

Diagnóstico del estado de salud en una colonia suburbana de Michoacán (México): una mirada constructivista¹

Diagnosis of the health status in an urban neighborhood at Michoacan: A constructivistic perspective

Gerardo Herrera Carrillo y Misael Sabás Vargas Vázquez²

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo explorar las necesidades de salud sentidas por los habitantes de una colonia de la ciudad de Zamora, Mich., México. En él, se asume la salud como un proceso complejo y problemático en el cual resulta vital recuperar la visión del sujeto social a través de la noción de “necesidades sentidas”. Con base en una metodología constructivista, se utiliza la etnografía para la construcción de indicadores, a través de los cuales se entrevistó a amas de casa y maestros y se aplicó el Test de la Familia a los niños. En los resultados, resalta la forma diferencial en que valoran sus condiciones ambientales y de vida. La gran mayoría ven como normales y hasta agradables las condiciones en las que viven. La investigación permite dar cuenta de cómo los vecinos son sujetos activos, a partir de su ubicación social, en el desarrollo de estrategias para cuidar su salud.

Palabras clave: Diagnóstico; Psicología de la salud; Perspectiva constructivista.

ABSTRACT

The study is aimed at exploring the perceived health needs of the residents of a neighborhood in the city of Zamora, in the state of Michoacan, Mexico. It is assumed that health is a complex and problematic process in which a key aim is to understand the perspective of the social individual through the idea of perceived needs. Based on a constructivist methodology, ethnographic procedures led to the construction of indicators through interviews to housewives and schoolteachers, and the Family Test was applied to the children. Results highlight the diversity of forms in which participants assess their living and environmental conditions. Most of them considered their living conditions as normal and even pleasant. The findings allow for an account of how such residents, as active subjects in their social location, can contribute to the development of strategies to care for their own health.

Key words: Diagnosis; Health psychology; Constructivist perspective.

INTRODUCCIÓN

Cada año, más de once millones de niños mueren antes de llegar a los cinco años; 70% de dichas muertes son causadas por cinco enfermedades comunes, fácilmente prevenibles o de fácil tratamiento, como neumonía, diarreas, desnutrición, malaria y sarampión. También debe considerarse el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, las que ocurren más en países en vías de desarrollo, don-

¹ El presente estudio fue parte de una serie de prácticas realizadas para el establecimiento de un centro comunitario por parte de la Universidad de Zamora.

² Universidad de Zamora, Hidalgo 149 Sur, Col. Centro, 59600 Zamora de Hidalgo, Mich., México, tel. (351)515-59-59, correos electrónicos: jerry_h_c@hotmail.com y saabaas@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 7 de mayo de 2010 y aceptado el 6 de abril de 2011.

de se espera que dichas enfermedades se mantengan, como el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades parasitarias y otras asociadas a la malnutrición y a las precarias condiciones sanitarias (Werner, Pelicioni y Chiattonne, 2002). ¿Cómo es posible afrontar este tipo de retos en el campo de la salud en el contexto latinoamericano? ¿Cómo los psicólogos y estudiantes en psicología pueden hacer frente a las agudas y graves demandas socio-sanitarias? ¿Con qué tipo de herramientas teórico-metodológicas se puede leer el *momento histórico* respecto al estado de salud? ¿Qué tipo de psicología de la salud se necesita desarrollar?

En el occidente del estado de Michoacán, como en varias partes del país, prevalece una educación en las licenciaturas de psicología que enfatiza dos aspectos: una visión funcionalista y positivista de la realidad, y marcos analíticos que tienen como punto de partida y de llegada al *individuo*. O sea, el marco teórico-metodológico y el campo laboral se perciben (o se constriñen) solamente a “hacer psicoterapia”. En la mencionada región, el enfoque que prevalece en las distintas universidades es predominantemente clínico, y aunque existe la materia de psicología de la salud, se imparte con una mirada clínica. No por ello se puede negar el avance de un pensamiento más crítico en la psicología de la salud en el país (Piña, 2005).

Dicha apuesta profesional tiene un problema de, al menos, tres aspectos íntimamente interrelacionados. El primero tiene que ver con la forma en cómo se define la salud, las más de las veces desde una perspectiva médica; es decir, se cae en un reduccionismo de reacciones físicas o “mentales” a ciertos agentes nocivos o ambientales, y la enfermedad proviene de “afuera” del sujeto. De esto se deriva un segundo inconveniente: al alumno se le enseña que al que hay que “curar” es al individuo. No obstante que se diga en las aulas que el ser humano es un ser biopsicosocial —el modelo de mayor aceptación según Oblitas (2004)—, dicha afirmación es una palabra hueca o carente de sentido para el alumno debido a que los marcos teóricos, predominantemente clínicos, asumen la idea de lo social asociado al término, tan ambiguo, de *contexto*, el cual no es analizado sino que se da por hecho, esto es, *a priori*. Así, los estudiantes sostienen que “los mexicanos son machistas”, que “la gente pobre es apática porque no asiste a te-

rapia”, que “todos debiéramos saber cómo cuidar nuestra salud”. El alumno sale mutilado, pues no sabe cómo analizar lo social desde una perspectiva eminentemente clínica. Para ellos, la forma de resolver los graves problemas de salud es a través, solamente, de la psicoterapia. Así, el problema es el individuo, no los distintos procesos (macro y microsociales) en lo que está inserto. Al que hay que “modificar” o “hacer crecer” es al individuo.

