreciación de Jodelet (1993), se concibe como los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal. El contexto social es fundamental, ya que éste determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación. Las representaciones sociales, cuando son acerca de un padecimiento, llevan a las personas a tomar una postura ante su enfermedad, y con ello, sobre la forma en que debe ser manejada y atendida (Torres, 2002).

Además, esta misma autora (Torres, 2002), expone que conocer las representaciones permite una forma de acercamiento a los conocimientos, saberes, significaciones, así como la manera de concebir e interpretar la realidad de las personas que sufren algún tipo de padecimiento. Las representaciones sobre un padecimiento crónico comprenden cómo estos procesos fueron construidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones.

También, como explica Moscovici (2001), 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, 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.

Sin duda, con esta investigación, se logra adquirir parte de esa representación expresada por las autoras anteriores, pero para lograr una mejor comprensión implicaría tener una mayor aproximación y profundidad en los estudios de casos específicos de estas colonias, para entonces ubicar ya sea desde un enfoque ecológico o desde el enfoque crítico de la antropología médica el estudio de unidades domésticas que presentan aspectos multiculturales en la identificación, tratamiento y comportamiento ante la salud-enfermedad.

Otra línea o proyecto de investigación, puede orientarse por el lado de las personas o familias en situación de pobreza que han recibido algún tipo de apoyo por parte de los programas de gobierno que han dado prioridad a la salud, y así, establecer una relación con la percepción o representación social que para estos sujetos ha tenido la enfermedad con la que han convivido

durante varios años de su vida. Esto conduciría desde la visión de los actores a nuevos planteamientos de esquemas en materia de política pública por parte de los gobiernos municipales y/o estatales en conjunto con el federal.

Por otro lado, se puede decir que las mujeres entrevistadas perciben una valoración subjetiva y objetiva positiva de sus condiciones de vida y salud a futuro, cuando expresan esas ganas de “salir adelante” en términos de construir o mejorar el estado actual de su vivienda, tener mejores trabajos e ingresos tanto por parte de sus esposos como de sus hijos, y que éstos no sufran las condiciones por las que ellas pasaron; o también, cuando anhelan una mejoría en su estado de salud actual o de su familiar enfermo, pues se logra comprender que es necesario la responsabilidad en el presente que tengan en los cuidados de su enfermedad para no tener complicaciones en el futuro.

Al relacionar las condiciones de vida con la salud, implicó que se retomaran los distintos indicadores utilizados para medir la calidad de vida, vista éstas como la finalidad o aspiración que todo ser humano desea alcanzar; al enfocarnos en la perspectiva de las madres de familia hace que visualicen proyectos de vida en los que los satisfactores, los bienes y la salud ocupan un lugar importante para su desarrollo, tanto en forma individual como en su comunidad.

De lo expuesto, queda asentada la posición de Arzate (2003) al optar por una perspectiva cualitativa en el estudio, ya que en las unidades domésticas a las que pertenecen las mujeres entrevistadas se comprende que su situación de salud-enfermedad, bajo el escenario de pobreza en que han vivido, se ve como parte de la vida cotidiana o mundo de vida en que han logrado formas concretas de vivir y superar adversidades, con lo que este trabajo en su fase metodológica cuantitativa no hubiera sido lo suficientemente analítica para penetrar en este conocimiento de la parte social del proceso salud-enfermedad.

Finalmente, se establece para los diez casos de estudio de estos sectores urbanos la siguiente posición con respecto a la relación salud-enfermedad:

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 Castro (2002:79).

Esta afirmación puede verse tanto en los casos de enfermedad crónica como de discapacidad expuestos, tanto las mujeres al ser portadoras de alguna enfermedad o estar salvaguardando la vida de otra persona, encuentran en estos momentos de sufrimiento el aprendizaje necesario para enfrentar la vida y la muerte, esto quiere decir, que el ser humano entra en un proceso de análisis interno lo cual puede conducirlo a estar preparado para adaptarse a lo que la enfermedad decida hacer con su cuerpo, sea esto a favor o en contra de su actividad física.

Bibliografía.

