

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

División de Estudios de Postgrado



Condiciones de Salud en dos Colonias Urbanas del
Noroeste de la Ciudad de Monterrey, N. L.

TESIS

Que para Optar por el Título de Maestría en Trabajo Social

PRESENTA:

JUANA MARIA CASTILLO HERNANDEZ

JULIO DE 1994

TM

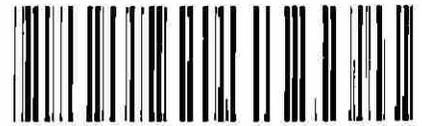
Z7164

. C6

FTS

1994

C37



1020091233



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**CONDICIONES DE SALUD EN DOS COLONIAS
URBANAS DEL NOROESTE DE LA CIUDAD DE
MONTERREY, N. L.**

TESIS

**Que para optar por el título de
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
presenta:**

JUANA MARIA CASTILLO HERNANDEZ

Julio de 1994

0082-77260

TM
27164
.C6
FTS
1114
C37



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO TESIS

166341

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**CONDICIONES DE SALUD EN DOS COLONIAS
URBANAS DEL NOROESTE DE LA
CIUDAD DE MONTERREY, N. L.**

T E S I S

**Que para optar por el título de
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
presenta:**

**DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
JUANA MARIA CASTILLO HERNANDEZ**

Asesores de la Tesis:

**Lic. GUILLERMINA GARZA TREVIÑO
Dr. RAUL EDUARDO LOPEZ ESTRADA**

Julio de 1994



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

*A mi esposo Raúl,
a mis hijos: Jesús R., Ziomara D.,
Hilda I., Raúl Antonio, Erik,
a mis hermanos: Mary, Carmela,
Eduardo, Abraham y Raúl,
a todos mis queridos sobrinos.*

Agradecimientos:

Fueron muchas las personas que con su valioso apoyo moral, sugerencias y asesorías, ayudaron a llegar al final de este trabajo, por lo que quiero expresar mi mas profundo agradecimiento y de antemano pedir disculpas si por alguna omisión involuntaria de mi parte no los menciono.

A mis Asesores, Mtra. Guillermina Garza Treviño y al Dr. Raúl E. López Estrada, a la Mtra. Emma Adame Welsh, miembro de la comisión revisora, a la Lic. Luz Amparo Silva Morín, Directora de la División de Estudios de Postgrado, por sus valiosas sugerencias e interés en la revisión del presente trabajo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CANACYT) por el apoyo económico para la realización de mis estudios ya que sin su ayuda no hubiera sido posible llegar al final.

A las Autoridades de la U.A.N.L., por su valioso apoyo económico, gracias por la oportunidad que nos han brindado a los Maestros de superarnos, así como estar en condiciones de servir con más calidad a nuestra máxima casa de estudios.

A las autoridades de la Facultad de Trabajo Social por su valioso apoyo durante el tiempo que duraron mis estudios, a la Lic. Ma. Irene Cantú Reyna Directora de la Fac. de Trabajo Social, Lic. Rosina Nava Rodríguez Subdirectora , Lic. Margarita Campos, Secretario Administrativo. De igual manera mi agradecimiento a la Lic. Rosa Ma. Cárdenas y a la Lic. Blanca A. Huerta por su apoyo durante el curso de nuestros estudios.

A mis compañeros de clase, a mis compañeras de equipo de Taller: Lic. Ma. Teresa Obregón, Lic. Hortensia Sánchez, Lic. Margarita Campos y a mi compañera y amiga Lic. Rosario Castañeda, a la Lic. Anita Contreras y su esposo, al Dr. José Luis Cavazos, por su asesoría en el inicio de este trabajo, al Lic. J. Guillermo Zúñiga Zárate, por su muestra de compañerismo.

A mis queridas ex-alumnas Lic. Rocío Hernández y Maribel Rodríguez y a mis hijos Ziomara, Hilda, Raúl Antonio, Erik y a mis sobrinos: Any Coronado, Miguel de la Rosa, Vicky Salinas y a mi querida sobrina Lic. Ma. del Carmen Gámez.

A mi amiga y compañera Lic. Lydia Leonor López Terán, a la Srta. Mireya Ibarra por toda la ayuda que durante este trabajo recibí.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	1
2	MARCO TEÓRICO	9
2.1	Generalidades sobre salud	9
2.2	Conceptos teóricos sobre salud	11
2.2.1.	Evolución de los conceptos salud y enfermedad	11
2.2.2.	Corrientes teóricas sobre salud y enfermedad	13
2.3.	Ambiente y salud	14
2.3.1.	Elementos ecológicos de la salud y de la enfermedad	15
2.4.	La política de salud en México	16
2.5	Aspectos específicos individuo y contexto	17
2.5.1.	Factores del individuo	17
2.5.2.	Factores contextuales	19
3	METODOLOGÍA	23
3.1	Estudio exploratorio	23
3.2.	Tipo de investigación	24
3.3.	Dimensiones del estudio	25
3.4.	Modelo rector	26
3.5.	Descripción de variables	26
3.5.1.	Variables independientes	26
3.5.2.	Variables precipitantes	28
3.5.3.	Variables dependientes	30
3.6.	Descripción del instrumento de investigación	31
3.7.	Selección de la muestra	31
3.8.	Selección y capacitación de entrevistadores	32
3.9.	Realización de la prueba piloto	33

3.10.	Levantamiento de datos	33
3.11.	Codificación, captura y procesamiento de datos	34
4.	ANÁLISIS DE DATOS	36
4.1	Características de la población	36
4.2.	Las variables independientes y su relación con la condición de salud	41
4.2.1	La información recibida sobre salud y la práctica de hábitos higiénicos	41
4.2.2.	La información recibida sobre salud y la frecuencia de enfermedades	45
4.2.3.	La participación en actividades comunitarias y su relación con la práctica de hábitos higiénicos	47
4.3	Las variables precipitantes y su relación con la condición de salud	52
4.3.1	El impacto de los hábitos higiénicos practicados	52
4.3.2.	Los servicios públicos y su relación con la salud	57
4.3.3.	Relación de las instituciones de salud utilizadas	61
5.	CONCLUSIONES	65
	BIBLIOGRAFIA	71
<hr/>		
Apéndice 1	Cédula de entrevista	75
Apéndice 2	Instructivo de codificación	89 [®]
Apéndice 3	Procesamiento estadístico para la obtención de la muestra	93
Apéndice 4	Programa básico para el procesamiento de los datos SPSS/PC	95

LISTA DE CUADROS

CUADROS	PAGINA
1. Ocupación de la madre de familia dentro de las comunidades estudiadas.	38
2. Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de ingreso familiar mensual por colonia.	40
3. Tiempo de vivir en la comunidad	41
4. Influencia de la información recibida sobre salud, en relación a la práctica de hábitos de higiene personal	42
5. Relación de la información recibida sobre salud, con la práctica de hábitos de higiene en el hogar	43
6. Relación de la información recibida sobre salud, con la práctica de higiene en la preparación de los alimentos.	44
7. Relación de la información recibida sobre salud, con la frecuencia de enfermedades gastrointestinales.	45
8. Relación de la información recibida sobre salud, con la frecuencia de enfermedades respiratorias.	46
9. Relación de la información recibida sobre salud, con la frecuencia de enfermedades infecciosas.	47
10. Hábitos de higiene personal en relación con la participación en acciones comunitarias preventivas.	48
11. Higiene del hogar en relación con la participación en actividades comunitarias.	49
12. Higiene en la preparación de alimentos en relación con la participación en acciones comunitarias preventivas.	50
13. Enfermedades gastrointestinales en relación con la participación en acciones comunitarias.	50
14. Enfermedades respiratorias en relación a participación en acciones	

	comunitarias preventivas.	51
15.	Enfermedades infecciosas en relación con participación en acciones comunitarias.	52
16.	Frecuencia de enfermedades infecciosas en relación a la higiene personal.	53
17.	Frecuencia de enfermedades infecciosas en relación con la higiene del hogar.	54
18.	Frecuencia de enfermedades respiratorias en relación a la higiene en el hogar.	54
19.	Frecuencia de enfermedades gastrointestinales en relación a la -- higiene del hogar.	56
20.	Frecuencia de enfermedades gastrointestinales en relación con la higiene en la preparación de los alimentos.	56
21.	Servicios públicos disponibles en porcentaje Col. Fomerrey 15	57
22.	Servicios públicos disponibles en porcentaje Col. Fomerrey 24	57
23.	Frecuencia de enfermedades gastrointestinales en relación a la presencia de agua potable intradomiciliaria.	58
<hr/>		
24.	Frecuencia de enfermedades gastrointestinales en relación al tipo de servicio sanitario.	59
25.	Frecuencia de enfermedades infecciosas en relación al tipo de servicio sanitario.	60
26.	Frecuencia de enfermedades gastrointestinales en relación con el tipo de atención médica utilizada.	61
27.	Frecuencia de enfermedades respiratorias en relación con el tipo de atención médica utilizada.	62
28.	Frecuencia de enfermedades infecciosas en relación con las instituciones de salud utilizadas.	63



CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se estudió la condición de salud de personas pertenecientes a dos colonias del área noroeste de la ciudad de Monterrey. Para tal efecto se aplicó una entrevista estructurada y se obtuvieron datos acerca de aspectos tales como la edad, la escolaridad, la ocupación, el ingreso familiar y el tiempo de vivir en la colonia como características de la población. Estos aspectos se analizaron en su relación con factores de variable independiente tales como la información recibida sobre salud y medio ambiente y la participación en acciones comunitarias; de variable precipitante tales como los hábitos higiénicos, el tipo de institución de salud utilizada y la existencia de servicios públicos.

Finalmente, se estudió también la posible relación que los conjuntos de variables independientes y precipitantes, tuvieron sobre el criterio principal de variable dependiente que fue la condición de salud medida en términos de morbilidad (frecuencia de enfermedades). Los hallazgos encontrados en este estudio van de acuerdo en lo general con lo encontrado en la literatura previa acerca de la relación existente entre la condición de salud y los factores de variable estudiados. En lo que sigue se presentará una descripción, a manera de introducción al tema, acerca de los factores que inciden sobre la condición de salud, partiendo primero de aspectos generales hasta llegar a aspectos más específicos.

De los derechos humanos el más promovido entre las naciones es el que se refiere a la salud del ser humano, el cual propone que todos debemos tener condiciones de salud óptimas así como un medio ambiente sano y seguro. Pero este derecho en la actualidad no ha sido alcanzado, ya que en todos los países existen sectores de población cuyas condiciones de vida son consideradas insatisfactorias (Naciones Unidas, 1954)

Ya desde hace más de dos siglos Hipócrates, considerado el padre de la medicina, enunciaba que la salud y el bienestar del ser humano están ligados íntimamente a un estado deseable de equilibrio entre el organismo y su ambiente. Al mismo tiempo, Hipócrates rechazó la creencia popular en la influencia divina, proponiendo en su lugar una perspectiva ecológica en su deseo de comprender mejor la salud, por lo que persistió en estudiar los aspectos de los elementos orgánicos e inorgánicos externos al individuo que inciden sobre su salud (Lawrence, 1991)

En estos estudios se incluyeron factores sociales y culturales que brindarían un enfoque a la explicación de diferentes tendencias de salud, enfermedad y bienestar entre las poblaciones ubicadas en distintas regiones. En resumen, sostenía que no sólo era necesario tener en cuenta la salud física de un individuo, sino analizar las circunstancias de su vida cotidiana. Por otra parte, en la actualidad las ciencias de la salud por su naturaleza y responsabilidad, han considerado como aspectos inseparables a la salud y al ambiente (Villalobos, 1991)

En los últimos años el hombre ha experimentado grandes cambios en su ambiente. Tomando en cuenta que el número de trastornos genéticos y congénitos es limitado, podemos deducir que la mayor parte de las enfermedades son adquiridas y de origen ambiental. Aunque sería imposible describir todos los procesos del término "patología ambiental," podemos decir sin embargo que un grupo importante de ellos tiene origen nutricional; y otros son el resultado de los inadecuados suministros de agua y de la erosión del suelo, por lo que para medir el estado de salud real de una población es necesario conocer sus características en general (Stanley, 1985)

Si bien es cierto que el estudio de los problemas que se han planteado se enfrenta a grandes limitantes, también podemos observar como en los últimos años gran número de investigadores y especialistas en materia de salud pública de todo el mundo, han tratado de llegar a conclusiones que brinden un apoyo a estudios posteriores, o que hagan posible la toma de medidas efectivas. Porque cada nación se preocupa por la salud de sus habitantes, ya que saben que una población sana es más productiva (Porterfield, 1968). En los siguientes párrafos se revisarán algunos de estos estudios

Por ejemplo, en una investigación realizada en Estados Unidos (Ellis y Greenberg, 1992), se estudiaron familias contaminadas debido al ambiente. Se

analizaron las reacciones tensionales y de salud de las personas que se encuentran expuestas a toxinas ambientales, así como la respuesta institucional o de los profesionales de la salud hacia estos problemas. Este estudio como puede verse, aborda la respuesta emocional de las personas ante agentes ambientales nocivos.

En otro estudio (Schulz y Kroeger, 1992), se hace referencia al objetivo de detectar las vías de transmisión de lombrices intestinales en hogares de bajo ingreso en dos ciudades de Brasil. En este trabajo se utilizó la contaminación del suelo como un indicador de la higiene ambiental en áreas urbanas del noroeste de ese país. La contaminación del ambiente en base al presente estudio no está únicamente relacionada con los factores típicos fuente de contaminación ambiental tales como el ruido o los agentes químicos. Pueden ser también agentes biológicos como los estudiados en el trabajo de Schulz y Kroeger.

Un tercer estudio efectuado por científicos alemanes (Eikmann y Klocke 1992), aborda la contaminación del suelo por sustancias tóxicas. En este trabajo cuya premisa básica indica que esta forma de contaminación no sólo es un problema médico sino que además tiene efectos de largo alcance sobre la comunidad, se tratan también metas de protección y formas de detección ambiental y toxicológica. Estudios de esta naturaleza contribuyen de manera importante no sólo a tratar el problema de la contaminación en sí, sino que también abordan formas de detectar y tratar posiblemente las fuentes contaminantes.