El tercer problema, articulador de los dos anteriores, tiene que ver con los sujetos productores, dentro de los cuales se hallan las universidades —en tanto instituciones—, como a los profesores dentro de estas. Como ya se señaló antes, existe una falta de asignaturas básicas relacionadas con la promoción y educación de la salud que traten no solo cuestiones clínicas sino también epidemiológicas, sociales y educativas (cfr. Werner y cols., 2002). A su vez, los formadores (los maestros) que ya se encuentran desde hace tiempo en el campo laboral, que ejercen en centros de salud, clínicas u hospitales, siguen perpetuando una *mirada médica o clínica*, lo que implica la comisión de graves vicios metodológicos que exportan sin más a las aulas universitarias (Werner y cols., 2002). Así se fortalece y se reproduce lo que define Videla (1991) como el “modelo psicológico individual-asistencialista”. Hay entonces una imposición de dicha perspectiva, realizada desde el currículo, perpetuada por la enseñanza y la práctica de los profesores, y asumida acríticamente y reproducida por los psicólogos en formación. En consecuencia, los marcos teórico-metodológicos clínicos se aplican a rajatabla sin importar las diferencias y desigualdades sociales y culturales de la población. Para los presentes autores, el reto es compartir la experiencia docente acerca de andar un camino distinto al que prevalece en la antedicha región y, al mismo tiempo, mostrar algunos recursos teórico-metodológicos que puedan demostrarse en un diagnóstico de salud de una población en condiciones vulnerables.

Si se desea abrir una nueva veta en la propia realidad, es indispensable repensar la noción de salud. La salud es por lo común un complejo y problemático proceso, no un estado o meta a alcanzar; es decir, los procesos de salud solamente son entendibles como parte de procesos históricos, económicos, culturales y ecológicos más grandes y pro-

fundos, así como también de la actuación diferencial y desigual de distintos grupos en tales procesos.

La salud pública o comunitaria no es por consiguiente la suma de la salud de cada individuo o de alguna población, localidad o comunidad, según sean los propósitos investigativos. No es un acumulado o la media estadística, pues las condiciones de la población jamás son uniformes. La salud es, entonces, un proceso dificultoso e incierto en donde interactúan, por un lado, largos procesos históricos y, por otro lado, la participación de distintos grupos, creando así una serie de determinantes o condiciones sociales que conducen a estados o reacciones de enfermedad poblacionales e individuales, o nocivas al bienestar social.

Esta apuesta es la apropiación de distintas vertientes. Desde la psicología de la salud, nos apoyamos en autores como San Martín (1988) y Oblitas (2004), principalmente. Desde el pensamiento social, nos apropiamos de estudios claves en la formación de sujetos, como los de Zendejas (2001) y Seefoó (2005), si bien, como se especificará más adelante, este artículo únicamente se enfoca en la participación de la población en esa definición de salud. Por lo tanto, parece clave considerar a las determinantes sociales y a las distintas formas de acción que desarrollan los sujetos para preservar o poner en riesgo su bienestar.

Ahora bien, para actuar en el estado de salud y bienestar de la población no concebimos que exista un solo punto desde el cual se pueda lograr; es decir, no privilegiamos la mirada médica o la visión tecnocrática, puesto que ambas suponen que la salud es un asunto exclusivo de los profesionales o especialistas. En ese sentido, coincidimos con la crítica de Videla (1991) a las distintas definiciones sobre salud, como la que sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las cuales se sostiene una visión jerárquica entre los profesionales de salud y la población. Los presentes autores optan por una intervención que rescate la perspectiva del sujeto social, lo que no quiere decir que piensen en términos individuales, sino que asumen al sujeto como un actor que es constituido y constituyente de sus propias condiciones y procesos tanto de salud y bienestar, como de enfermedad; esto es, el sujeto puede ser tanto un reproductor de sus condiciones de desigualdad respecto del estado de salud, o también un agente transforma-

dor de sus mismas circunstancias de desventaja social (Seefoó, 2005).

El proceso de salud-enfermedad de un sujeto social se encuentra determinado por cuestiones referentes a su clase social, género, etnicidad, religiosidad; en otras palabras, está en constante determinación dentro del campo social. Por ende, el cuerpo –en tanto signo de una posición social– es utilizado y cuidado de distintas formas (Videla, 1991). Entre los peones y obreros, el cuerpo es usado como un instrumento de trabajo y no motivo de preocupación o de cuidado ante un malestar o padecimiento; por el contrario, las personas de niveles socioeconómicos medios o altos, como investigadores, políticos o ejecutivos, desarrollan hábitos y actitudes que previenen esos padecimientos del cuerpo.