- Abreu Luis F., Claudia Infante, y otros (2000). Problema y dilemas en la definición de Calidad de Vida. En: Magali Daltabuit, Juana Mejia y Rosa Lilia Álvarez (coord.) *Calidad de vida, Salud y Ambiente*. México: UNAM.
- Alarcón C., Oscar Aguilar, Alberto Jiménez y Carlos Manrique (2002). La calidad de vida en pacientes con transplantes renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general. *Revista de Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 16(4). 119-123.
- Alguacil, J. Calidad de vida y modelo de ciudad. En *Boletín CF+S* (2000), [en línea]. <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n/n15/ajalg.htm> (página consultada el 5 de noviembre de 2004).
- Altamirano, T. (1988). *Cultura andina y pobreza urbana*. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú. 1ª Edición.
- Ariza, M. (1999). Migración interna y política de población en México. En: Ángel Bassols Batalla (comp.) *La Sociedad Mexicana frente al Tercer Milenio I*. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa – UNAM – Coordinación de Humanidades 1ª Edición. 253-290.
- Arteaga Botello, N. (2003). Abatimiento de la pobreza en México 2000–2006. En: Arteaga Botello, Nelson (Coord.) *Pobreza urbana, perspectivas globales, nacionales y locales*. México: Gobierno del Estado de México–CEMAPEM–Porrúa. 139–166.
- Arzate, J. (2003). La pobreza como ciudadanía y complejidad de lo social. En: Nelson Arteaga Botello (coord.) *Pobreza urbana. Perspectivas globales, nacionales y locales*. México: Gobierno del Estado de México - UAM – UNAM – UAEM – Universidad de Alicante – Universidad Laval – Universidad Nacional de Lanús – Universidad Americana en El Cairo – COLMEX – El Colegio Mexiquense. 269-274.
- Barfield, T. (2000). *Diccionario de Antropología*. México: Editorial Siglo XXI.
- Bautista, S., Sebastián Martínez, Stefano Bertozzi y Paul Gertler (2003). Evaluación del efecto de Oportunidades sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural. En: Secretaría de Desarrollo Social. *Sitio oficial de la Secretaría de Desarrollo Social, México* [en línea] <http://www.sedesol.gob.mx> (página consultada el 10 de febrero de 2005).
- Beltrán, M. (1998). Cinco vías de acceso a la realidad social. En: Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comp.) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. España: Alianza Editorial, 3ª edición.

- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Blanco Gil, J. y Orlando Sáenz Zapata (1994). *Espacio urbano y salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Cardiel, M. (1994). ¿Cómo se evalúa la calidad de vida? En: Asociación de Medicina Interna de México, A. C. (ed.). *Temas de medicina interna*. México: Interamericana-McGraw-Hill. 359-368.
- Castells, M. (1999). *La Cuestión Urbana*. México: Editorial Siglo XXI, 15ª Edición.
- Castillo A. y Carmen Arocha Mariño. La calidad de vida en salud en el período revolucionario. En: Carmen Arocha Mariño, *Revista Cubana Salud Pública*. (2001), [en línea]. http://www.infomed.sld.cu/revistas/spu/vol27_1_01/spu06101.htm (página consultada el 29 de octubre de 2004).
- Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*. México: UNAM - CRIM.
- Castro V., Héctor Gómez-Dantes, Jesús Negrete Sánchez y Roberto Tapia Conyer (1996). Las enfermedades crónicas de las personas de 60-69 años. En: Secretaría de Salud. *Sitio de la Secretaría de Salud, México* [en línea] <http://www.ssa.gob.mx> (página consultada el 24 de agosto de 2004).
- Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) <http://www.ssa.gob.mx> [en línea] (página consultada el 23 de mayo de 2004).
- CONAPO. Consejo Nacional de Población, [en línea]. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/desarrollo.htm> (página consultada en los meses de octubre y noviembre de 2003)
- Covarrubias Gaitán, F. (1999). Los Retos Futuros de la Sociedad Urbana. En: Ángel Bassols Batalla (comp.) *La Sociedad Mexicana frente al Tercer Milenio I*. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa – UNAM – Coordinación de Humanidades, 1ª Edición. 395-426
- De Lomnitz, Larissa A. (1998). *Cómo Sobreviven los Marginados*. México: Editorial Siglo XXI, 14ª Edición.
- Di Tella, Torcuato S., Hugo Chumbita, Susana Gamba, y otros (2001) *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*. México: EMECÉ.
- Díaz Orueta, F. (2003). Pobreza y desarrollo urbano, nuevas pautas de segregación. En: Nelson Arteaga Botello (coord.) *Pobreza urbana. Perspectivas globales, nacionales y locales*. México: Gobierno del Estado de México - UAM – UNAM – UAEM –

Universidad de Alicante – Universidad Laval – Universidad Nacional de Lanús – Universidad Americana en El Cairo – COLMEX – El Colegio Mexiquense.