Los metales pueden ser también fuente de contaminación. Por ejemplo, un estudio inglés (Mestres y Mestres, 1992) dio énfasis al estudio de los efectos en la salud por el aluminio, cuya presencia pudo detectarse en diversas formas en el suelo, aire, agua y alimentos. Los efectos producidos por el aluminio fueron por demás destructivos para la salud del hombre.

Por otra parte, en Polonia, dos investigadores (Szymanska y Chmielnicka 1991), encauzaron sus esfuerzos al análisis del arsénico y estudiaron los efectos sobre la salud de la exposición de seres humanos a compuestos de arsénico inorgánico, cuyas concentraciones pueden localizarse básicamente en áreas aledañas a las ciudades urbanas y en los tiraderos industriales, aumentando la proporción de enfermedades de pulmones, piel y padecimientos gastrointestinales.

De acuerdo a los estudios antes mencionados, es evidente que la contaminación ha causado estragos en los seres humanos de todo el mundo, hecho demostrado en dichos estudios. Además, en revistas, libros y medios de comunicación masiva, se habla de contaminación y sus diferentes formas (ruido, agua, suelo y aire), los cuales merecen ser estudiados a fondo por el impacto que causan, principalmente en la salud.

Nuestro país, como otros que integran el tercer mundo, sufre de una contaminación típica producto del impetuoso desenvolvimiento de sus aparatos industriales, y producto también de la huella del subdesarrollo. Estudios como el realizado por Vizcaino (1975) sobre la contaminación en México y otro estudio más reciente a nivel local (Cárdenas 1988) sobre la contaminación por ruido, han permitido definir las formas más comunes de devastación del ambiente que se han desarrollado en nuestro país, así como sus implicaciones sobre la vida cotidiana, sobre el crecimiento de nuestras naciones y sobre sus habitantes.

El gobierno de la República Mexicana, ante las declaraciones de que la salud es un derecho natural de todo hombre en tanto éste tienda a la conservación de sí y de la especie humana, así como una obligación en el sentido de responsabilidad que compete a los hombres de preservar y mantener la salud (Kisnermann, 1990), ha implantado acciones que se han traducido en operativos permanentes que a partir de 1971 han combatido el deterioro de las condiciones de salud debido a los problemas ecológicos.

La Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente creada dentro de la estructura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia es en nuestro país la autoridad federal de más alta jerarquía facultada para intervenir en cuestiones de contaminación ambiental. Estas instituciones gubernamentales han establecido lineamientos ambientales y formas de vigilar el cumplimiento de las normas, reglamentos y leyes específicamente dirigidas al asunto de la contaminación en sus diversas modalidades.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos gubernamentales y la existencia de entidades que tratan los problemas ambientales, ciudades como Guadalajara, León y Monterrey, debido a las características urbanas, tienden a tener un problema de contaminación de gran trascendencia que se incrementa a pasos agigantados. Se han recaudado estadísticas recientes (Vizcaino, 1975), en donde es observable que enfermedades que suelen padecer personas de cincuenta años como la fibrosis, bronquitis, enfisemas y asma hoy afectan a jóvenes de veinte años de edad. De ahí que se vislumbre un panorama triste y desfavorable para nuestros descendientes a futuro.

La ciudad de Monterrey, específicamente la zona noroeste, ha sido sujeta a estudios en los cuales se ha pretendido poner de relieve los más notorios aspectos que la caracterizan, teniendo como antecedente el evidente crecimiento de la población asentada en esta zona. También se han considerado los antecedentes de la utilización del área de tiraderos de basura y desechos industriales. Esto ha sido prioritario para algunos investigadores, y ha permitido analizar la posible existencia de diversos tipos de contaminación, su importancia e implicaciones para los pobladores en general.

Por ejemplo, en un proyecto realizado por el Departamento de Ingeniería Ambiental de la Facultad de Ingeniería Civil de la UANL (1992), se estudió la contaminación del suelo y del agua subterránea en el área de los antiguos tiraderos de desechos sólidos, ubicados en el área noroeste de la ciudad de Monterrey. Dicho proyecto pretende básicamente descubrir la calidad del agua que sirve de abastecimiento a un número cercano a las cuatro mil familias, las cuales representan poco más de doscientos mil habitantes. También indagó la contaminación de los suelos en los cuales están asentadas las familias, con el objetivo de proporcionar una fuente de datos para posteriores investigaciones, así como para generar programas de saneamiento y protección a la salud.

Tomando en consideración el esfuerzo de la investigación anteriormente mencionada, surge la inquietud de vincular en estudios adicionales algunos aspectos contaminantes con sus probables consecuencias sobre la salud de los pobladores en relación específica a la zona en que viven, es decir, en relación a su entorno ambiental directo. Asimismo, es importante indagar otros aspectos diversos que se presentan y que están posiblemente relacionados con la frecuencia de aparición de ciertas enfermedades.

Algunos ejemplos comunes de afecciones derivadas de un núcleo contaminado, pueden ser las enfermedades gastrointestinales, la conjuntivitis crónica, asma, problemas nerviosos pulmonares, alergias, etc. (González 1986), los cuales pueden verse agrandados por elementos tales como la situación económica y social, las características educacionales, los hábitos de protección social y la información que tienen los grupos sociales.

La existencia de una alta frecuencia de enfermedad limita a las personas para el desempeño adecuado de sus actividades cotidianas, y puede llegar a crearse un círculo vicioso, en donde el problema económico y educacional afecta a la salud. Esto impide la actividad y el desarrollo, y así, sucesivamente, la salud de los pobladores dependerá, entonces, de la existencia de un nivel aceptable de desarrollo económico, de un medio ambiente saludable y de una correcta utilización de los recursos naturales y hábitos de protección para la salud.

Pero el problema de la contaminación y sus repercusiones en la salud no se limita al medio ambiente externo. Existe también contaminación dentro de ambientes cerrados. En los hogares, por ejemplo, el uso de detergentes y cloros representa una forma de contaminación ambiental hogareña con repercusiones ambientales generales. Un aspecto que directamente puede repercutir sobre las condiciones de salud de una familia son los hábitos hogareños con respecto a la higiene de la casa y la preparación de los alimentos.

Se puede suponer que los esfuerzos institucionales reflejados en campañas de salud con respecto a los hábitos caseros en la preparación de alimentos y en la higiene del hogar, proporcionan un resultado positivo. Es muy importante,

sin embargo, tratar de corroborar o al menos indagar, la naturaleza de la influencia de los programas de difusión a diverso nivel dirigidos al fomento de hábitos hogareños saludables, que impidan la contaminación de alimentos y posibiliten una mejor condición de salud. *Por ello es conveniente ejecutar investigaciones que permitan el acceso a referencias directamente captadas en la zona abordada y que puedan llevarnos a determinar la condición de salud de sus pobladores, así como los diversos factores que la afectan. Para ello en este trabajo se estudiarán dos comunidades, una de ellas con antecedentes de asentamiento sobre antiguos tiraderos de basura (Fomerrey 24 en este estudio) y la segunda sin estos antecedentes de referencia (Fomerrey 15). Las dos comunidades mencionadas pasan a constituir entonces la muestra central del presente estudio.*

Debe subrayarse que si bien es cierto que existen esfuerzos institucionales y gubernamentales dirigidos a mejorar la salud de los pobladores su efecto positivo muchas veces se da por sentado. Esto significa que por ejemplo cuando una institución emprende un programa de difusión de hábitos de salud hacia madres niños, personas de edad mayor o algún otro tipo de población, no se tiene una idea al menos general sobre el efecto que el programa logró.

Es posible, por ejemplo, que los esfuerzos de difusión de los programas de información para fomentar la prevalencia de hábitos saludables pueda dirigirse, si se tuvieran evidencias de los resultados obtenidos, de una manera más eficiente. Las inversiones en planeación, dinero, tiempo del personal y expectativas de resultado, se verían replanteadas en estrategias más eficientes.

Es por ello realmente muy importante indagar si la condición de información de los pobladores, está de alguna manera relacionada con el establecimiento, permanencia y naturaleza de los hábitos que conducen a una mejor salud. Es importante averiguar si los hábitos saludables tienen algún vínculo con las campañas de información que usualmente se implementan. Si esto es así sería encomiable proseguir, si no lo es, entonces se debe redirigir el esfuerzo hacia caminos de mayores posibilidades.

El problema de la contaminación y de los factores nocivos para la salud poblacional, deben ser atacados en diversos frentes tal como se analizó anteriormente en este mismo capítulo, pero dichos esfuerzos deben también considerar el lado social y educativo en el que está inmerso el proceso de información para el mejoramiento de los hábitos que redunden en una mejor salud. Sin embargo, primero debe establecerse si dicha estrategia realmente produce algún cambio en los hábitos de las personas. Esta es una razón importante que justifica indagar la naturaleza de la información sobre los hábitos de salud.

El profesionalista de trabajo social podrá contribuir de una manera mejor al indagar los efectos que las campañas promovidas institucionalmente tienen sobre los pobladores o usuarios, de tal manera que al intervenir en las instituciones o di-

rectamente sobre la población pueda tener más conocimiento de causa sobre los efectos del manejo de información que va a realizar. Además conocer la naturaleza de los fenómenos sociales es en sí una meta importante para cualquier profesionalista del campo social.

Objetivo General

El objetivo general de este trabajo consiste en determinar la condición de salud de los pobladores en relación con los factores de edad, escolaridad y ocupación de la madre, ingreso familiar, hábitos higiénicos, servicios públicos existentes, instituciones de salud y frecuencia de enfermedades. Como contexto geográfico y poblacional se presentan los hallazgos encontrados en dos colonias de la zona noroeste de la Ciudad de Monterrey, N. L.

Objetivos Específicos

Ahora bien, se han planteado como objetivos específicos de este estudio los siguientes:

1. Identificar la frecuencia de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y de origen alérgico, padecidos por los pobladores de las comunidades en estudio.
2. Conocer la influencia del nivel de educación, ocupación y edad de la madre, en la determinación de la condición de salud de la familia.
3. Identificar la correspondencia entre la condición de salud de las comunidades en estudio con la existencia de hábitos higiénicos, nivel económico, servicios públicos e instituciones de salud.
4. Determinar las posibles alternativas que se pudiesen plantear para evaluar la condición de salud de los pobladores de las comunidades de estudio.

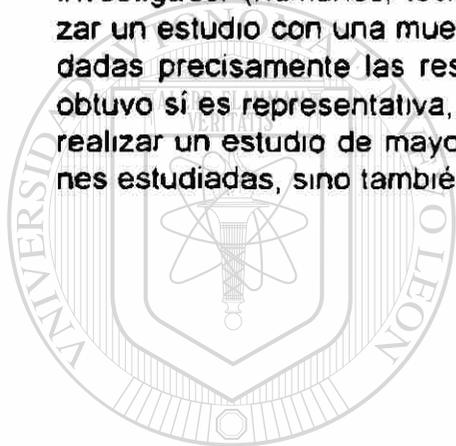
Límites del estudio

Los resultados del presente trabajo son de naturaleza descriptiva. Esto es, están manejados como porcentajes de ocurrencias de respuesta. Aun cuando se efectuaron comparaciones cruzadas en la búsqueda de relaciones estadísticas significativas de agrupamiento (chi cuadrada), no se encontraron evidencias contundentes que demostraran agrupamiento. Esto hace que la investigación sea de alcance descriptivo solamente. No obstante, aun cuando el estudio es descriptivo,

logra la obtención de comparaciones y análisis de datos que echan luz sobre el problema de investigación planteado

Además, los resultados encontrados en esta investigación y su análisis, se limitan a las dos poblaciones estudiadas. Aunque es posible que la obtención aleatoria de la muestra de personas de las cuales se obtuvieron los datos haga posible una extrapolación de resultados a poblaciones de características similares, esta pretensión está limitada por el hecho de que toda investigación, sobre todo si es descriptiva, debe establecer sus alcances a las muestras estudiadas.

Otra limitante en cuanto al alcance de esta investigación que puede señalarse además de las dos anteriores de tipo metodológico se relaciona con los límites en recursos. Dado que esta investigación fue efectuada con recursos del investigador (humanos, técnicos, logísticos y económicos) la pretensión de realizar un estudio con una muestra más grande tuvo que restringirse en su propósito, dadas precisamente las restricciones de apoyo. Aun cuando la muestra que se obtuvo sí es representativa, hubiera sido deseable, al menos para el investigador realizar un estudio de mayor alcance no solo en cuanto a la muestra o poblaciones estudiadas, sino también en cuanto a la naturaleza del problema.¹



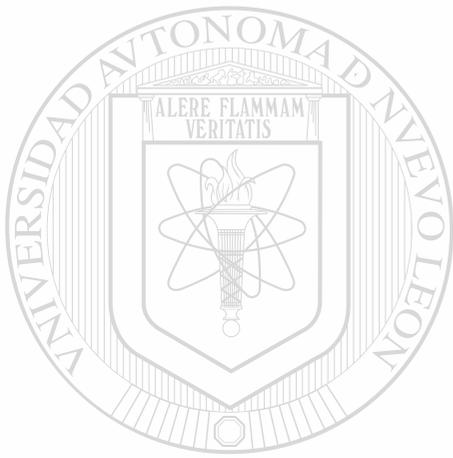
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

¹ Inicialmente el alcance de este estudio incluía aspectos de contaminación más generales y conjuntos de variable independiente, interviniente y precipitante más grandes.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO 2

MARCO TEORICO



CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

UANL

2.1. Generalidades sobre salud

En muchos países del mundo es notoria la prioridad que se da a la salud. El buen estado de salud de los habitantes repercute en el desarrollo general de un país, por lo que el individuo, al sentirse protegido tendrá una mayor capacidad de crecimiento en cualquier ámbito de su sociedad (Eckholm, 1977).

Analizando las diversas disciplinas que han dedicado sus esfuerzos al estudio de la salud, se observa una amplia gama de concepciones en base a las cuales se intenta definir este concepto. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, ha considerado a la salud como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"²

Si se tomara la anterior definición como única significaría, sin embargo, adoptar un concepto idealizado y poco menos que inalcanzable. Por otra parte abarcaría en amplitud el objetivo trazado por la OMS para la consecución de sa-

² Citado en Quiroz y Alarcon, 1985 pag 302

lud para todos. Este criterio consiste en que todos los pueblos lleguen a alcanzar el grado más alto posible de salud, de tal modo que todos sus habitantes puedan gozar de una condición de salud adecuada que les permita trabajar productivamente, y tomar parte activa en la vida social de la comunidad a la que pertenecen.