Como consecuencia de tales razonamientos, el proceso de salud-enfermedad debe primeramente pasar por recuperar al sujeto social, o sea, estudiarlo a partir de su especificidad social y cultural. Por ende, en este estudio diagnóstico sobre las condiciones de salud se parte de la base de no tener de antemano nada *a priori*. Se privilegia, por el contrario, la perspectiva de los vecinos, de los sujetos que viven en la colonia estudiada. Se evita con esto privilegiar una mirada de “expertos” sobre los sujetos, para así poder *capturar* las distintas y desiguales percepciones que tienen los habitantes de dicha colonia acerca de su salud y enfermedad. No es posible esperar que una niña de nueve años y un hombre de sesenta valoren de la misma forma las condiciones de vida en las que viven. Por ello, apostamos a lo que sostiene Marín (1996): “el desarrollo de una intervención culturalmente adecuada requiere una serie de pasos, comenzando con la investigación básica que identifique adecuadamente los valores específicos del grupo, sus normas, expectativas y actitudes (el todo de la concepción del mundo) hacia el comportamiento señalado” (p. 39).

En ese sentido, este estudio es “sociológico” y tuvo por objetivo explorar las necesidades de salud sentidas por los habitantes de la colonia La Libertad, en la ciudad de Zamora. Según San Martín (1988), debe distinguirse entre, al menos, tres tipos de necesidades: necesidades reales, necesidades percibidas y necesidades sentidas. Aquí nos centramos en estas últimas. La noción de necesidad de salud está estrechamente asociada a las re-

presentaciones de la salud y la enfermedad del grupo social al que se interroga. Las necesidades sentidas se distinguen de las percibidas en que las primeras son asumidas y vivenciadas por los grupos, mientras que las segundas son solamente identificadas a través de ciertos problemas que no se viven *como propios*.

Tal diagnóstico de las necesidades de salud se preocupó por registrar aquellas preocupaciones sentidas por los distintos sujetos que habitan de diferentes formas la colonia. Visto así, la perspectiva empleada fue constructivista en cuanto que realiza investigación *desde abajo*.

MÉTODO

Coherente con este enfoque teórico, la metodología utilizada debió tener dos especificaciones íntimamente relacionadas. La primera consistió en el reconocimiento del involucramiento de los autores, en tanto investigadores, en el proceso de construcción del objeto de estudio. Es decir, ser conscientes de los propios conocimientos, valores, esquemas y representaciones cognoscitivas previas, las cuales estaban jugadas en el estudio acerca del *otro*. La segunda se refiere al manejo crítico de dicho involucramiento, o sea, la problematización de *lo que cargamos*, en tanto profesionales e individuos, para evitar imponer criterios de evaluación a los *otros*. Estas dos consideraciones fueron parte de un proceso de descentramiento cuyo fin fue ir abiertos al encuentro de los vecinos y de su propia construcción de la realidad, es decir, desarrollar una *dialogicidad* (Freire, 1970). Por ende, fue necesario desarrollar un dispositivo metodológico que hiciera posible asumir a los otros como sujetos que actúan en la reproducción y transformación de sus propias condiciones de salud-enfermedad, para así evitar tomar a los vecinos de esa colonia como objetos desde los cuales se infiere lo que viven.

En ese sentido, el primer paso fue hacer recorridos por la zona a estudiar. Esta actividad tuvo como objetivo específico registrar las condiciones de vida visibles, así como los sujetos que ahí vivían y la manera en que la habitaban; es decir, dar pie al registro de las condiciones sociales prevalentes en dicho espacio. Este ejercicio permi-

tió, por un lado, dar cuenta de nuestro sistema de valores respecto a lo que es saludable y lo que no, esto es, ser conscientes de los propios esquemas. Así, fue posible notar que la población se hallaba en condiciones consideradas insalubres por su cercanía al rastro municipal y a un canal de aguas negras; había basura tirada e indicios de que la habían quemado, así como falta de pavimentación en algunas calles. Se pudo observar también que había varios depósitos de cerveza, anuncios de centros de rehabilitación y puestos de comida (principalmente de tacos de guisado y frituras) en los que consumían mujeres y niños; construcciones sin terminar y casas "sucias y desordenadas". Dentro de varios espacios domésticos había barriles de agua. Se constató una mayor población femenina, lo que hace suponer que eran ellas quienes se encargaban de realizar las actividades cotidianas, familiares y laborales y la participación social, y además una considerable población infantil en la calle, al no asistir a la escuela.

El segundo paso en la investigación fue cuestionar las observaciones hechas, es decir, problematizarlas con el fin de abrir el campo de exploración. Así, fue posible plantearse si el rastro y el canal de agua eran percibidos como focos de infección; si era común el consumo de alcohol y, de ser así, quiénes eran los consumidores; si dicho consumo estaba relacionado con otros problemas; si había agua potable en sus casas, los distintos tipos de uso del agua y la asociación de dichos usos con los problemas de salud; los hábitos alimenticios de la población y el papel de las mujeres en sus familias; los problemas de salud que percibían las mujeres de la colonia, la percepción de la población respecto de la misma y sus necesidades de salud.

A partir de la problematización, se precisaron los indicadores a explorar en el diagnóstico de salud de La Libertad, los que fueron, a saber: hábitos alimenticios, condiciones de vivienda, enfermedades comunes, bienestar social y alcoholismo.