- Duhau, E. (1991). Gestión de los Servicios Urbanos en México: alternativas y tendencias. En: Martha Schteingart y Luciano D' Andrea (comp.) *Servicios Urbanos, Gestión Local y Medio Ambiente*. México: Colegio de México y CERFE.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En: Nussbaum, Martha C. y Amartya Sen. *La calidad de vida*. México: The United Nations University–FCE. 101–125.
- Fernández, R. (1998). Calidad de vida: las condiciones diferenciales. *Colegio Oficial de Psicólogos*. 2(1). 57-65.
- Foladori, G. (2004) La crisis contemporánea de los sistemas de salud. *Comercio Exterior*. 54(5). 253-280.
- Gattino, S. y Nora Aquín (2002). *Las familias de la nueva pobreza. Una lectura posible desde el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio. 1ª. reimpresión.
- Gertler, P. (2000). El impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) sobre la salud. En: Secretaría de Desarrollo Social. *Sitio oficial de la Secretaría de Desarrollo Social, México* [en línea] <http://www.sedesol.gob.mx> (página consultada el 10 de febrero de 2005).
- González de la Rocha, M. y Agustín Escobar Latapí (2002). Evaluación de resultados de impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. En: Secretaría de Desarrollo Social. *Sitio oficial de la Secretaría de Desarrollo Social, México* [en línea] <http://www.sedesol.gob.mx> (página consultada el 10 de febrero de 2005).
- Goode, William J. y Paul K. Hatt (1991) *Métodos de investigación social*. México: Trillas.
- Grau, J. Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. En: *Asociación Latinoamericana de psicología de la salud. Boletín latinoamericano de psicología y de la salud*. (1998), [en línea] <http://www.alapsa.org/boletin/art02-2.htm> (página consultada el 6 de noviembre de 2004).
- Guevara, Alfonso y Gregorio Santibañez B. (1990). Los Grupos Étnicos Autóctonos como Motivo de Marginación. En: Fernando Serrano Migallón (coord.) *Marginalidad Urbana y Pobreza Rural*. México: Editorial Diana, 1ª Edición.
- Guillermo Aguilar, A. y Boris Graizbord (2000). La distribución espacial de la población. Concentración y dispersión. En: Julio A. Millán B. y Antonio Alonso Concheiro (coord.) *México 2030: Nuevo siglo, nuevo país*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gundermann Kröll, H. (2004). El método de los estudios de caso. En: María Luisa Tarrés (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la*

investigación social. México: Miguel Ángel Porrúa–El Colegio de México–FLACSO. 251–288.

Gutiérrez Arriola, A. (2002). *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social en América Latina*. México: UNAM – Editorial Siglo XXI.

INEGI (2001) *Anuario estadístico del estado de Tamaulipas*. Aguascalientes: Edición 2000 - Gobierno del Estado.

León, S. (1998) Política social y salud. En: Marcela Pineda C. (ed.) *Las políticas sociales de México en los años noventa*. México: UNAM – FLACSO – Plaza y Valdés editores.

Levy, S. (1994). La pobreza en México. En: Félix Vélez (comp.) *La pobreza en México. Causas y políticas para combatirla*. México: ITAM-Fondo de Cultura Económica. 15-112.

López Estrada, Raúl E. (2001) La literatura de la pobreza urbana y los recursos económicos de los pobres. En: Raúl Eduardo López Estrada (coord.) *La pobreza en Monterrey, los recursos económicos de las unidades domésticas*. Monterrey: UANL.

López Romo, H. (1998). La metodología de la encuesta. En: Jesús Galindo Cáceres (coord.) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: CONACULTA–Addison Wesley Longman. 33–73.

Lozano Ascencio, F. (2002). Migrantes de las ciudades. Nuevos modelos de la migración mexicana a Estados Unidos. En: Brígida García Guzmán (coord.) *Población y sociedad al Inicio del siglo XXI*. México: El Colegio de México.

Mignolo, Walter (2003). Historias locales/diseños globales. Colonialidad. Conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Akal. 7-107.

Millán, H. (2001). Política social y teoría de la justicia. Fundamentos del combate a la pobreza extrema en México. *Economía, sociedad y territorio*. 3(9). 63–92.