Otro enfoque según Hernán San Martín (1983) establecido en su publicación sobre la salud y la enfermedad expresa que la salud es un término difícil de conceptualizar, por lo cual debe enfrentarse como un proceso continuo entre la salud y la enfermedad al cual está expuesto todo ser humano en contacto directo con todo lo que le rodea. Menciona que considerar la salud como un estado biológico y social estático no es realista, ya que la salud y la enfermedad son dos grados extremos en la variación biológica, puesto que ningún estado biológico es definitivo salvo la muerte. Se trata entonces según este autor, de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo.

Analizar el problema de la salud desde un punto de vista únicamente biomédico, abarcaría simplemente una alteración en la estructura biológica del cuerpo. En la perspectiva tradicional de la medicina el proceso de salud y enfermedad se ubicó en un sentido puramente biológico. Actualmente, sin embargo, se cuenta con nuevos conocimientos que han puesto en entredicho el modelo biológico-lesional de la medicina. El cambio hacia una visión integral del ser humano y de su entorno, puede ir más allá en la búsqueda de las razones causales por las que aparece una enfermedad y, aun más, por que llega un padecimiento a ser recurrente y cómo prevenirlo.

Aunque es evidente que cada persona tiene particularidades biológicas, psicológicas y socioculturales manifiestas en la influencia genética recibida hoy en día se ha dado auge al reconocimiento de los factores sociales y económicos como causales de la enfermedad en distintas medidas y circunstancias, así como al aporte del medio ambiente en relación al lugar geográfico donde se encuentra la persona y la etapa de la vida por la que atraviesa. Es dentro de este contexto que en mayor o menor medida fructificará la búsqueda de soluciones para el mejoramiento de las condiciones de salud de todos (Vargas, 1991).

Ahora bien, los logros en materia de tecnología médica y avances científicos, han encontrado la forma de contrarrestar ciertas enfermedades y prolongar la vida. Sin embargo, estos avances se han concentrado en un reducido número de la población, por lo que puede descartarse su influencia directa sobre la frecuencia de enfermedades.

Dentro del contexto general de una sociedad, el factor económico es preponderante en cuanto a salud se refiere, pues su desigual distribución repercute en la condición de salud de la población. Puede mencionarse que la pobreza y la promiscuidad, son indicadores de esta divergencia económica que acentúa la frecuencia de enfermedades, encontrando que los habitantes de las regiones de

menos recursos dentro de un país, tienden a mostrar las tasas más elevadas de morbilidad. Los niveles de ingreso, la discriminación social y económica así como los diferentes estilos de vida, afectan la salud de los subgrupos en una sociedad

No cabe duda que, en términos de salud, no hay grupos más desprotegidos que aquellos que deben enfrentar su pobreza a la par del desarrollo de otros países que ha afectado directa o indirectamente su condición de salud (Eckholm 1977). Como producto de ese desarrollo desequilibrado de concentraciones de la población en puntos marginales, se generan las condiciones idóneas para mermar la calidad de vida. Esto se manifiesta en carencias de infraestructura de alimentación, de servicios públicos y de higiene que propician infecciones parasitarias, problemas respiratorios y de origen alérgico generados por la frecuencia de los contactos que el hombre tiene con microbios y virus. Esto posiblemente sea el caso de las comunidades en estudio en este trabajo

Como se verá más adelante, en la actualidad existen diversas corrientes que buscan su acción en los factores que consideran determinantes para la salud. Un ejemplo de ello sería la concepción sanitaria, la cual propone que tomando medidas sanitarias pueden plantearse soluciones colectivas a los problemas de salud. Existen, por otro lado, descripciones más amplias de factores que se relacionan con el proceso de salud y enfermedad que insisten sobre el peso que ejercen la situación social y económica. Se mencionan en ellas las "causales sociales" de la enfermedad tales como los aspectos demográficos (educación, ingreso, ocupación), los recursos económicos familiares, el ambiente (vivienda y comunidad), la contaminación, la infraestructura en salud y las costumbres

Los párrafos que siguen tratarán en detalle las diversas tendencias hacia la concepción de salud y enfermedad, así como la evolución de conceptos importantes y los factores que participan para el logro de una condición de salud determinada.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

2.2. Conceptos teóricos sobre salud

2.2.1. Evolución de los conceptos salud y enfermedad

Conforme la humanidad ha evolucionado, se han modificado también los concepto de salud y enfermedad, por lo que es innegable que la atención hacia el hombre en cuanto a salud se refiere, se ha visto determinada no sólo por los avances científicos, sino también por los económico-sociales

En la etapa primitiva de la existencia del hombre, se observa la preponderancia de la concepción místico-religiosa para dar explicación a los problemas de salud, situación que prevalece hasta la actualidad en algunos grupos étnicos de todo el mundo (Baena y Montero, 1989) La persona que desempeñara el papel

de médico era llamado comúnmente brujo o chaman, quien combatía a los malos espíritus causantes del dolor mediante el uso de rituales, pociones y hierbas.

Los mismos autores (Baena y Montero, 1989) establecen que durante la época del esclavismo, ya con la división de clases (amos y esclavos) y con la privatización de los medios de producción, se descubrió el uso de ciertas plantas que efectivamente colaboraban en la sanación de algunas dolencias aún y cuando se continuaba teniendo una concepción mística y religiosa. Estos conocimientos eran transmitidos de manera oral y tradicional de generación en generación. Además, dentro de este período, la idea generalizada para explicar la enfermedad era verla como un castigo divino al comportamiento humano.

Se presentaron dos concepciones durante el periodo del feudalismo para explicar el proceso de salud y enfermedad. Una de ellas se presentó entre la clase dominante apegada a los avances médicos europeos que tenían un mayor conocimiento científico de la anatomía, fisiología y terapéutica. No obstante esto y por otro lado, de manera popular se seguía sin embargo practicando la medicina tradicional entremezclada con residuos mágicos y religiosos y con prácticas médicas científicas.

Durante esta etapa la práctica de la medicina se efectuó de manera elitista e individualista, aun y cuando fue un período altamente acosado por epidemias y pandemias. A pesar de que las autoridades comienzan a implementar medidas sanitarias, éstas protegen sólo a un número reducido de la población. Por ello, en el siglo XIV ocurrió la muerte del 90% de la población solamente en Europa debido a las epidemias. La gente comienza a darse cuenta entonces que ni las oraciones ni las grandes contribuciones a la iglesia aminoraban sus enfermedades.

Durante la época del renacimiento en Europa se impulsando el estudio de las ciencias naturales con el descubrimiento del microscopio (siglo XVII), se retoma al hombre como centro de los sucesos, y la concepción sobre la salud se torna biológica. Entonces se trataba de encontrar un agente o causa directa de la enfermedad a través de la experimentación científica.

En los principios de la época capitalista el auge en cuanto a medicina se refiere fue muy significativo, "...pues la revolución industrial no sólo trajo consigo el avance de los medios de producción, sino que surge el progreso en el conocimiento de las ciencias naturales y los avances en el terreno de la bacteriología" (Baena y Montero, 1989:20). Durante el siglo XIX, dicho auge de la medicina se manifestó principalmente en la importancia que retoma cuestionarse las causas de la enfermedad como producto de un desorden en el organismo humano.

Si bien la concepción anterior abarcó un gran periodo dentro del desarrollo médico y de estudios sobre la salud, seguía enfocándose al ámbito individual, excluyendo factores externos asociados con el hombre. En años recientes, las

guerras y desastres naturales han motivado que el ser humano se ubique como parte de un todo dentro del ecosistema interactivo e interdependiente de otros factores, más allá del funcionamiento de su organismo biológico

Hoy en día el hombre se da cuenta que se encuentra dentro de un círculo de biodiversidad que cambia constantemente y que lo ubica en distintos estadios. Ese círculo de biodiversidad juega un papel principal en todos los procesos de su vida, en su desarrollo, crecimiento y salud. Actualmente los grupos y las naciones enfocan sus esfuerzos hacia la búsqueda de un nuevo equilibrio entre el ecosistema y el hombre, entre el ambiente y su bienestar personal. Hoy en día gran parte de las naciones dirigen sus esfuerzos y sus políticas al mejoramiento de la calidad de la vida, abarcando prioritariamente la calidad en el ámbito de la salud

2.2.2. Corrientes teóricas sobre salud y enfermedad

A partir del siglo XX con el auge de la bacteriología y de la utilización del método científico experimental para descubrir la "causa" de las enfermedades, se comienza a generalizar una corriente teórica que considera a la salud y enfermedad como el resultado de la acción de un agente específico (Bernard, 1976). Esta teoría unicausal llamada microbiana aunque individualista permitió el desarrollo de la epidemiología hasta el surgimiento de la Primera Guerra Mundial (Quiroz y Alarcón, 1985)

Paralelamente a esta corriente y basada en el estudio de la recurrencia de la enfermedad, venía surgiendo la Teoría Médico-Social, que intentaba reunir las características sociodemográficas y culturales de la población para dar explicación a los patrones de persistencia de la enfermedad. Sin embargo, debido a que para esta teoría no existió manera de aplicar el método científico de comprobación a sus postulados, fue relegada rápidamente.

Así pues, la teoría microbiana contó con mayor desarrollo en esta época siendo guía de la investigación epidemiológica. Si bien es cierto que la teoría unicausal se sustentaba en el control de la enfermedad misma, la manifestación persistente de algunas enfermedades obligaba a buscar otras explicaciones que abarcaran más que la investigación de un conjunto de casos solamente

Surge así el concepto ecológico, el cual "considera a la enfermedad como un fenómeno natural que resulta de la interacción de componentes de la triada ecológica: Agente, Ambiente y Huésped" (Quiroz y Alarcón, 1985:806). Desde este punto de vista es posible explicar que la existencia de algunas enfermedades tiene correlación directa con el medio ambiente que rodea al ser humano. La existencia y confrontación ocasional de ambas teorías naturales como de las ciencias sociales, permitió expresar que la salud y la enfermedad son un proceso biológico, social e históricamente determinado (Quiroz y Alarcón, 1985)

2.3. Ambiente y salud

En general la gente piensa que la condición de salud depende primordialmente del tratamiento médico que se da al enfermo, pero no reparan en observar que la alteración en la salud física es producto del desequilibrio de factores tanto internos como externos del ser humano en su integridad total. Son tres los factores que condicionan la salud humana: la herencia, la conducta y el ambiente. Estos tres factores forman una trama inextricable que es imposible e inconveniente desintegrar (Bennett y otros, 1979).

La herencia nos determina la conducta genética, la que asociada a la conducta aprendida o cultural, determinan las características del medio ambiente. Por lo tanto, cuando hablamos del ambiente en la salud debemos tomar en cuenta tanto la conducta social como las características genéticas del individuo.

El ambiente por sí sólo presenta una variedad que se desglosa en ambiente físico, ambiente socioeconómico y ambiente biológico. Éstos se encuentran superpuestos unos a otros. Ninguno de los tres tiene una importancia superior, pues podemos decir que existen pueblos que aunque han logrado un dominio alto de su ambiente físico, han provocado alteraciones drásticas en su ambiente socioeconómico y biológico.

Los pueblos de bajos recursos, así como los llamados desarrollados, se enfrentan a problemas tales como la sobrepoblación, la escasez de recursos naturales, desequilibrios económicos y graves crisis ecológicas de su medio ambiente. La alteración del medio ambiente tiende a originar consecuencias fundamentales en la salud, aumentando o disminuyendo la mortalidad y determinando las enfermedades e incapacidades físicas. La alteración del medio ambiente afecta también el desarrollo del hombre.

En los últimos tiempos el tema del medio ambiente no ha sido sujeto a análisis desde diferentes perspectivas, de tal modo que se aclare la causa principal del problema ambiental. Sin embargo, se puede establecer que son tres las principales causas que al interactuar entre sí provocan el deterioro del medio ambiente: la mala distribución económica, política y las técnicas al servicio del poder, así como el aumento demográfico (Bennett y otros, 1979).

Los habitantes del mundo entero sufrimos en mayor o menor grado de deficiencias del saneamiento básico, contaminación por ruido y de la atmósfera, falta de áreas verdes, segregación social, deficiencias educativas, falta de trabajo, así como de la deficiencia en atención médica que propicia el agravamiento de las enfermedades, acortándose por tanto la vida del ser humano.

Por lo antes planteado, no cabe duda que uno de los temas que ha cobrado mayor importancia en los últimos tiempos es el de la ecología, que va es-

trechamente ligado al de la contaminación en el medio ambiente. Ambos han permitido que se tomen medidas que conlleven a elevar el nivel de salud de la humanidad. En este estudio la comunidad a abordar es el prototipo de lo antes mencionado.

2.3.1. Elementos ecológicos de la salud y de la enfermedad

No cabe duda, como ya se ha mencionado, que los mejores niveles de salud se relacionan con los recursos disponibles y con el desarrollo económico y social. Al hablar de salud como un proceso biológico, social e históricamente determinado, se debe reconocer que los factores básicos que se involucran en él se constituyen en un proceso continuamente presente en el ser humano. Ya antes se mencionó que para Bennett y colaboradores (1979) son tres los factores que condicionan la salud: la herencia, la conducta y el ambiente. De estos interesa destacar la importancia que ejerce el ambiente sobre el proceso de salud y enfermedad del hombre.

Si bien es cierto que en los países de América se gasta más dinero en la curación de un enfermo que en la prevención de las enfermedades, también lo es que a partir de la última década el reconocimiento de los factores ambientales que influyen sobre la salud y la enfermedad ha tomado revuelo. Ello se ha reflejado en innumerables campañas educativas, medidas de sanidad a nivel macrosocial y en información continua sobre el cuidado de la salud mediante la higiene. Se observa cómo hoy en día existe la convicción de que la salud es el resultado o producto de un medio ambiente sano, en el sentido de que continuamente se está en relación con agentes externos que tocan nuestra piel, que son ingeridos por el hombre en su alimentación, y con los cuales tiene relación las 24 horas cada día.