El primer indicador estuvo pensado para dar cuenta de los alimentos, los horarios y, sobre todo, la percepción de los vecinos sobre los mismos; el segundo tenía el interés específico de explorar cómo las condiciones de su propia vivienda (servicios básicos como el agua) incidían en la salud familiar; el tercero tuvo como principal finalidad

indagar no solo los procesos patológicos más comunes, sino también las causas que los vecinos identificaban; el cuarto, la apreciación de los vecinos acerca de las condiciones generales de su colonia, y, por último, el quinto exploró a los consumidores de bebidas embriagantes y, ante todo, cómo dicho consumo podría generar ciertos problemas en el ámbito familiar, como la violencia intrafamiliar. Su jerarquización se basó en un principio estratégico de comenzar con los temas menos invasivos.

Para indagar dichas vetas se seleccionaron distintas poblaciones que, a partir de nuestra mirada etnográfica, se consideraron como claves: las amas de casa, los niños y los profesores de la escuela primaria de la colonia. El criterio de selección fue por conveniencia. Las primeras dos poblaciones se eligieron debido a que durante las visitas fueron los sujetos que más predominaron, así como por su ubicación clave —especialmente las mujeres— en cuanto a algunos aspectos relevantes, como la alimentación, la vivienda y el bienestar social. La exploración de la perspectiva de los niños se basó en la exigencia de confirmar las relaciones que prevalecían en su familia, así como de dar cuenta, aunque fuese de forma indirecta, de su salud mental. La elección de los maestros de primaria se debió a la necesidad de tener la perspectiva de agentes que cotidianamente convivían con los vecinos de la colonia y, al mismo tiempo, contrastar su percepción con la de los habitantes.

Para la indagación con las amas de casa y los profesores se utilizó la técnica de entrevista, dado que permite que el entrevistado se exprese con mayor facilidad y amplitud acerca de sus percepciones. Para la población infantil se empleó el Test de la Familia, aplicado únicamente a los grupos de segundo y tercer grado, a través del cual se pudo indagar acerca de ciertos rasgos de su dinámica familiar.

RESULTADOS

Los resultados del estudio exploratorio sobre las condiciones de salud en la colonia La Libertad se presentan de una forma que permite comparar los distintos resultados de las distintas poblaciones

estudiadas. Dicho ejercicio permite demostrar la manera en que los distintos sujetos pueden coincidir en la percepción acerca de sus propias condiciones de vida y cómo estas mismas afectan su estado de salud y bienestar; así como también expresar las diferencias acerca de las mismas condiciones, esto es, la forma diferencial en que valoran su ambiente.

La población femenina entrevistada tuvo las siguientes características sociales: 50% eran casadas, 16.6% vivían en unión libre, 8.5% eran viudas, 8.5% estaban divorciadas y 16% eran solteras. En cuanto al nivel de estudios, 75% había estudiado hasta algún grado de primaria, sin que ninguna finalizara dicho nivel; 8.3% había estudiado la secundaria, e iguales proporciones habían estudiado para secretarías (no obstante, no trabajan en ello porque sus maridos se los habían impedido) o carecían de cualquier estudio. De estos datos resaltan dos aspectos: la escasa preparación educativa y capacitación técnica o profesional de este sector de población, y el impedimento para ejercer una labor remunerada debido a su condición de género, es decir, el sometimiento al mandato del hombre-esposo.

Respecto a su ocupación, 66.6% de las mujeres se dedicaba a atender el hogar, 8.3% laboraba en el campo; 8.3% vendía comida en la vía pública, 8.3% eran asalariadas y el 8.3% se dedicaba a la costura. Como se puede notar, 33.4% de las mujeres trabajaba en espacios ajenos al hogar, mientras que más de la mitad todavía destinaba su actividad al espacio doméstico, exclusivamente.

En lo concerniente a la alimentación, las amas de casa refirieron que los alimentos más frecuentes en sus hogares eran frijoles, nopales y caldo de pollo. La leche, las carnes rojas, las verduras y las leguminosas eran escasas en su régimen alimenticio, lo que denota lo exiguo de la dieta familiar. Es pertinente resaltar dos aspectos en este indicador. El primero se refiere a los horarios que utilizaban para su alimentación; de hecho, más de la mitad de las familias comía cuando “sentían hambre” o “hasta que el marido llegara” para que les diera el dinero para comprar los alimentos. Por su parte, 46.6 % dijo tener solamente dos ingestas de alimentos: a las once de la mañana y a las seis de la tarde.

Ahora bien, la perspectiva de los maestros respecto de la alimentación sostiene que la gran mayoría de los niños llegaba a la escuela sin desayunar. Sostuvieron que la dieta consistía en lo que usualmente se considera “comida chatarra”. Aunque reconocieron que a ciertos estudiantes sus madres les llevaban el desayuno, este consistía en comida del mismo tipo, como tacos, quesadillas o tortas, mucha de la cual era comprada en la vía pública. A esta alimentación deficiente atribuían distintos síntomas que los niños mostraban en las aulas, como mareos, náuseas, cansancio y dolores de cabeza y estómago, los cuales afectaban su aprendizaje.