Moscovici, S. (2001). Social representations: explorations in social psychology. Barcelona: Editorial Paidós.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Internacional Thomson Editores.

OMS. Organización Mundial de la Salud, [en línea]. <http://www.oms.com> (página consultada en los meses de marzo y abril de 2004).

Ordóñez Barba, G. (2000) Eficacia y equidad en el combate a la pobreza en México. En: Enrique Valencia Lomelí, Mónica Gendreau y Ana María Tepichín (coord.) *Los dilemas de la política social. ¿Cómo combatir la pobreza?* México: Universidad de Guadalajara-ITESO-Universidad Iberoamericana

- Ornelas Delgado, J. (1998). Desarrollo regional: de la planeación a la descentralización. *Economía Informa*. No. 269, Julio-agosto.
- Partida Bush, V. (2000). La Migración Interna. En: José Gómez De León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coord.) *La población de México: tendencias y perspectivas demográficas hacia el siglo XXI*. México: Fondo de Cultura Económica – CONAPO.
- PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, [en línea] www.undp.org.mx/desarrollohumano (página consultada el 25 de octubre de 2003 y el 8 de febrero de 2005).
- Rangel Esquivel, José M. (2002a). Desarrollo urbano, marginalidad y calidad de vida. En: José Luis de la Cruz Rock (comp.) *Marginalidad y asentamientos irregulares en el sur de Tamaulipas*. Tampico: Universidad Autónoma de Tamaulipas. 89-110.
- _____ (2002b) *Cómo lograr la Calidad en las Zonas Urbanas Marginadas: un estudio del Municipio de Cd. Madero*. Tampico: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- _____ (2001) El Desarrollo Urbano de las ciudades de Tampico, Cd. Madero y Altamira: análisis y perspectivas. En: José Luis de la Cruz Rock (comp.) *Sustentabilidad y Desarrollo Regional en el Sur de Tamaulipas*. Tampico: Universidad Autónoma de Tamaulipas. 181-204.
- Rodríguez, G., Javier Gil F. y Eduardo García Jiménez (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.
- Rodríguez Hernández, F. (1992). *Aportes de investigación. Atención a la salud y desigualdad regional: distribución de los recursos para la atención de la salud en México*. Cuernavaca: UNAM-CRIM.
- Ritzer, G. (2001). *Teoría sociológica clásica*. España: Mc Graw Hill, 3ª edición.
- Rivera Márquez, José A. (1998). Condiciones de salud-enfermedad en las colonias populares. En: Martha Schteingart (coord.) *Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México*. México: El Colegio de México. 539-627.
- Rubio, José L. y María N. López Fernández. (1996). Aspectos psicológicos del hombre en la enfermedad. En: Paulo Ridruejo, Alberto Medina León y José Luis Rubio Sánchez (ed.). *Psicología Médica*. México: McGraw-Hill Interamericana. 477-490
- Ruiz Chiapetto, C. (1999) Población y migraciones rurales en México: hipótesis para otro siglo. *Economía, Sociedad y Territorio*, 11(5). 1-24.
- Schteingart, M. (1998). La urbanización popular. Interpretaciones teóricas y orientación de los estudios. En: Martha Schteingart (coord.) *Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México*. México: El Colegio de México. 21-28.

- Schwartzman, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En *Ciencia y enfermería*. (2003), [en línea]. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&Ing=es&nrm=iso (página consultada el 27 de octubre de 2004).
- SEDESOL. Secretaría de Desarrollo Social, [en línea]. <http://www.sedesol.gob.mx> (página consultada en los meses octubre y noviembre de 2003).
- Secretaría de Salud (2004) Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas. México: SSA, segunda edición.
- Secretaría de Salud (SSA) Fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional mexicana y su relación intercultural con la medicina institucional <http://www.ssa.gob.mx> [en línea] (página consultada el 1 de mayo de 2004).
- SSA. Secretaría de Salud <http://www.ssa.gob.mx> [en línea] (página consultada el 24 de agosto de 2004).
- Taylor, S.J. y R. Bogdan (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Torres López, T. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. *Revista Précis* [en línea]. No. 23 [citado 20 de septiembre 2005], 26-48. Disponible en la World wide web: www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En: Cristina Gómez (comp.) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: FLACSO – Porrúa.
- UAT-CONACYT-SIRREYES (2001), Proyecto: Marginalidad y Asentamientos Irregulares en Cd. Madero, Tamaulipas. José Luis de la Cruz Rock (Director). Tampico, México.
- Unda, Mónica (2003) *Compendio de política económica en México, 1980-2000*. México: ITESO.
- Valero Gil, Jorge N. y José Alfredo Tijerina Guajardo (1998). Inmigración al área metropolitana de Monterrey, salarios, empleo y ocupación, 1985-1996. En: Jesús Arroyo Alejandro (coord.) *Economía Regional y Migración: cuatro estudios de caso en México*. México: Juan Pablos Editor, UdeG, Asociación Mexicana de Población.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.