En la actualidad encontramos una corriente de estudios que intenta reorganizar todos los elementos ya mencionados, estructurando un modelo explicativo relacionado con la salud humana. Esta corriente se denomina "Ecología Humana," que puede definirse como el estudio de las relaciones e interrelaciones de los seres humanos con un ambiente y entre ellos mismos (Bennett y otros, 1979). Así pues, se deberán tomar en consideración los problemas ecológicos y ambientales.

Por lo antes expuesto, los problemas ecológicos y ambientales no son ajenos al hombre mismo, ya que éste se encuentra inmerso en un medio determinado y es precisamente con su intervención en el ciclo de la naturaleza que se rompe un equilibrio ecológico, haciendo que los procesos naturales tomen rumbos distintos. A dicho estado de relaciones ya no puede llamarsele ecosistema sino antroposistema, es decir, una relación en donde el hombre rige el proceso y destino de un mundo natural, y de la parte artificialmente creada por él mismo.

Se puede observar también que todo proceso controlado por el hombre, llámese proceso económico, industrial o sociocultural, transforma el ambiente que lo rodea, dando como resultado la degradación de ese ambiente y su contaminación. La ecología humana es en realidad un movimiento importante que involucra a grandes grupos dedicados a buscar una explicación a los problemas del ambiente que afectan directamente la salud del hombre. Es un gran compendio de disciplinas relacionadas entre sí las que estudian el impacto de la actividad del hombre sobre su medio, y que a la vez se revierte sobre sí mismo.

2.4. La política de salud en México

En nuestro país, el concepto de salud se ha manejado como un elemento imprescindible del desarrollo de la sociedad mexicana, la cual propugna que la salud debe existir como un principio de justicia y de igualdad social. Por ello, la salud es difundida como un derecho esencial para todos los mexicanos. Fue por ello que el tres de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto que se adicionó al artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que declaraba lo siguiente:

...toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definiría entonces las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y establecerá la concurrencia de la Federación y las eventualidades federativas generales en materia de salubridad, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (Higoshida, 1991:5).

El nivel de salud de nuestro país no sólo se ubica en el desarrollo económico y social, sino que requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos. Dentro de la política de salud, se ha manejado que la asistencia social persigue incorporar a los individuos que lo requieren, a una vida digna y equilibrada en lo económico y social. La seguridad social atiende el bienestar del trabajador y su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; protege el poder adquisitivo de su salario y otorga apoyos financieros garantizando la protección en caso de accidente, jubilación, cesantía y muerte (Secretaría de Programación y Presupuesto).

El objetivo que maneja la política de salud, asistencia y seguridad social, es el de lograr la protección de todos los mexicanos brindándoles servicios y protecciones oportunas que generen el bienestar social de su comunidad. Este objetivo desarrolla las estrategias que pretenden: a) mejorar la calidad del servicio de salud; b) atenuar la desigualdad social; c) modernizar el sistema de salud y d) descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

Tanto el objetivo como las estrategias del Plan Nacional de Salud, se establecen de acuerdo a cada período presidencial. Se modifican de tal manera que en cada uno de ellos se abarcan nuevas expectativas para lograr un nivel de salud congruente con el desarrollo del país y con las necesidades de nuestro pueblo.

2.5. Aspectos específicos: individuo y contexto

Además de los aspectos de naturaleza macroscópica analizados previamente, y del contexto legislativo en el que nuestro país está inmerso, es necesario tratar los aspectos específicos que participan en las condiciones de salud a un nivel más localizado. Esto es así, ya que el presente estudio se dirige a indagar aspectos de las condiciones de salud que no son de amplio rango, sino de un alcance más específico.

Además, las limitaciones que existen en la realización de todo estudio en cuanto a tiempo y recursos se refiere, exigen que a pesar de conocer una amplia gama de los factores que se encuentran involucrados con el problema a investigar, se deben especificar aquellas características que a juicio del investigador posean mayor peso e interés para explicar dicho fenómeno. En lo que sigue se analizarán aspectos más relacionados con lo investigado en este trabajo; en la sección de metodología se establecerá de una manera más específica todavía, las variables investigadas y sus definiciones operacionales de acuerdo al propósito del presente trabajo.

2.5.1. Factores del individuo

Los factores o aspectos del individuo, se refieren a las características de las personas en cuanto a atributos personales. Se relacionan a aspectos tales como la constitución física, el género, la maduración dependiendo del desarrollo y los aspectos congénitos y genético. Ya se describió anteriormente la naturaleza de los aspectos de herencia y de factores congénitos. Pero existen otros aspectos atribuibles al individuo que en este caso pueden considerarse como factores que modifican la condición de salud. Entre esos otros factores pueden mencionarse la experiencia, el nivel de escolaridad.

Edad y experiencia.- Es de esperarse que a edades diferentes existan condiciones de salud también diferentes. Por otra parte, la acumulación de experiencia a través del tiempo, se constituye en conocimiento que puede ser aplicable al mejoramiento de un nivel de vida y de salud. Así pues, la madurez cronológica a la que nos hemos referido, puede ser un determinante de la estimación del nivel de salud en la familia.

Escolaridad.- La escolaridad es otro aspecto muy importante. Es básico indagar la posible relación entre escolaridad y la presencia o ausencia de hábitos que conduzcan a la formación o establecimiento de ciertas condiciones de salud. Es de esperarse que una persona al tener una mayor escolaridad deba poseer hábitos que conduzcan a una mejor condición de salud.

Ocupación y género.- La ocupación es también un aspecto a analizar. Las condiciones de salud de una persona van a estar determinadas, por ejemplo, por el lugar en que desempeña un trabajo remunerado. El lugar en que trabaja una persona puede ofrecer condiciones de salud diferentes a las ofrecidas por otra persona que tiene otro tipo de trabajo.

También existen diferencias ocupacionales en cuanto al género del individuo. Es esperable que en nuestro contexto social la mujer desempeñe primordialmente el papel de ama de casa. Pero actualmente la mujer desempeña además otros papeles y se involucra en un trabajo económicamente remunerado.

En nuestros días el papel de la mujer presenta una problemática que estamos muy lejos de resolver. En primer lugar, el papel de madre exige a la mujer un tiempo vital en un periodo que va de los 25 a los 40 años. Pero por otro lado y ante la necesidad económica de contar con un ingreso que no recibe por su labor como ama de casa, tiene que buscar ese ingreso fuera de su hogar.

Entonces la búsqueda de un trabajo remunerado representa para la mujer actual algo más que solamente una opción, ya que el mantenimiento de un empleo se ha constituido en una obligación, puesto que existe en ocasiones la necesidad de subsidiar el gasto familiar colaborando en parte con la economía familiar. Pero esto, claro, repercute en sacrificar otras necesidades de su papel como ama de casa.

Esto tiene una gran importancia en esta investigación, ya que como se mostrará posteriormente en la metodología, las personas objeto de aplicación del cuestionario fueron las amas de casa, ya que como en esta investigación se indagaron las condiciones de salud del lugar donde se vive, la mujer es la que está precisamente en el hogar.

Hábitos personales.- La salud de cada individuo está determinada por factores genéticos que además se ven influenciados principalmente por su modo de vida y por los riesgos a que se expone en el medio ambiente. Aún el individuo mejor informado y económicamente independiente, puede ser incapaz de valorar el impacto del estilo de vida particular sobre la salud, puede confundirse con las aparentes bondades prácticas tradicionales. Los hábitos arraigados son difíciles de romper (Stokes, 1981).

Existen varios tipos de higiene: la higiene personal, la mental, la social. Pero más que todo, se hace necesario abarcar el concepto de hábitos higiénicos. Estos consistirán en las actitudes o tendencias adquiridas para actuar de forma sistemática con medidas encaminadas al cuidado de la salud. La relación de los factores del individuo y del ambiente que pueden afectar su salud, es muy estrecha y también difícil de estudiar. Es además laborioso especificar donde termina la higiene personal y donde comienza la salud pública (Broadhurst, 1925).

Frecuencia de enfermedades.- La salud del hombre desde tiempos inmemorables, ha sido objeto de análisis e investigación, y su concepto ha variado desde el aspecto puramente biológico hasta la inclusión de factores socioeconómicos y culturales en su definición. Dos problemas primordiales conciernen al dominio de la vida de las personas: cuánto tiempo vivirán y que tan seguido estarán enfermos. De acuerdo a Stokes (1981), aun las mas grandes inversiones en hospitales, investigaciones de medicamentos y tecnología médica, no han podido incrementar la relevancia de estos intereses.

2.5.2. Factores contextuales

Factores económicos.- Los factores económicos son ubicados dentro del contexto, porque las oportunidades laborales y de expectativa de bienestar económico dependen en gran medida de las fuentes de empleo que existan en un lugar determinado. Los salarios, de hecho, dependen en nuestro país de las zonas geográficas en que se ha dividido. Vivir en una zona geográfica representará un nivel de ingreso en salarios diferente al ofrecido en otro contexto.

Las diferencias en salario en base al área geográfica no son tan importantes, al menos para el propósito de este estudio, como lo son los ingresos reales obtenidos por las personas de las poblaciones estudiadas. Es por ello que los salarios mínimos familiares obtenidos van a ser uno de los datos obtenidos a fin de indagar su posible relación con la condición de salud.

El salario define también a los grupos sociales. Describimos socialmente cuales son las enfermedades y su incidencia precisamente en base a las clases o grupos sociales, como un medio de control de las acciones destinadas al desarrollo de la salud. Por ejemplo, las afecciones de mayor persistencia entre los "pobres" han sido la tuberculosis, las enfermedades infecciosas, las neumopatías, las alteraciones gástricas, la dermatosis y la bronquitis crónica, entre otras.

Arraigo y permanencia.- El arraigo de una persona o de una familia, puede ser un factor que contribuya a la exposición a fuentes de contaminación, por ejemplo, o al involucramiento en hábitos y costumbres obligados en cierto contexto cultural. El vínculo emotivo con el lugar en que se vive en base a relaciones personales de amistad o familiares, puede generar el mantenimiento de hábitos que

modifiquen la condición de salud. Además, el arraigo puede establecer una permanencia en un ambiente que presente condiciones de salud dañinas

Participación e involucramiento - Los niveles de participación e involucramiento de las personas son también un factor importante. El compromiso hacia ciertas metas o tareas de uno o varios pobladores, puede generar la existencia de condiciones de salud personales o familiares diferentes. Por otro lado pero vinculado con el nivel de participación, en los países en desarrollo los problemas de salud están relacionados con condiciones que pudiesen evitarse. Sin embargo, los puntos de vista fatalistas, es decir de la imposibilidad de que algo se pueda cambiar, están presentes también. El término "destino" refleja la imposibilidad de cambio.

Pero no es del todo cierto el concepto de *destino* que comúnmente se maneja. Los individuos, de hecho, pueden comenzar a alterar su "destino" a través de actividades que no son completamente políticas (Stokes, 1981) Por tanto se puede decir que en el futuro la salud y la longevidad dependerán de que los individuos y las comunidades tomen gran parte de la responsabilidad sobre sus propios problemas de salud.

Esto contrasta con el uso común de la palabra *destino* para hacer alusión a que las condiciones que nos rodean no pueden cambiarse, o al menos modificarse, en favor de un beneficio común. Atribuir las condiciones al *destino* implica desde el inicio la clara noción predisponente fatalista de que no se pueden alterar esas condiciones. Por supuesto, en las ciencias sociales se parte, lógicamente, de que aun con todas las limitaciones reales, existe al menos una posibilidad de cambiar para el bien común.

En ciudades en desarrollo como Monterrey y su área metropolitana, este proceso de la toma de responsabilidad sobre la propia salud, parte de proporcionar acceso a los cuidados médicos básicos y a las medidas preventivas de salud dirigidos a las fuentes de enfermedad mientras que en las comunidades marginadas es todavía más importante la participación y el compromiso preventivos.

Información proporcionada.- Otro aspecto de gran importancia es la información que proporciona el medio social. Los esfuerzos que se han encaminado hacia el incremento del autocuidado en la persona, bien pueden ser generados mediante la promoción de los servicios de salud y de educación en esta materia, aunados a la lucha progresiva para mejorar las instituciones de salud. En países con un sistema nacional de salud, los recursos de autocuidado podrían ser tan exigidos como la licencia de conducir (Stokes, 1981).

Se deberían también implementar programas que contribuyeran a una consecuencia pública sobre el origen de algunas enfermedades actuales resultantes de hábitos insalubres, y de la relación con el medio ambiente. Esto ayudaría a

que disminuyera la excesiva demanda del sistema médico en lo que se refiere a la consulta de enfermedades simples

Las escuelas son un medio de promover en las comunidades la información necesaria para prevenir enfermedades, e instruir a las personas sobre aspectos sanitarios. Pero la instrucción sobre estos aspectos no termina al acabar la educación formal del individuo, ya que se está expuesto a otras influencias a lo largo de la vida cotidiana. Las personas reciben influencia, por ejemplo, de la televisión, de la radio, del periódico y del contacto con los demás individuos

Esto es así, ya que toda persona se encuentra inserta en una comunidad en donde trabaja y tiene su familia. Todos los aspectos anteriores pueden contribuir al aumento de los conocimientos en cuanto a la protección de salud se refiere. La popularidad de obras escritas para el autocuidado como el conocido libro "Donde no hay Doctor" (Enciclopedia Médico Familiar, 1982), originalmente escrito para pasantes de medicina y ahora traducido a cuatro idiomas, indica que las personas se interesan realmente por este tipo de literatura

El éxito final de estos programas de motivación y educación para la salud, tal como lo sugiere Stokes (1981), quizá pueda apoyarse en la concertación con otras organizaciones comunitarias tales como las iglesias y clubes de servicio que ejercen influencia sobre sus adeptos. Muestra de lo anterior en nuestras comunidades, son las acciones de instituciones como el IMSS con sus programas de parientes activos, el DIF, el ISSSTE y otras organizaciones civiles que involucran al individuo en su medio ambiente con las medidas de protección para su salud. Es interesante considerar los medios que sirven de difusión de la información sobre salud, y conocer el impacto sobre las comunidades en estudio

Infraestructura de salud utilizada - En todo el mundo, por lo menos durante este siglo, ha crecido la tendencia hacia la organización social de los servicios de salud. En efecto, tal como lo dice Otten (1977) se ha hecho del hospital la primera instancia de defensa en lugar de la última. Pero la forma adoptada para la organización de los servicios médicos ha variado según el contexto social, político y económico de las diferentes naciones y épocas.