En lo referente a las condiciones de la vivienda, hay algunos datos que es pertinente señalar. Durante la observación, se pudo registrar que las casas se encontraban en su mayoría en obra negra, sucias, cuyas ventanas estaban cubiertas con trapos o ropa en algunos casos. Lo anterior despertó varias inquietudes acerca de las personas que habitaban esas casas: ¿cómo vivían?, ¿se sentían a gusto ahí? Aquí las evaluaciones sobre el hogar se dividieron. Por un lado, la mitad de las entrevistadas afirmaron que “no les gustaría” realizar mejoras domésticas, mientras que el resto, si bien les agradaría hacer algunos cambios, “no podían” porque la casa era rentada; en los casos en que eran de su propiedad, les era difícil llevar a cabo esas mejoras debido a su edad avanzada o por la falta de recursos económicos.

Algunos de esos cambios tienen que ver con los problemas asociados a la temporada de lluvias en la región, pues en 59% de los casos sus casas se veían afectadas en dicho periodo: goteras, anegamiento del espacio doméstico por aguas negras de la propia casa o de las casas de los vecinos debido a que las suyas se hallaban en un nivel inferior.

Respecto a los arreglos a sus viviendas, específicamente, refirieron los siguientes: para aquellos cuyos hogares eran predominantemente de lámina, su meta era utilizar madera y techo de lámina; los que tenían construcción en obra negra, poner techo de concreto o piso, y quienes tenían una mejor construcción (casa de dos pisos con sala, cocina integral, cuatro habitaciones, etc.), construir más habitaciones o reparar las paredes dañadas por las constantes inundaciones. Una preocupación constante acerca de las mejoras de las viviendas

se refirió a la calidad de agua que llegaba a los espacios domésticos. Refirieron que deseaban un agua “más limpia y sin olor”, esto debido a la queja constante acerca del servicio de agua potable, del cual reportaban que llegaba “sucio y con mal olor”. Por ello es que los vecinos, específicamente las mujeres, implementaban distintas estrategias de consumo y uso de ese recurso. En la colonia existe el servicio de venta de agua potable mediante pipas, de las que los vecinos la adquirirían directamente. Así, los vecinos contaban con tres tipos de agua: potable o de la llave, la distribuida por las pipas (extraída, según los vecinos, de manantiales) y, por último, de garrafones, así como dos estrategias de uso, la primera de las cuales es la utilización de las tres clases de agua: la de llave se emplea para lavar la ropa y para el aseo personal; la de pipa es utilizada para la preparación de alimentos, y la de botellón para beber; en la segunda estrategia solamente utilizan dos tipos de agua: la de la llave para el aseo personal y el lavado de trastes y de ropa, y la de pipa para preparar los alimentos y para beber.

Al cuestionarles acerca de su satisfacción al vivir en La Libertad, 25% de los vecinos respondió que no se sentían satisfechos debido a tres razones: las ya mencionadas condiciones del agua, la fealdad de la colonia debido a la basura y a que las calles no estaban en buenas condiciones, y el problema de la drogadicción. El resto de los informantes afirmó que les agradaba vivir en la colonia, fundamentando su respuesta en dos razones, la primera de las cuales es que en dicha colonia habían vivido toda su vida, y la segunda por considerar la colonia como “tranquila”. No obstante, reconocían que las calles se hallaban en mal estado, que había demasiado polvo y que la gente era muy sucia al tirar la basura.

En lo que respecta a las enfermedades, los vecinos informaron que las más comunes eran la gripe (37%) y las infecciones del aparato digestivo (32%). En la población adulta predominaban las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión. La causas de esas enfermedades, según los vecinos, eran principalmente los cambios de clima y la mala alimentación de los niños, añadiendo que enfermaban más durante la temporada cálida.

Las prácticas de salud que llevaban a cabo resultan interesantes, pues la mitad de la población refirió que utilizaba remedios caseros para curar las enfermedades, siendo la herbolaria muy común entre los vecinos. Dicha práctica la empleaban como el primer recurso para curar las enfermedades en su familia, principalmente para los niños, si bien cuando no mejoraban acudían al médico. La confianza en los remedios caseros cumple, pues, una doble función: la recuperación de la salud y el ahorro económico.

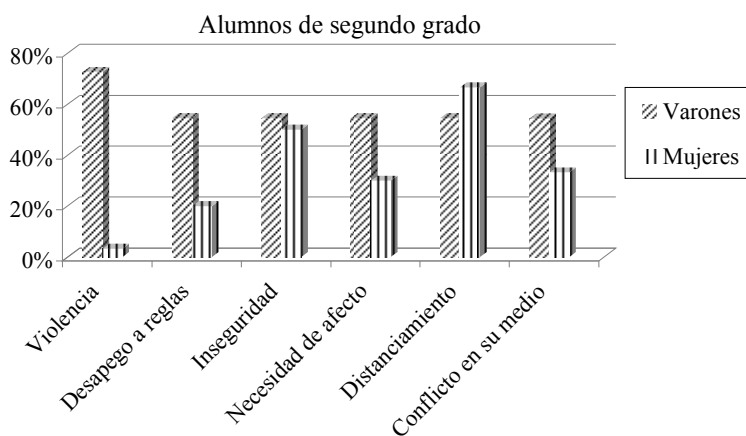
Por su parte, los maestros indicaron que los niños enfermaban frecuentemente. Las enfermedades que detectaban con más frecuencia eran las infecciones de las vías respiratorias y digestivas, identificando como causas los cambios de clima, la falta de cuidados por parte de los padres, los contagios, la mala alimentación y la falta de higiene. Sobre esta última, añadieron que las condiciones de la colonia no eran favorables debido al rastro municipal, la planta tratadora de aguas residuales y el canal de aguas negras. Un dato que también aportaron es que casi 70% de los niños, cuando enfermaban, eran atendidos en casa mediante la herbolaria.