- Vela Peón, F. (2004). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En: María Luisa Tarrés (Coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Miguel Ángel Porrúa–El Colegio de México–FLACSO. 63–95.
- Velarde, E. y Carmen Ávila (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4). 349-463.
- Velasco, María L. y José F. Julián Sinibaldi (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- Vincens, J. (1995). *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid: Siglo XXI.
- Wong, R. y María Elena Figueroa (2001) Salud y contexto familiar: una nota sobre análisis de datos. En: Cristina Gómez (comp.) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: FLACSO – Porrúa.

ANEXOS

ANEXO 1

INVASION FRACC.
INFONAVIT

IGNACIO LOPEZ RAYON

FELIPE ANGELES

IGNACIO ALDAMA

INVASION LOS
EDIFICIOS

LAGUNA

LA ILUSION

CALLE 9

CALLE 10

CALLE 11

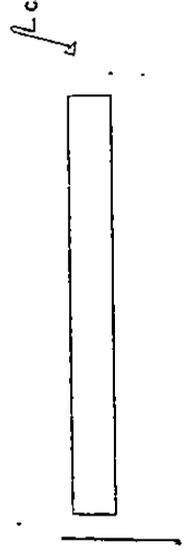
IGNACIO ALLENDE

CARRILLO PUERTO

WILLERMO PRIETO

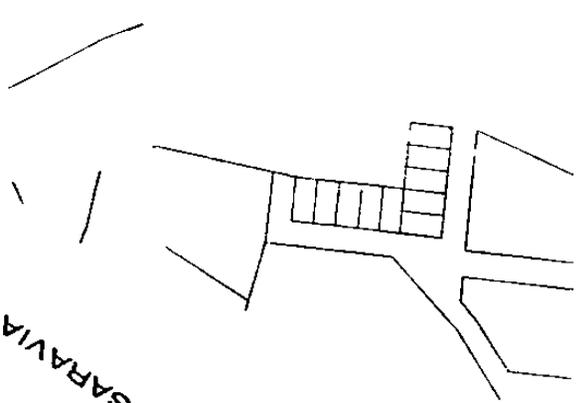
ARO OBREGON

SARAVIA



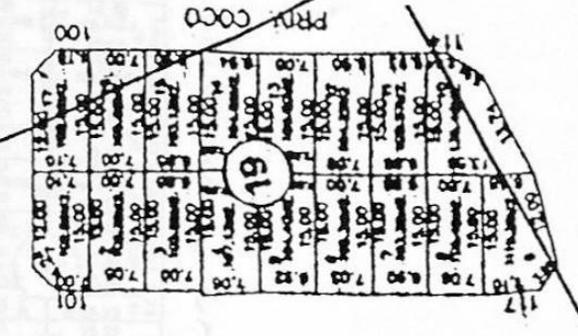
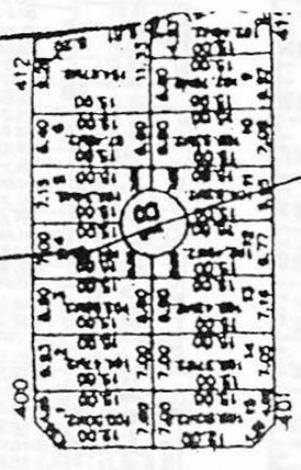
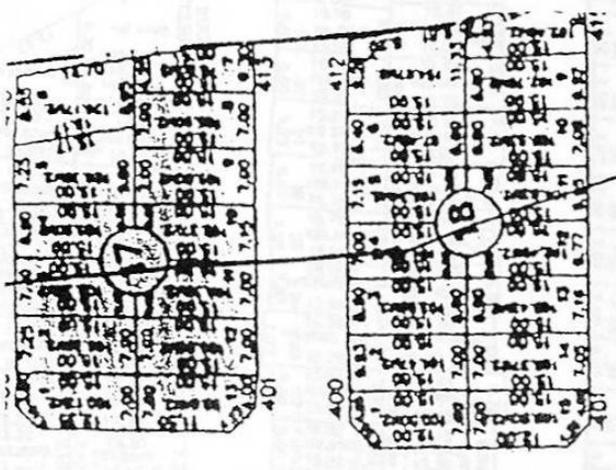
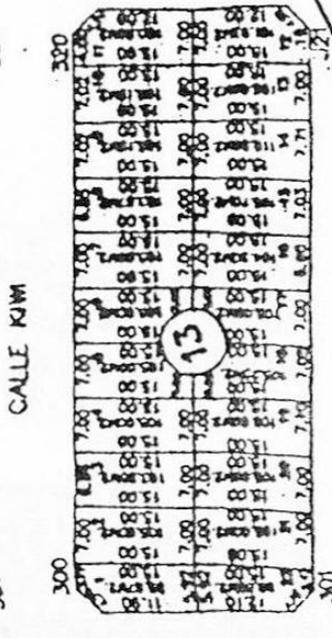
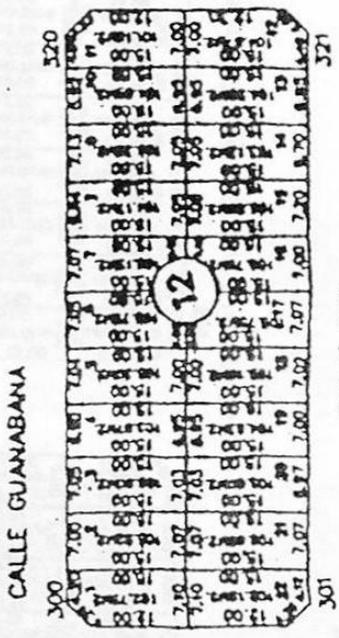
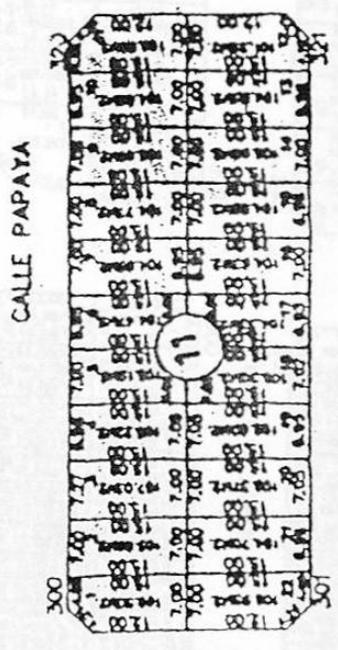
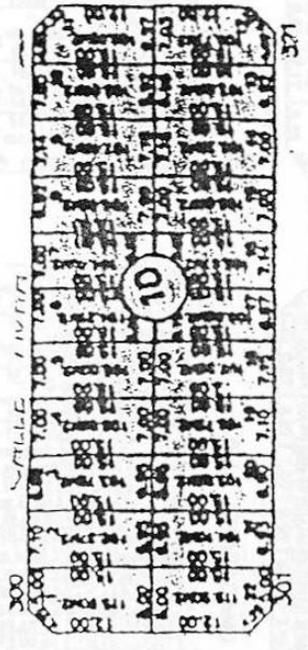
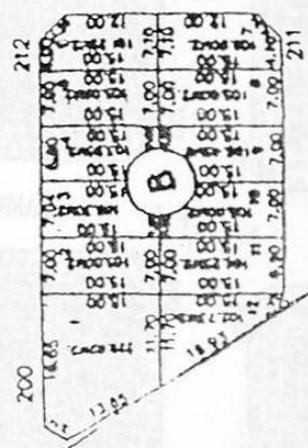
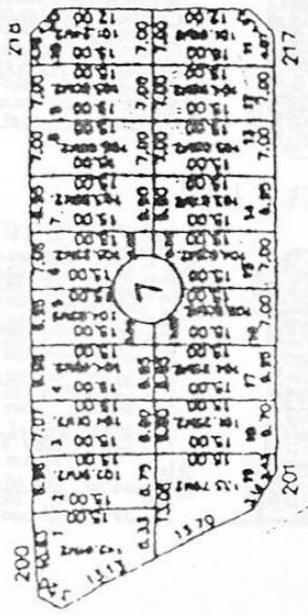
CALLE 10

CALLE 9



SARAVIA

ANEXO 2



Z1B

PRM 0000

100 Caballera Escarvilla