Se puede observar la existencia de esfuerzos coordinados de las autoridades civiles y de salud para fomentar el autocuidado y la prevención de enfermedades. Sin embargo, los esfuerzos son infructíferos cuando las familias no colaboran con dichas acciones en su comunidad.

México, en su calidad de país en vías de desarrollo posee una estructura de salud en la cual coexisten a) Organismos de seguridad social que atienden a derechohabientes como lo son el Instituto Mexicano del Seguro Social (*-) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); b) Instituciones de asistencia pública con atención gratuita pero de

baja calidad, dirigidas a la población no asegurada y de bajos recursos como lo son el Instituto para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); c) Instituciones privadas con fines de lucro.

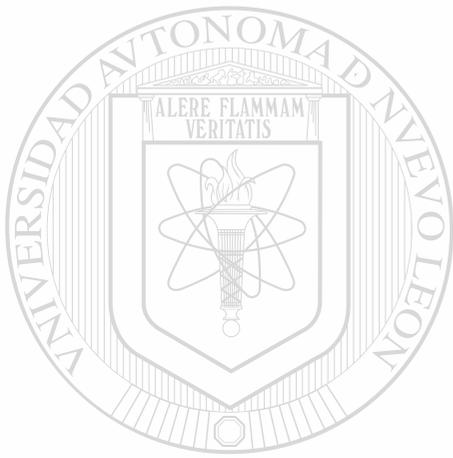
Para la población que carece de poder adquisitivo y de seguridad social, el estado coordina servicios médicos a población abierta, los cuales ofrecen un sistema de medicina simplificada, tienen recursos justificantes y una calidad irregular. Por otro lado, los servicios no personales de atención a la salud (programas de saneamiento y salud pública), han sido relegados en el orden de prioridades, por lo que su desarrollo es precario.

Tampoco se cuenta con instituciones de bienestar y seguridad como escuelas y hospitales, o éstos se encuentran alejados de la zona y no atienden a la población que no sea derechohabiente. Estas comunidades están casi siempre peligrosamente contaminadas, dando por resultado que la enfermedad y la muerte se relacionan con hábitos inadecuados y con un ambiente insalubre creciente.

Servicios públicos. - En nuestro país, y considerando sólo los informes del programa IMSS Solidaridad (1991), se encontró en 1990 un incremento de la frecuencia de infecciones gastrointestinales que tiende a acelerarse, y que es básicamente originada por la existencia de agua no tratada. A esto se suman los hábitos contaminantes (fecalismo al aire libre y basureros a cielo abierto), así como la infraestructura pública escasa de servicios y de salud.

Es muy importante la existencia de los servicios públicos en la comunidad. Es importante también la condición funcional de esos servicios, ya que si están contaminados (como en el caso del agua potable) por agentes químicos o biológicos, pueden convertirse en lo contrario de su propósito básico: en vez de prevenir las enfermedades pueden diseminarlas y generar insalubridad y enfermedad crecientes.

Lo analizado en el presente capítulo mostró la conceptualización y evolución de los conceptos globales de salud y de enfermedad. Se analizó también el contexto legislativo que debe controlar el otorgamiento del derecho a la salud. Se analizaron también los factores de naturaleza general y específica que pueden tener influencia sobre la condición de salud de las personas. En el capítulo siguiente se tratará en detalle la metodología seguida para indagar los elementos tratados en el presente capítulo, así como las definiciones de conceptos y operacionales de los aspectos a ser medidos.



UANL

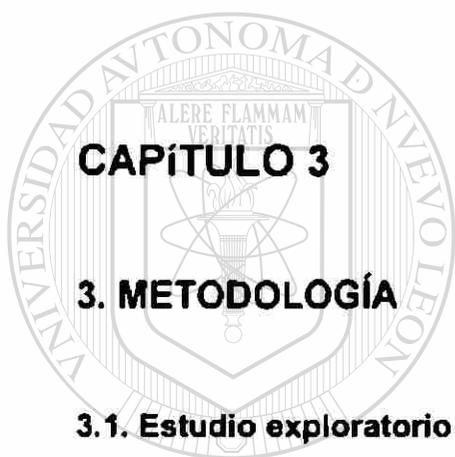
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO 3

METODOLOGIA



UANL

Para el desarrollo de la investigación, surge la necesidad de recopilar la mayor información posible acerca del tema a estudiar, por lo que se emprendió la tarea de visitar dependencias gubernamentales como la Secretaría de Desarrollo, el Consejo Estatal de Población, la Secretaría de Vivienda y el Departamento de Ecología del Estado, para la recopilación de datos sociodemográficos. Estos datos obtenidos hicieron posible la descripción o configuración del área-población en donde se llevó a cabo la investigación.

La información que proporcionaron estas dependencias, consistió básicamente en planos de la zona. Mediante estos planos se obtuvo una ubicación más exacta del área a investigar; se obtuvo, por ejemplo, la distribución de sus viviendas, terrenos baldíos, áreas recreativas y de otro tipo, palpando así que efectivamente la zona presentaba las características idóneas para llevar a cabo un estudio de las condiciones de salud de dicha área.

Otro contacto fue el Departamento de Ingeniería Ambiental de la Facultad de Ingeniería Civil de la UANL, el cual desarrollaba una investigación paralela a la nuestra en la misma zona (Facultad de Ingeniería Civil de la UANL, 1992). Además, a través del Departamento de Prácticas de Comunidad de la Facultad de

Trabajo Social de la UANL, se encontró material de referencia y apoyo en los documentos memoria sobre la zona en cuestión.

Complementando estas actividades, y pretendiendo obtener un acercamiento más estrecho con la realidad de las comunidades en estudio, se contactaron los líderes existentes y se entró en interacción con la población en general. Esto permitió una introducción al área y una sensibilización entre el investigador y la población, lo cual hizo posible que se estableciera un ambiente de cooperación ante nuestra intervención.

Se emprendió la realización de entrevistas a los líderes formales e informales, a jueces auxiliares, jefes de manzana, presidentes de juntas de mejoras y otros. Se obtuvo así información directa que aunada a la práctica de la técnica de observación, llevó a evidenciar que la comunidad cuenta con servicios públicos tales como agua potable, electricidad, canales de drenaje público y transportación. Existen también instituciones públicas de salud, educación, sociales, políticas y religiosas.

Por otra parte, también fueron captadas carencias o problemáticas expresadas en relación a problemas de infraestructura. Por ejemplo, falta de pavimentación, deficiencias en el alumbrado público y en las redes de drenaje sanitario. Al mismo tiempo, se obtuvo información sobre la calidad de la vivienda, y se encontró que los materiales de construcción utilizados eran de baja calidad. También se observó hacinamiento, cría de animales y fauna nociva. Todo esto crea un ambiente insalubre para los habitantes de dicha zona, que se agrava además con la existencia de terrenos baldíos utilizados como basureros.

A estas características se añade la contaminación creciente en la zona metropolitana de Monterrey (donde se ubican estas comunidades). Esta contaminación está compuesta por esmog, ruido y otros agentes nocivos. Estas condiciones desventajosas se suman también a las características socioeconómicas tales como ingresos bajos y variables, desempleo, escolaridad mínima, pandillerismo, drogas, riñas, alcoholismo y brotes de enfermedades recurrentes.

Dado el objetivo de esta investigación, se puede establecer que su planteamiento encuentra un campo fértil en el área geográfica delimitada, la cual brinda posibilidades de estudio y de respuesta a algunos problemas y carencias.

3.2. Tipo de investigación

Tomando en consideración los diversos criterios que rigen toda investigación, el presente estudio se configura como:

- * **Prospectivo**, debido a que estableció recopilar la información requerida en base a criterios previamente planteados y apoyados en los objetivos.
- * **Descriptivo**, en el sentido de que los datos a manejar no pretenden realizarse en relaciones correlacionales o cruzadas con un nivel de significatividad estadístico.
- * **Es a la vez transversal**, ya que el estudio midió en una sola ocasión las variables y características de las dos colonias tomadas como muestra, sin pretender evaluar la evolución de dichas variables.
- * **Por otro lado, es comparativo**, ya que al tener dos comunidades como población de estudio, es posible describir las características existentes en cada una de ellas, para así realizar una configuración de la realidad existente en relación con el problema en estudio (Méndez, 1990).

En general, se puede afirmar que la realidad encontrada fue manejada de manera natural, tal y como se encontraron las variables y características evaluadas, a fin de lograr el enfoque sociológico de los fenómenos relacionados con la salud y medio ambiente.

3.3. Dimensiones del estudio

Para la realización del presente estudio se seleccionaron dos colonias de la zona noroeste de la ciudad de Monterrey (Fomerrey 15 y 24). En las comunidades elegidas, se realizó un sondeo que permitió corroborar que las condiciones de infraestructura, ubicación y antecedentes, eran idóneas para los fines perseguidos en la investigación. Además de estos aspectos, se consideraron las limitantes básicas existentes en materia de tiempo disponible, recursos económicos y técnicos, principalmente.

La población total encontrada, cuantificada en base a viviendas habitadas, fue de 591 casas, lo cual se tradujo en una muestra estratificada de 240 casas a estudiar. Se consideró que en cada casa existía un hogar, de tal manera que en cada uno de ellos podía existir al menos una ama de casa. De aquí en adelante es posible hablar de casos a entrevistar. Esta cantidad de casos a estudiar (240), es significativa en relación a la población elegida y a las conclusiones de ahí elaboradas. Pueden por tanto ser aplicadas confiablemente a la generalidad de la población, al menos para las colonias en estudio.

3.4. Modelo rector

El diagrama 1 presenta el modelo rector en el que se puede observar la forma en que están vinculadas las variables independientes, precipitantes y dependientes. En la Descripción de Variables que sigue, se realizará una descripción y definición operacional de las variables independientes y precipitantes abordadas en esta investigación.

3.5. Descripción de variables

3.5.1. Variables independientes

Información recibida sobre salud y medio ambiente

Las vías más recientes para difundir la información sobre el cuidado de la salud, son los programas comunitarios coordinados por el gobierno, los centros universitarios de estudios médicos, las instituciones asistenciales y de seguridad social, entre otros. En dichos programas la comunidad puede participar en beneficio de su ambiente, conociendo y combatiendo los factores de la enfermedad, a la vez que benefician su propia salud.

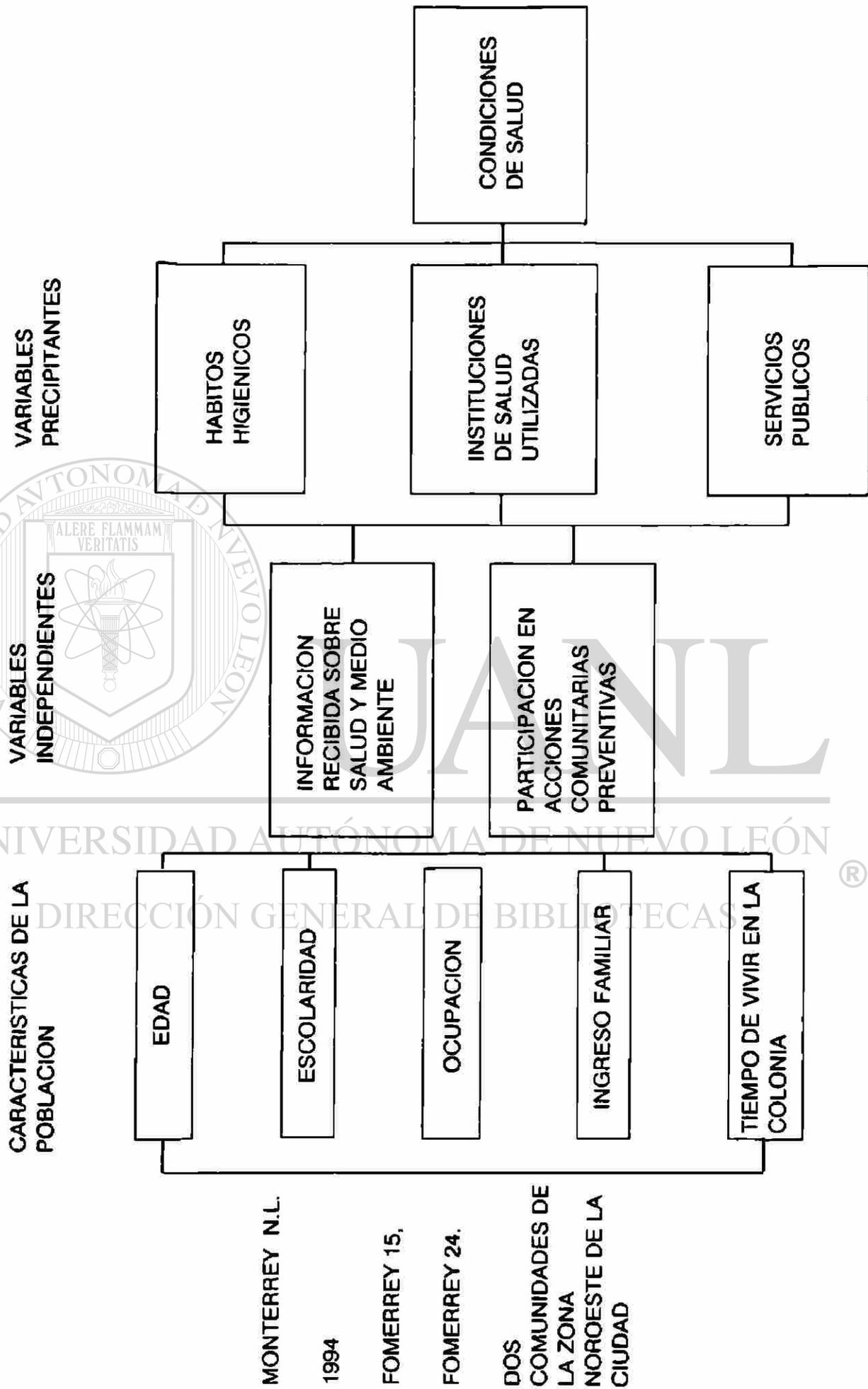
Para el propósito de este estudio se establece que la información recibida sobre salud y medio ambiente se refiere a la frecuencia de respuestas afirmativas en preguntas dicotómicas al indagar si la persona recibió algún tipo de información sobre contaminación, programas de salud, medios a través de los cuales recibió la información, así como un reactivo abierto en el que se indagan los temas sobre los que ha recibido información.