Por otra parte, el consumo de bebidas alcohólicas ocurría principalmente en el sector mascu-

lino: esposos e hijos mayores. El patrón de consumo era semanal. Si bien en La Libertad se presentaba la dinámica habitual que asocia el alcoholismo con la violencia intrafamiliar, en otros casos sucedía una dinámica distinta. Referían las mujeres que los maridos “se ponen más cariñosos” y, que hasta “dinero les andan dando”. A pesar de esto, parece que la violencia dentro de los espacios domésticos tenía como víctimas a los niños, pues 83.3% de los maestros entrevistados mencionaron que efectivamente habían tenido casos de niños con problemas familiares que habían llegado a la escuela con diversas lesiones.

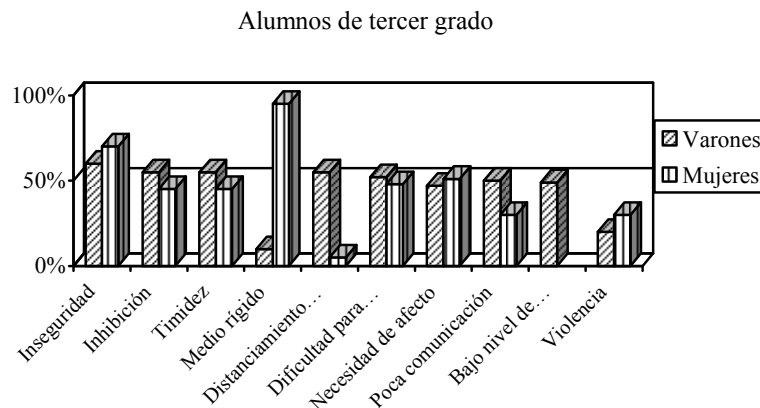
Este tipo de indagación respecto de las relaciones familiares fue hecho con mayor detenimiento a través del Test de la Familia en los niños de segundo y tercero de primaria. En el primero de estos grupos había 52 alumnos: 22 niños y 30 niñas, de los cuales 45.4% percibía conflictos en su medio familiar; 72% de los niños mostraban rasgos de violencia, además de porcentajes aún más altos en el desapego a las reglas en sus dibujos, inseguridad y necesidad de afecto; 66% de las niñas mostraban en sus dibujos distanciamiento o alejamiento entre los miembros de la familia, rasgos de que la comunicación es poca o deficiente (Figura 1).

Figura 1. Percepción de las relaciones familiares en los alumnos de segundo año de primaria.



En tercero de primaria había un total de 39 alumnos: 21 niños y 18 niñas, de los cuales 66.6% mostraba rasgos de inseguridad y cierta inadecuación consigo mismos o con su medio familiar, así como

inhibición y timidez. Como dato interesante, 50% respondió menos ítems de los esperados para su edad (según la estandarización del test), lo cual indica un bajo nivel de maduración (Figura 2).

Figura 2. Percepción de las relaciones familiares en los alumnos de tercer año de primaria.

En todo el grupo femenino se presentaron rasgos de un medio rígido e inseguridad. El 33.3% denotó en sus dibujos poca comunicación entre los miembros de su familia, así como conflictos, y 55.5% exhibió en su prueba dificultad para relacionarse con los demás y necesidad o demanda de afecto.

DISCUSIÓN

Este artículo es parte, sin duda, de un esfuerzo político-académico por ampliar no solo los horizontes de la intervención psicosocial descrita, sino también de superar los reduccionismos teórico-metodológicos en los cuales la psicología se ha planteado tradicionalmente, tanto en los procesos de formación como en el ámbito profesional. En ese sentido, se ha tratado de plantear de forma preliminar cómo responder preguntas relevantes acerca de la exploración de la difícil situación existente en el campo de la salud de cierto segmento de la población menos favorecida, por un lado, y desarrollar una entrada teórica-metodológica distinta para la misma tarea, por el otro.

Por ende, es crucial extender una visión crítica acerca de los procesos de salud-enfermedad en los ámbitos académicos y profesionales, lo que implica alejarse de una perspectiva médica y del modelo psicológico individual-asistencialista. No hay duda que es imprescindible que los estudiantes de psicología y quienes los forman comiencen a pensar la salud en términos sociales, lo que desde el presente acercamiento debe partir primeramente por asumir su compleja determinación por

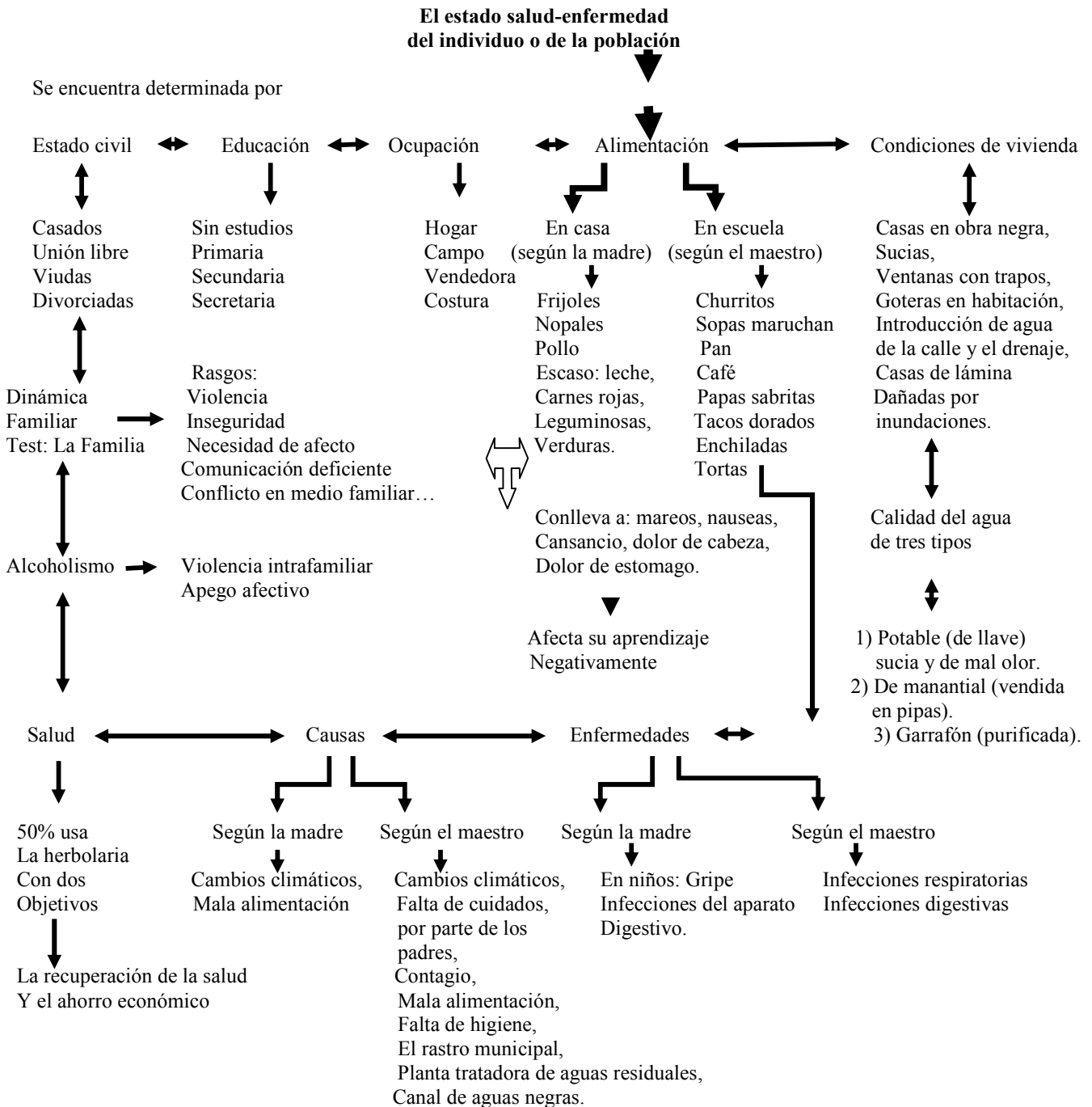
procesos sociales complejos (económicos, culturales, migratorios, etc.) y por la actuación diferencial de los sujetos, y, en segundo término, del desarrollo de dispositivos pedagógicos y teórico-metodológicos que permitan deconstruir al psicólogo en tanto *sujeto de conocimiento* en aras de un acercamiento más igualitario y democrático con los sujetos que son parte de su estudio. En resumen, la implementación de una parte medular de este estudio consiste en la problematización de nuestra visión de *clase profesional*, lo que debería considerarse para el desarrollo de una investigación en el campo de la salud que asuma su compromiso transformador de las condiciones que afectan al estado de salud de la población.

En este sentido, la experiencia en La Libertad ha sido enriquecedora para los alumnos que vivieron un *insigth*, por así decirlo, pues al contrastar su visión clásica e individualista con las representaciones de salud y bienestar de los vecinos de dicha colonia, se percataron del carácter impositivo y hasta “falso” con el que hasta ese momento habían actuado profesionalmente. Así, fueron conscientes de que la forma de proceder tradicional de establecer *a priori* marcos teóricos de salud clásicos y de determinar técnicas generan falsos problemas, cuyas consecuencias como políticas de acción en el campo de la salud estaban destinadas a tener poco éxito. Lo anterior nos lleva a afirmar que la diferencia entre las necesidades sentidas y las percibidas resulta ser clave como parte de un dispositivo investigativo. Dicha distinción hizo posible observar las formas de representación *naturalizadas* de los vecinos de La Liber-

tad acerca de su estado de salud, las que se ven como “normales” e “incuestionables” (Zendejas, 2001). Por ende, un producto relevante de nuestro estudio fue el desarrollo de un diagrama que

representa las determinantes del proceso de salud-enfermedad en la colonia estudiada desde la perspectiva de los sujetos (Gráfica 1).