Participación en acciones comunitarias preventivas

Aún cuando existen programas informativos y de capacitación en salud, es posible que éstos no obtengan logros sin la acción cívica, sin la sensibilización de cada persona sobre su responsabilidad en materia de salud. Dentro de esta investigación, se pretende reconocer y valorar el peso de esta variable en relación a la estimación de la condición de salud.

Se establece aquí que la participación en las acciones comunitarias preventivas es la participación o involucramiento en alguna o algunas situaciones sociales que involucren un círculo de personas que viven juntas y que se relacionan entre sí. Las personas viven un proceso que supone cambio y también alteración progresiva de estatus.

DIAGRAMA No. 1



La participación de la comunidad en programas de salud y contaminación, ya sea asistiendo a pláticas o participando activamente en promociones de salud, fue un aspecto considerado, ya que se supone que las comunidades que tienen mayor participación en la solución de sus propios problemas, manifiestan mayor responsabilidad. Puede decirse en base a lo anterior, que el futuro reflejará una mejor calidad en cuanto a salud se refiere en esas comunidades (Anderson, 1981).

3.5.2. Variables precipitantes

Hábitos higiénicos

El conocimiento de estos factores y el manejo adecuado de ellos, es lo que determina el grado de salud de la persona: la aplicación práctica que damos a estos conocimientos es lo que constituye la higiene. En términos específicos, la higiene es definida como una parte de la medicina que abarca el conocimiento y utilización de medios para conservar la salud, a través de la adecuada adaptación del hombre a su medio, y contrarrestando las influencias nocivas existentes.

Un hábito higiénico implica desde el aseo de las manos hasta la limpieza del hogar y de la comunidad. La práctica de la higiene es sin duda alguna una cuestión de responsabilidad personal que se adquiere mediante un proceso educativo en el seno de la familia (influenciado principalmente por la madre) y de la escuela. Después, la importancia de los hábitos higiénicos se interioriza para el cuidado de la salud.

Un aspecto importante de los hábitos higiénicos es su práctica frecuente, la cual contribuirá a elevar la condición de salud en la familia. La calidad de los hábitos higiénicos practicados tiene para esta investigación un valor primordial, puesto que esta variable mantiene una relación directa con la incidencia de enfermedades en las comunidades en estudio y, por ende, también se relaciona con la estimación de la condición de salud (Pani, 1917).

Los hábitos higiénicos son parte de la condición de salud y en este estudio se evaluaron en tres ámbitos principales: a) la higiene personal; b) la higiene del hogar y c) la higiene en la preparación de los alimentos. Cada uno de estos aspectos cuenta con distintos indicadores, los cuales se miden en términos de satisfacción, de tal manera que se pueda evaluar en qué medida la forma (satisfactoria o no) de realizar los hábitos afecta los resultados en cuanto a la condición de salud encontrada.

Por ejemplo, considerando la pregunta "¿Cada cuando realiza el aseo de su hogar?" se consideraron los siguientes criterios:

- 1.- Todos los días = satisfactorio
- 2.- Cada tercer día = aceptable
- 3.- Cada semana = no satisfactorio

Una vez que cada uno de los ítems que constituyeron la higiene del hogar se efectuó un "promedio de puntuación" para evaluar los "hábitos de higiene del hogar." Se utilizaron los mismos criterios de "satisfactorio," "aceptable" y "no satisfactorio" para la higiene personal y la higiene en la preparación de los alimentos.

Instituciones de salud utilizadas

En este orden de ideas, es factible suponer que el tipo de atención médica utilizada influye en la condición de salud de los pobladores de las comunidades en estudio.

Servicios públicos

Se considera aquí a los servicios públicos como aquellos elementos de infraestructura que el gobierno y los pobladores de las comunidades han creado en beneficio propio. Entre ellos se encuentran el agua potable, el drenaje, la electricidad y pavimentación, los cuales influyen en los hábitos e higiene y, por consecuencia, influyen sobre la salud de los individuos.

La ausencia o presencia de estos elementos de infraestructura, da pie a caracterizaciones o clasificaciones del tipo de poblaciones y comunidades (Guillén, 1990). Ponce de León (1983) indica, por ejemplo, que las comunidades suburbanas denotan la carencia de los servicios públicos básicos para el bienestar y salud de los pobladores.

Este tipo de carencias a las que se enfrentan ciertas comunidades en mayor o menor medida, pueden ser consideradas como elementos que afectan seriamente la salud de los pobladores, puesto que si no existen suministros de agua suficientes, se prefiere destinar la existente para el consumo vital, desplazando otras actividades. Si no se cuenta con drenaje sanitario, la defecación se realiza al aire libre o en letrinas que pueden ocasionar focos de infección.

Por otra parte, si se cuenta con los servicios públicos pero no se ejecutan las medidas sanitarias para preservarlos, se aumentaría la posibilidad de que estos sean contaminados y la salud dañada. Para este estudio los servicios públicos juegan un importante papel en la estimación de la condición de salud de las comunidades abordadas.

3.5.3. Variable dependiente

La variable dependiente en esta investigación corresponde al problema central de estudio en la investigación: condición de salud. La condición de salud ha sido considerada en base a una estimación de la morbilidad, es decir la frecuencia con que se presentan ciertas enfermedades dentro de la zona en estudio.

En este sentido podemos exponer dicha estimación de frecuencia de enfermedades en relación inversa a lo que se ha llamado condición de salud. Con ello puede verse que, si encontramos ubicada a la población comprendida por la investigación dentro de una elevada incidencia de enfermedades, su condición de salud será considerada como baja.

De manera inversa, cuando se encuentren frecuencias de enfermedad bajas o leves, esto será equivalente a haber encontrado condiciones de salud altas. Los parámetros tomados en cuenta para la valoración de las condiciones de salud, en base a las anteriores consideraciones, serán de acuerdo a la extensión de la muestra comprendida con determinada incidencia de enfermedad. Los rangos de valoración serán los siguientes:

Si la frecuencia de enfermedad afecta a un porcentaje de:

- 1.- 67 al 100 por ciento de la población equivale a una condición de salud baja.
- 2.- 34 al 66 por ciento de la población equivale a una condición de salud media.
- 3.- 0 al 33 por ciento de la población equivale a una condición de salud alta.

Ahora bien, con el fin de realizar la medición se tomó como base la incidencia con que los miembros de la familia han presentado distintas enfermedades en un período de seis meses anteriores a la aplicación del instrumento.

Así, se seleccionaron un grupo de enfermedades gastrointestinales, respiratorias e infecciosas, colocadas en un cuadro general donde se marcó cuales miembros de la familia y con qué recurrencia han presentado cada enfermedad mencionada. Posteriormente se concentró esta información en un cuadro de estimación que sirvió para catalogar la frecuencia de enfermedad de cada tipo de manera definitiva como en el siguiente ejemplo:

Frecuencia de Enfermedades Gastrointestinales

	Muy Frecuente	Poco Frecuente	Nunca
Dolor de Estómago	✓		
Dolor Intestinal	✓		
Amibiasis		✓	
Lombrices		✓	
Diarrea	✓		
Vómitos	✓		

Puede observarse cómo la mayor incidencia, en este caso, se dio en la columna de "muy frecuente," por lo que es este calificativo el que impera para las enfermedades gastrointestinales. De este mismo modo se evaluaron las enfermedades respiratorias e infecciosas.

3.6. Descripción del instrumento de investigación

Anteriormente se mencionaron algunas limitaciones del estudio como son el tiempo con el cual se contaba para la etapa de recopilación de datos. Aunado a ello, el tamaño de la muestra a estudiar (240 casos), tomando en cuenta lo antes planteado y las necesidades del trabajo en general, hizo que se elaborara un formato de entrevista estructurado y precodificado, el cual permitiría optimar el trabajo.

Por otra parte, es importante señalar que el hecho de elaborar la entrevista estructurada, con la cual se pretenden manejar las preguntas a aplicar por el entrevistador a la población, disminuye en forma palpable la desviación en el enfoque, controlando al máximo la intervención de juicios o interpretaciones personales. Además, el hecho de usar la precodificación agiliza el procesamiento y captura de datos.

3.7. Selección de la muestra

Para la obtención de datos en las comunidades en estudio, fue necesario seleccionar una muestra poblacional significativa que arrojara referencias de comparación y análisis para el problema a investigar. La selección de la muestra contó con diferentes apoyos. Primeramente, fueron de gran ayuda las referencias obtenidas sobre los datos demográficos tanto del Departamento de Prácticas Comunitarias de la Facultad de Trabajo Social, como de la Secretaría de Desarrollo Urbano de Monterrey. Se partió de planes de referencia proporcionados por ésta última dependencia, y de croquis elaborados previamente en base al área durante los estudios exploratorios.

Con el fin de actualizar los datos demográficos, se procedió a la realización de un censo en ambas comunidades, encontrando en total 591 viviendas habitadas. En esta etapa se emplearon once colaboradores voluntarios, cuatro profesionistas y siete estudiantes preparatorianos, los cuales desempeñaron dicho censo en un período de tres días consecutivos.

Habiendo obtenido el total de viviendas habitadas de la población-universo, se procedió a la utilización de la fórmula para determinar el tamaño de la muestra probabilística manejada por Hernández y otros. (1993), la cual se expresa en la siguiente fórmula:

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

En esta fórmula básica n' es el tamaño de la muestra, S^2 es la varianza de la muestra y V^2 es igual a la varianza de la población. Mediante la anterior fórmula estadística, y en base a la existencia de las 591 casas totales, se obtuvo un tamaño de la muestra igual a 240 casos a entrevistar²⁶³.

Una vez determinado el tamaño de la muestra, se procedió a estratificarla, especificándola en base a la característica de colonia donde viven los pobladores. Esto es, determinando el tamaño de la muestra (n) por comunidad participante, de tal manera que pueda tenerse el mínimo margen de error y tomando en consideración la diferencia en el tamaño de las dos poblaciones.

Así, se utilizó la fórmula para la estratificación de la muestra propuesta también por Hernández Sampieri y otros (1993):

$$fh = \frac{n}{N}$$

Donde fh es igual al estrato de la muestra; n es igual a la muestra total y N es igual a la población total. Esto proporcionó una constante (.41)⁴ la cual se utilizó para la obtención de la muestra por estratos tanto de la colonia Fomerrey 15 como de Fomerrey 24.

3.8. Selección y capacitación de entrevistadores

Una parte fundamental de la obtención de información, se basa en la buena selección y capacitación del personal involucrado en la etapa del levantamiento de datos, ya que se deben evitar errores que puedan cambiar el enfoque y significado de la información obtenida en el campo

En esta etapa se buscó contar con personal que tuviera experiencia previa en el área de salud en general, y que también hubieran participado en estudios o investigaciones en comunidad. En base a estas dos consideraciones se seleccionaron a siete encuestadores que reunían las características.

Para ubicar al personal elegido en cuanto al objetivo de la investigación y los lineamientos para la aplicación de la encuesta, se les dio a conocer primero la

³ El cálculo real para la obtención de la muestra puede consultarse en el apéndice 4.

⁴ Véase el apéndice 4 para los cálculos reales específicos de ambas colonias según estratos.

naturaleza de su participación. Esto requirió un período de dos días. En este período se les capacitó principalmente en los siguientes aspectos:

- a). La persona para la aplicación de la entrevista sería únicamente el ama de casa de la vivienda seleccionada.
- b). Todas las preguntas del instrumento deberían ser contestadas.
- c). Evitar ejercer influencia y no interpretar la respuesta de la persona entrevistada.

Por último, con el fin de comprobar la comprensión obtenida por los entrevistadores, se realizaron pruebas de aplicación del instrumento. Así, fue posible detectar las dificultades en la práctica y reforzar el proceso de capacitación para la realización de la tarea de obtención de datos.

3.9. Realización de la prueba piloto

Posterior a la capacitación de los colaboradores, se comprobó la efectividad del instrumento en relación con los objetivos del estudio. Para ello fue efectuada una prueba piloto, la cual abarcó 50 entrevistas en el área de estudio aplicadas en un sólo día.

Dicha prueba comprobó la mayoría de los ítems aplicados. Se encontraron también nuevas variables alternas que apoyaron la interpretación del problema investigado. Estas variables fueron incluidas dentro del diseño. Entre estas variables incluidas se puede mencionar la información recibida por la población y la participación de los pobladores en actividades preventivas para la salud.

3.10. Levantamiento de datos

Habiendo concretado los pasos metodológicos básicos mas importantes, sólo faltaba la realización del levantamiento de datos, es decir la aplicación de las 240 entrevistas distribuidas entre la población-universo en las dos comunidades seleccionadas. El total de la muestra se distribuyó por manzanas en las comunidades en estudio, asignándole a cada manzana 16 entrevistas. La muestra que se manejó fue obtenida al azar.

La distribución de las entrevistas se realizó tomando en cuenta el número de manzanas de cada colonia y realizando un sorteo para determinar el número de encuestas por manzana. En el caso de la colonia Fomerrey 24 el total de man-

zanas fue de 15. En doce manzanas de esa colonia se realizaron diez encuestas y en tres se efectuaron once encuestas dando un total de 153 encuestas. Dentro de la colonia Fomerrey 15 el total de manzanas fue de seis, y la distribución de las encuestas fue de la siguiente manera: en cuatro de las manzanas se efectuaron quince encuestas y en las dos restantes catorce.

Cabe mencionar que para el inicio de la aplicación de la encuesta se realizó nuevamente un sorteo mediante el cual se seleccionaron cuáles casas habitadas de cada manzana serían incluidas en el levantamiento de datos.

Esta etapa del estudio se realizó en un periodo de dos meses continuos, trabajando en primer lugar la colonia Fomerrey 15 y, posteriormente, la Fomerrey 24. La labor de los entrevistadores se desempeñó básicamente en el horario matutino, ya que desde el estudio exploratorio y de la aplicación de la prueba piloto, se constató que en ese horario se contaba con mayor disponibilidad para responder a la entrevista.

Aunado a ello, las condiciones de las colonias, en cuanto a seguridad se refiere para el equipo de trabajo, eran mayores que en otro horario, pues las comunidades se encuentran insertas en una zona altamente conflictiva con delincuencia y pandillerismo.

El control de las encuestas aplicadas se llevó a cabo mediante una supervisión directa de los colaboradores en el momento del levantamiento de datos. Esto fue posible porque el grupo fue acompañado en todo momento por el investigador.

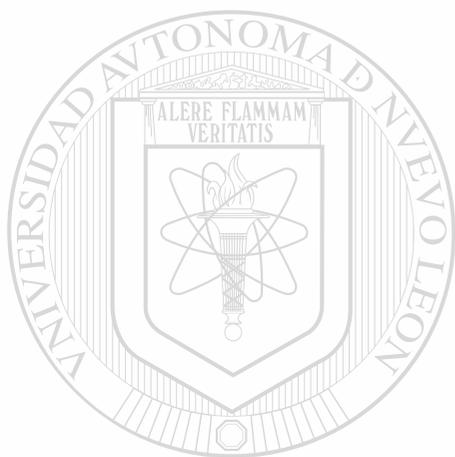
3.11. Codificación, captura y procesamiento de datos

Ya que desde un principio la elaboración del instrumento contempló una estructura pre-codificada, esta etapa no representó problema alguno. Así, se realizó la revisión de todas las encuestas colocando sus códigos clave. Luego se procedió a la captura del programa estadístico en base al paquete estadístico SPSSPC.

Una vez realizado el programa estadístico, se dio paso a la captura de valores o datos encontrados en el campo. Como la captura se llevó a cabo por nosotros, se pudieron corregir algunas variables tales como escolaridad, tiempo de vivir en la colonia, edad y otras.

Finalmente, una vez que las variables fueron recodificadas y que se revisó el programa estadístico, se llevó a cabo el procesamiento de datos, el cual nos mostraría las relaciones entre las variables para su análisis.

En el siguiente capítulo se realizará el análisis de los datos obtenidos en este estudio, a fin de presentar evidencias relacionadas principalmente con las variables establecidas en el modelo rector de variables. Posteriormente en el análisis se mostrarán las implicaciones y consecuencias posibles de los resultados encontrados en este trabajo.

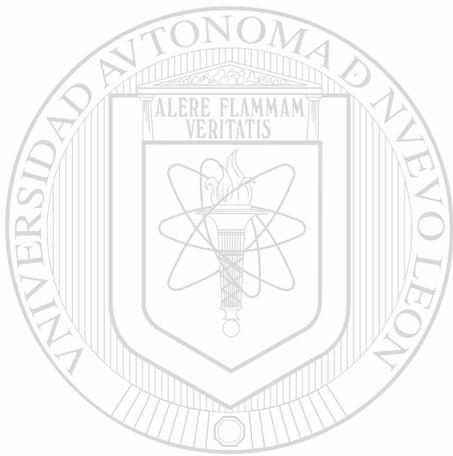


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO 4

ANALISIS DE DATOS



CAPÍTULO 4

4. ANÁLISIS DE DATOS

UANL

4.1. Características de la población

En primer lugar, es muy importante dejar establecido que la fuente principal de datos de este estudio han sido las amas de casa. La razón por la cual se ha elegido establecer a las amas de casa como fuente principal de datos parte, en primer lugar, del hecho de que son las amas de casa quienes tradicionalmente se encuentran en el hogar, por lo que están en contacto directo y continuo con las fuentes de contaminación. Además, también tradicionalmente, son las amas de casa quienes participan más activamente que el marido en las formas de control, calidad y distribución no sólo del dinero, sino de los nutrientes y elementos que van a tener acceso al hogar

Otra razón de carácter metodológico, es que las amas de casa por lo regular están disponibles en el hogar, mientras que los padres de familia regularmente están en algún lugar de empleo. Aun cuando esto no pudiera ser una razón de mucho peso para la elección de las amas de casa como fuente de datos, debe agregarse que es la madre de familia quien posee realmente la mayor parte de la

información con respecto a la situación ambiental que rodea su hogar. Es por ello que se ha elegido a las amas de casa como la fuente principal de datos.

Sabemos que el ama de casa se encuentra en contacto directo con los problemas del hogar y que constituye una fuerza considerable para la presencia y curación de enfermedades, sobre todo de aquellas relacionados con hábitos insalubres y medios contaminados. En lo que sigue se describirán las características de la población estudiada. *Estos aspectos hacen posible interpretar la condición de salud frente a la frecuencia de enfermedades en las comunidades en estudio.*

Edad

La edad puede definirse como el tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser humano hasta su muerte. Es un indicador importante en el papel que desempeña el ama de casa. En el ama de casa se toma en cuenta la edad en este estudio, debido a que puede constituir un indicador de la madurez que presenta para manipular situaciones relacionadas con la ejecución de acciones preventivas para la salud.

La distribución de edades en la muestra, enmarcada dentro de dos rangos, se presentó como se describirá a continuación. Esto es, más del 50% de las amas de casa se ubicaron entre los 17 y 40 años. A estas amas de casa se les catalogó como madres jóvenes. Por otra parte, poco menos de la mitad de la muestra tiene entre 41 y 80 años. A estos casos se les consideró como madres adultas.

Escolaridad

El nivel escolar del ama de casa es un aspecto importante que influye esencialmente sobre su ocupación, sus hábitos higiénicos y alimenticios, así como sobre la organización sanitaria y la atención médica que elige. Por consiguiente, esto también repercute en su salud y en la de su familia. Por lo tanto, la escolaridad es definida aquí, siguiendo al diccionario Larousse (1988), como la duración del estudio en un centro docente. La escolaridad se ha seleccionado como variable de estudio, pues puede suponerse que al contar con mayor instrucción y conocimientos académicos, el ama de casa podría satisfacer las necesidades de protección en la salud de su familia, buscando mejores medidas preventivas y curativas.

La escolaridad predominante entre las muestras de ambas comunidades llega hasta la primaria completa, ya que en este renglón se ubicaron casi las tres cuartas partes del grupo entrevistado en la colonia Fomerrey 15. En la colonia Fomerrey 24 el 62% de la muestra se encuentra en este caso. La categoría con menor puntaje se dio en el grupo de quienes cursaron una escolaridad por arriba del técnico comercial (incluyendo carreras profesionales), pues aquí únicamente encontramos al 6% de la muestra total.

Ocupación

En nuestra sociedad la mujer actual desempeña en muchos hogares una doble función. Es viable suponer que el desempeño de un trabajo por parte de la mujer fuera de su hogar, reste tiempo a sus ocupaciones hogareñas, disminuyendo la calidad de las mismas. Por ejemplo, en materia de alimentación o salud de los miembros de su familia, el tiempo dedicado a un trabajo fuera del hogar hará que las necesidades alimenticias de la familia no sean cubiertas tan apropiadamente. Ya que el papel de la mujer en cuanto al tiempo dedicado a las actividades hogareñas y caseras es muy importante, este factor se tomará en cuenta dentro del análisis de nuestro estudio

Abarcando el rubro de la ocupación de las madres de familia entrevistadas, puede notarse que la característica preponderante en ambas comunidades es que predominan las mujeres que únicamente se dedicaron a tareas del hogar. En el Cuadro 1 se observan las frecuencias obtenidas en esta variable.

CUADRO 1
OCUPACIÓN DE LA MADRE DE FAMILIA DENTRO DE LAS
COMUNIDADES ESTUDIADAS:

OCUPACIÓN DE LA MADRE	FOMERREY NUM. 15		FOMERREY NUM. 24	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. HOGAR	75	85.2	134	88.2
2. TRABAJO	13	14.8	18	11.8
TOTAL	88	100	152	100

Del total de casos dentro de la colonia Fomerrey 15, un 85.2% se dedica exclusivamente al hogar, mientras que en la colonia Fomerrey 24 el porcentaje es de 88.2% de los casos en la misma situación. Esta característica es preponderante entre la población estudiada.

Ingreso Familiar

De acuerdo a Reyes Agustín (1991) el ingreso es cualquier percepción en efectivo, valores o especie que modifique el patrimonio de una persona. La percepción puede darse en forma de una utilidad, ganancia renta, interés, producto, provecho, participación, sueldo, etc. Este es un criterio definitorio de ingreso bastante global que precisamente abarca su propósito de dar una definición exhaustiva.

El ingreso familiar lo constituye, para propósitos del presente estudio, la aportación económica de todos los miembros de una familia, en salario mínimo o

sus múltiplos, que desempeñan un trabajo remunerado, siendo este ingreso un factor fundamental para el desarrollo y supervivencia de los individuos que integran un hogar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ manifiesta que el ingreso familiar influye en las condiciones materiales, sociales y culturales que caracterizan a las familias dentro de determinado estrato o grupo social. Por ejemplo, en el caso de las llamadas comunidades suburbanas o marginadas, pudieran encontrarse en ellas ingresos familiares medios o bajos, lo cual se vincula con el nivel de vida y salud que manifiestan las familias.

La economía familiar rige aspectos que la presente investigación retoma en su desarrollo. Podemos vincular el ingreso familiar con las medidas de prevención para la salud existentes en un hogar, y a la vez relacionarlo con la higiene que prevalece y el tipo de atención médica a la que se tiene acceso. Es por ello que no se puede descartar la determinación del nivel de ingreso económico al que pertenecen las familias de las comunidades en estudio.

El nivel de ingreso familiar predominante dentro de las comunidades estudiadas, es un antecedente importante de algunas variables independientes. Los criterios para la obtención de los rangos se establecieron de acuerdo al salario mínimo y sus múltiplos. El salario mínimo se estableció de acuerdo a lo decretado en el Diario Oficial de la Federación del 13 de Diciembre de 1993. Dicha variable se caracterizó por presentar tres rangos que en seguida se presentan:

1) Ingreso bajo = menos del salario mínimo hasta un salario mínimo

2) Ingreso medio = dos salarios mínimos

3) Ingreso alto = tres salarios mínimos

En relación precisamente al salario mínimo percibido en la familia, el Cuadro 2 presenta la distribución de ingreso encontrada en las dos comunidades. Es evidente que el nivel de ingreso predominante en ambas comunidades es el nivel medio (de acuerdo a la clasificación en base a salarios mínimos), presente en un 46.6% de los casos en la colonia Fomerrey 15 y en la mitad de la muestra de la colonia Fomerrey 24. El resto de los casos se distribuye casi en igual proporción dentro de las dos restantes categorías.

Sólo se observa una diferencia mayor dentro de la colonia Fomerrey 24, ya que el 28.9% de los casos se ubica dentro de la categoría de ingresos bajos, y sólo el 21.1% tiene un ingreso alto. Los datos anteriormente descritos, sirven como marco antecedente a la descripción de las relaciones encontradas entre las

⁵ Citado en Quiroz y Alarcón (1985).

variables independientes y precipitantes con la variable dependiente: la condición de salud.

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DEL NIVEL
DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL POR COLONIA

NIVEL DE INGRESO FAMILIAR	FOMERREY FRECUENCIA	NUM. 15 PORCENTAJE	FOMERREY FRECUENCIA	NUM. 24 PORCENTAJE
3 SALARIOS MÍNIMOS	24	27.3	32	21.1
2 SALARIOS MÍNIMOS	41	46.6	76	50.0
1 SALARIO MÍNIMO	23	26.1	44	28.9
TOTAL	88	100	152	100

Tiempo de vivir en la colonia

El periodo de tiempo durante el cual se ha vivido en una determinada comunidad (también denominado arraigo en el Capítulo anterior), influye sobre el conocimiento que se tenga de las zonas habitadas, sobre la interrelación que se establezca con sus habitantes, sobre la asimilación de rutinas familiares y sobre el avance conseguido en el desarrollo del hogar dentro de la comunidad. Se considera, por otra parte, que constituye un factor de exposición a los agentes ambientales de la zona, a sus accidentes y evolución (Careaga, 1977).

Por tanto, el tiempo que una familia reside en determinada colonia puede influenciar su contacto y participación con el resto de las familias o grupos que ahí residen. Es importante tomarlo en cuenta para la comprensión del desarrollo comunitario, como también es importante considerar el asunto de la infraestructura familiar y comunitaria que contribuyen a su bienestar y salud. También es importante considerar el tiempo que se ha estado expuesto a distintos factores ambientales en las comunidades a estudiar; tal es el caso de los accidentes geográficos, el tipo de suelo, la flora y la fauna, que pueden contribuir a la condición de salud alcanzada por los familiares de ambas comunidades.

Una de las características apreciables que forman parte de las generalidades de este estudio, es el tiempo que el ama de casa y su familia han vivido en su comunidad. Aquí podemos observar (véase Cuadro 3) la antigüedad de residencia dentro de la colonia Fomerrey 15 es más extensa, pues más de la mitad de la muestra reflejó una permanencia mayor a 16 años de vivir en su comunidad. Mientras tanto, en la colonia Fomerrey 24 la permanencia con mayor incidencia recae en el intervalo de 11 a 15 años, esto en poco más del 50% de los casos.

**CUADRO 3
TIEMPO DE VIVIR EN LA COMUNIDAD**

RANGO AÑOS	ENFOMERREY		FOMERREY	
	FRECUENCIA	NUM. 15 PORCENTAJE	FRECUENCIA	NUM. 24 PORCENTAJE
0-5	12	13.6	28	18.4
6-10	9	10.2	19	12.5
11-15	21	23.9	78	51.3
16 Y MÁS	46	52.3	27	17.8
TOTAL	88	100	152	100

Los aspectos encontrados que tienen una relación estrecha con la condición de salud de las poblaciones analizadas fueron básicamente: 1) los hábitos de higiene practicados; 2) los servicios públicos con los que se cuenta y 3) el antecedente de haber recibido o no información sobre la salud y sus cuidados.

Por otra parte, las variables más alejadas de tener una relación directa con la condición de salud fueron: 1) la ocupación del ama de casa; 2) su escolaridad; 3) la participación en acciones comunitarios preventivas y 4) el tipo de atención médica utilizada.

Para analizar detalladamente las relaciones encontradas entre estas variables, se ahondará en su interpretación, describiendo cada una de estas relaciones y su peso sobre la condición de salud.