Diagrama 1. Determinantes del estado salud-enfermedad de la población de la colonia La Libertad.



Fue posible corroborar que la condición de género es todavía un lastre para la salud de la mujer, quien todavía es la última en sentarse a comer y, también, a la que se le niega la posibilidad de laborar debido a su condición de esposa y madre. Dicho impedimento contribuye así, no obstante, a que la alimentación familiar sea más diversa y nutritiva.

También resalta la apropiación simbólica y material de al menos la mitad de los vecinos entrevistados que valoran la colonia como "satisfactoria". Aquí resalta la forma en cómo responden, pues aunque señalan los mismos problemas y deficiencias de aquellos a quienes no les gusta vivir en esa zona, la colonia es satisfactoria y les gusta vivir ahí, esto con base en que siempre han vivido en La Libertad; es decir, ven como normales las condiciones en las que viven actualmente y que son claramente mejores que cuando llegaron a vivir hace varios años. Ahora bien, tanto unos como otros valoran de la misma forma las condiciones en las que se encuentran las calles y que están asociadas a los problemas de inundación que padecen; es decir, coexisten valoraciones diferentes y semejantes en lo concerniente a sus condiciones materiales de vida.

Dicha ubicación social específica (los que *siempre han vivido ahí*) sirve también para valorar como normales —en tanto parte de su cotidianidad— espacios que pueden ser etiquetados como focos de infección. La planta de agua tratadora, el canal de aguas negras y el rastro municipal sí son identificados como lesivos a la salud por agentes externos a la vida cotidiana de la colonia, como los maestros. Este mismo razonamiento es extensivo a los problemas que se pudieron rastrear respecto a la dinámica familiar a través de los dibujos de los niños, corroborados, por así decirlo, por los reportes de los profesores.

Este estudio puede ser un punto de partida para otras intervenciones futuras en el campo de la psicología de la salud. En él se muestran las distintas perspectivas de los sujetos acerca de las condiciones sociales en las que viven. El conocimiento específico de los distintos grupos y sus per-

cepciones pueden hacer factible el diseño y desarrollo de intervenciones puntuales respecto a sujetos y significados que permitan un "cambio" en los comportamientos relacionados al proceso salud-enfermedad.

Lo que respecta a las necesidades sentidas por los vecinos, es necesario puntualizar dos aspectos que predominan, de forma estructural, en este tipo de población y que se encuentran íntimamente relacionados: las enfermedades de tipo común y el acceso a servicios de calidad. A través de esta indagación, fue posible encontrar que esta población padece de enfermedades respiratorias y digestivas, las cuales se pueden explicar con base en las condiciones materiales de vida que prevalecen en dicha colonia. Llama especialmente la atención la calidad de agua que prevalece ahí, así como las formas de acceso a la misma.

En este caso específico, se pudo vislumbrar cómo los vecinos son sujetos activos que desarrollan distintas estrategias para, desde su perspectiva, cuidar la calidad de ese recurso y, por ende, consideran que con las mismas preservan su salud; también dicha forma de asumir al sujeto se pudo notar en las prácticas de herbolaria para ese mismo propósito, aunque habría que considerar si dichas plantas son adecuadas para combatir eficazmente las enfermedades que padecen; no por ello se descarta su efecto medicinal, sino que se señala la ausencia de sistematización de dicho conocimiento para utilizar de forma más efectiva tales cualidades.

Este estudio permitió la apertura a nuevas posibilidades de significación sobre el proceso de salud-enfermedad, y asimismo implicó desarrollar nuevas estrategias de investigación en este campo que permitieran, por un lado, explorar las necesidades de los sujetos y, por otro, tener una experiencia novedosa en términos académicos y políticos de los psicólogos en formación, por lo que a futuro será indispensable publicar estas experiencias una vez mejorado su diseño y, sobre todo, llegar al siguiente paso: su aplicabilidad.

REFERENCIAS

- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- Marín, G. (1996). Consideraciones necesarias en el diseño de intervenciones culturalmente apropiadas en la promoción de la salud. En C. San Juan (Coord.): *Intervención psicosocial* (pp. 36-45). Barcelona: Anthropos.
- Oblitas, L. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas (Coord.): *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 3-22). México: Thompson.
- Piña, J. (2005). Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004: Análisis, investigación y difusión. *Psicología y Salud*, 15(2), julio-diciembre, 157-168.
- San Martín, H. (1988). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Seefoó, J. (2005). *La calidad es nuestra, la intoxicación... ¡de usted!* Zamora (México): El Colegio de Michoacán.
- Videla, M. (1991). *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires: Cinco.
- Werner, R., Pelicioni, M. y Chiattoni, H. (2002). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 153-172.
- Zendejas, S. (2001). "Los ricos" y "nosotros ejidatarios, gente del pueblo": procesos políticos y de identidad en las disputas por ejidos y el ayuntamiento de Ecuandureo, Michoacán, 1900-1975. En S. Maldonado (Ed.): *Dilemas del Estado Nacional*. México: El Colegio de Michoacán/CIESAS.