4.2. Las variables independientes y su relación con la condición de salud

4.2.1. La información recibida sobre salud y la práctica de hábitos higiénicos

Como introducción al análisis de las variables relacionadas con las condiciones de salud y frecuencia de enfermedades, se ha considerado de gran importancia y utilidad hacer referencia a las distribuciones de frecuencias encontradas en respuesta a las preguntas de la cédula de entrevista. Esto permitirá proporcionar una idea precisa de las características más trascendentes de la población estudiada. En este sentido podemos recordar que la muestra está constituida por 240 amas de casa, distribuidas en dos comunidades: 88 entrevistas se realizaron en la colonia Fomerrey 15 y 152 en la Fomerrey 24.

Una de las variables consideradas como independiente para la condición de salud, ha sido la información recibida por la población. Esto es así porque es razonable pensar que el grado de sensibilidad de las personas acerca de su

propia salud y sobre los cuidados necesarios para conservarla, se ven influenciados si se obtiene un mayor conocimiento en ésta área

Al ama de casa, quien constituyó el sujeto de nuestro estudio, se le cuestionó si ha recibido información sobre salud y los medios a través de los cuales la recibió. Comúnmente las respuestas coincidían con lo esperado de antemano. Quienes afirman haber obtenido información previamente, mencionan que ha sido principalmente por medio de centros de salud comunitarios tales como el DIF o las escuelas de sus hijos y, en segundo término, mediante campañas en los medios masivos de comunicación.

Básicamente se pretendió encontrar una relación significativa entre la información recibida y la práctica de hábitos higiénicos, lo cual contribuiría a la explicación de la condición de salud obtenida en la zona estudiada. En primera instancia, se verá cómo influye la información recibida sobre salud en la práctica de hábitos de higiene personal.

CUADRO 4
INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD, EN RELACIÓN A LA PRÁCTICA DE HáBITOS DE HIGIENE PERSONAL

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD	HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL			TOTAL DE FILA
	SATISFACTORIA	ACEPTABLE	NO SATISFACTORIA	
SI	48.5	39.4	12.1	99 41.3
NO	39	39	22	141 58.8
TOTAL DE CASOS	103	94	43	240
TOTAL PORCENTAJE	42.9	39.2	17.9	100

Evidentemente, el Cuadro 4 muestra cómo el peso de la información obtenida ejerce influencia sobre la calidad de hábitos de higiene personal que se practican entre los miembros de las familias encuestadas. Puede observarse cómo un 48.5%, casi la mitad de la muestra que ha recibido alguna información referente a los cuidados de la salud, practican hábitos de higiene personal satisfactorios, mientras que sólo una tercera parte de quienes no han recibido este tipo de información se sitúa en la práctica de higiene personal satisfactoria.

Por otra parte, solamente un 12.1% del grupo que tiene como antecedente haber recibido información de salud, denota la práctica de hábitos no satisfacto-

rios. En tanto que casi la cuarta parte de la muestra sin el mismo antecedente, tiene hábitos satisfactorios de higiene personal.

Estos resultados muestran cómo se sostiene la aseveración inicialmente planteada, ya que efectivamente se encuentra que al obtener información previa sobre la salud y su cuidado, el comportamiento de la población en cuanto a la práctica de higiene personal se refiere, es influenciada satisfactoriamente. La calidad de dicha práctica disminuye si no se cuenta con información alguna sobre el área de la salud.

Otro aspecto de la higiene que puede verse afectado de acuerdo al factor de la información, es la practicada en el hogar, relación que se presenta en el Cuadro 5.

CUADRO 5
RELACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD
CON LA PRÁCTICA DE HIGIENE EN EL HOGAR

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD	HIGIENE DEL HOGAR			TOTAL DE FILA
	SATISFACTORIA	ACEPTABLE	NO SATISFACTORIA	
SI	49.5	20.2	30.3	99 41.3
NO	46.8	18.4	34.8	141 58.5
TOTAL CASOS	115	46	79	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	19.2	32.9	100

De la misma manera que en el análisis anterior, observamos cómo el comportamiento de nuestros datos evidencia una relación significativa entre las variables analizadas. Puede observarse que dentro del grupo que menciona haber recibido información previa sobre la salud, casi la mitad practica hábitos de higiene satisfactorios en su hogar, y sólo una tercera parte conserva hábitos no satisfactorios. Por otra parte, el porcentaje de casos con hábitos satisfactorios disminuye a un 46.8% si no se cuenta con información sobre la salud, aumentando en este renglón a 34.8% los casos en que se practica higiene no satisfactoria en el hogar.

Así, se reafirma la idea de la relación existente entre la obtención de información en el área de la salud y la práctica de la higiene. Ya Bruce Stokes (1981)

mencionaba a principios de los ochenta que una educación para la salud, extensiva a nuestras comunidades, puede jugar un papel importante en hacer que la gente tome conciencia de su responsabilidad para el cuidado de su propia salud.

Todos estos factores dan sustento a la suposición inicialmente planteada: la información recibida sobre la salud y sus cuidados, ejerce influencia sobre la práctica de los hábitos higiénicos. Esto además influye sobre la condición de salud encontrada en las comunidades estudiadas.

Siguiendo con el análisis de la importancia que tiene la información recibida sobre la salud, en el Cuadro 6 puede observarse cual es la influencia de dicha variable sobre la práctica de la higiene en la preparación de los alimentos.

CUADRO 6
RELACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD,
CON LA PRÁCTICA DE HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS

HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS				
INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD	SATISFACTORIA	ACEPTABLE	NO SATISFACTORIA	TOTAL
SI	36.4	35.4	28.3	99 41.3
NO	30.5	36.9	32.6	141 58.8
TOTAL DE CASOS	79	87	74	240
TOTAL PORCENTAJE	32.9	36.3	30.8	100

Pueden observarse aquí diferencias en la tendencia a la práctica de hábitos higiénicos en la preparación de los alimentos, de acuerdo a la existencia o no del antecedente de haber recibido alguna información con respecto al cuidado de la salud. Mientras que en la población que cuenta con dicho antecedente, el 36.4% practica una higiene satisfactoria en la preparación de sus alimentos, sólo el 28.3% de la misma muestra presenta hábitos no satisfactorios en la higiene practicada.

Por otro lado, si observamos la población que expresa no haber recibido información sobre salud, sólo un 30.5% muestra llevar a cabo una higiene satisfactoria al preparar su alimentación, y el número de casos con higiene no satisfactoria en ese rubro se eleva al 32.6% de la muestra. Es factible entonces pensar que se sostiene una relación directa entre la percepción de información que tiene

nuestra población estudiada sobre aspectos de salud, y los hábitos higiénicos al preparar sus alimentos y en la higiene general.

Esto es así, puesto que se ha observado que cuando se tiene como antecedente alguna información recibida sobre la salud y sus cuidados, se encuentra una mayor concentración de casos con una higiene general satisfactoria. Esto se complementa con el hecho de que los casos de higiene no satisfactoria se concentran fuertemente dentro del grupo que no ha tenido acceso a la información sobre salud.

Las observaciones hechas acerca de la influencia que tiene la información recibida sobre salud con respecto a la calidad de hábitos higiénicos practicados, debe tener como consecuencia lógica en este estudio, la existencia de una relación directa con la frecuencia de enfermedades y con la condición de salud encontrada.

4.2.2. La información recibida sobre salud y la frecuencia de enfermedades

Se ha corroborado que el acceso a información sobre el cuidado de la salud, modifica en alguna medida los hábitos higiénicos practicados por lo miembros de las comunidades encuestadas. Observaremos ahora de qué manera se refleja esta variable de información recibida sobre la salud, en relación a la frecuencia de enfermedades encontradas.

CUADRO 7

RELACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD, CON LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES			TOTAL DE FILA
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
SI	43.4	16.2	40.4	99 41.3
NO	51.1	17.7	31.2	141 58.8
TOTAL DE CASOS	115	41	84	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	17.1	35	100

El cuadro anterior muestra la relación existente entre la información recibida sobre la salud y la frecuencia de enfermedades gastrointestinales. Puede ob-

servarse que, dentro de la población que expresa haber recibido información de salud, un 43.4% se sitúa en una alta frecuencia de enfermedades gástricas, y que tres puntos menos de este porcentaje no padece nunca dichas afecciones.

Mientras que por el lado de las personas que no han recibido información alguna sobre cuidados de la salud, más de la mitad tienen mucha frecuencia de enfermedades gastrointestinales, en tanto que menos de la tercera parte expresa nunca tener estos padecimientos. Una relación similar a ésta encontramos entre la información recibida y la frecuencia de enfermedades respiratorias, la cual podemos observar en el Cuadro 8.

CUADRO 8
RELACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD,
CON LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS			TOTAL DE LA FILA
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
SI	41.4	21.2	37.4	99 41.3
NO	50.4	19.1	30.5	141 58.8
TOTAL DE CASOS	115	48	80	240
TOTAL PORCENTAJES	46.7	20	33.3	100

Es perceptible cómo los casos de alta frecuencia de enfermedad aumentan cuando no se cuenta con conocimientos o información acerca del cuidado de la salud. Vemos cómo el 41.4% de las personas que a pesar de haber recibido información sobre la salud, presentan alta incidencia de enfermedades respiratorias, y un 37.4% de ellos nunca tiene esos padecimientos. Por otro lado, de entre aquellos que no cuentan con conocimientos sobre los cuidados de su salud, más de la mitad se enferman frecuentemente de afecciones respiratorias, y sólo un 30.5% de este grupo afirma no tener nunca este tipo de enfermedades.

Todos los datos encontrados en este estudio, permiten la confirmación de la aseveración planteada referente a la importancia de la información recibida por los individuos y su condición de salud. Se observará también cómo esta información afecta la frecuencia de enfermedades infecciosas encontrada en las comunidades de este estudio (Cuadro 9).

Aquí puede verse que dentro del grupo muestral que ha recibido información sobre su propia salud y cómo protegerla, el 44.4% presenta una alta frecuencia de enfermedades infecciosas. Existe una tercera parte de la muestra situada con una nula incidencia de padecimientos infecciosos. El número de casos con alta frecuencia de los padecimientos mencionados, aumenta hasta un 56% de la muestra que no cuenta con información sobre la salud, mientras que en este renglón sólo un 22% de la muestra mencionada nunca presenta enfermedades infecciosas.

Tal como se mencionó anteriormente, es notoria la influencia ejercida por la información recibida en cuanto a temas de salud, sobre aspectos tales como el ejercicio de medidas higiénicas para la protección de la salud. También existe influencia sobre la frecuencia de enfermedades encontradas en las dos comunidades incluidas en este estudio. Ello permite sostener la suposición expresada sobre una relación directa entre estas variables. De este modo, es posible rescatar las afirmaciones de Stokes (1981), quien afirmó que los programas para la enseñanza del autocuidado pudieran ser parte de la respuesta para los problemas de salud.

CUADRO 9
RELACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD,
CON LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SALUD	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS			TOTAL
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
SI	44.4	23.2	32.3	99 41.3
NO	56	22	22	141 58.8
TOTAL DE CASOS	123	54	63	240
TOTAL PORCENTAJE	51.3	22.5	26.3	100

4.2.3. La participación en actividades comunitarias y su relación con la práctica de hábitos higiénicos

Existen ciertamente evidencias de que el factor de participación en actividades comunitarias preventivas para la salud, constituye una fuerza que eleva la condición de salud de las familias en determinada comunidad (Stokes, 1981).

Esta fue la relación que se supuso sería encontrada entre las comunidades estudiadas. Se tratarán ahora los resultados (véase Cuadro 10) obtenidos directamente con la muestra estudiada, relacionando principalmente la participación comunitaria con los hábitos de higiene practicados.

Dentro de la población encuestada que declara participar (o haber participado) en actividades comunitarias, se observa que poco menos de la tercera parte refleja una higiene personal satisfactoria. La mayor parte, el 51.5%, se concentra en la práctica de higiene aceptable, el rango medio seleccionado, mientras que las personas que no han participado en acciones comunitarias sí tienen hábitos de higiene satisfactorios en un 44.9% de los casos.

CUADRO 10
HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL EN RELACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS PREVENTIVAS

PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS	HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL			TOTAL DE FILA
	SATISFACTORIO	ACEPTABLE	NO SATISFACTORIA	
SÍ	30.3	51.5	18.2	33 13.8
NO	44.9	37.2	17.9	207 86.3
TOTAL DE CASOS	103	94	43	240
TOTAL PORCENTAJE	42.9	39.3	17.9	100

Es decir, mientras que las personas que participan en acciones comunitarias preventivas se sitúan en su mayoría en el rango medio de calidad de hábitos higiénicos personales, quienes no participan reflejan una mayor calidad de dichos hábitos, ya que casi la mitad se encuentra dentro del rango satisfactorio. De una manera similar, se ha encontrado que también esto afecta la participación en las medidas de higiene del hogar.

Podemos resaltar la existencia de una tendencia más encaminada hacia la práctica de hábitos de higiene no satisfactorios en el hogar, por parte de las personas que participan en algún tipo de actividad comunitaria, ya que aquí encontramos al 39.4% de esta muestra (véase Cuadro 11). Solo una cuarta parte de la misma tiene una higiene satisfactoria en el hogar. Por otro lado, dentro del grupo que no participa en actividades comunitarias, el 51.7% permanece en la práctica

de higiene satisfactoria en el hogar, y menos de la tercera parte puede ser calificada como insatisfactoria en su higiene hogareña. Estas cifras sostienen la existencia de una relación inversa entre las dos variables analizadas, al igual que en el cuadro anteriormente explicado.

**CUADRO 11
HIGIENE DEL HOGAR EN RELACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN EN
ACTIVIDADES COMUNITARIAS**

HIGIENE DEL HOGAR				
PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS	SATISFACTORIO	ACEPTABLE	NO SATISFACTORIA	TOTAL DE FILA
SI	24.2	36.4	39.4	33 13.8
NO	51.7	16.4	31.9	207 86.3
TOTAL DE CASOS	115	46	79	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	19.2	32.9	100

Observemos también ahora cómo afecta la variable de la participación comunitaria a la higiene en la preparación de los alimentos en el Cuadro 12. Dentro de esta distribución, es posible observar que la tendencia anteriormente descrita en cuanto a una relación inversa, persiste al confrontar la participación en actividades comunitarias y los hábitos de higiene practicados en la preparación de los alimentos.

Se observa que quienes mencionan participar en las actividades comunitarias existentes, se concentra casi en un 40% con hábitos higiénicos no satisfactorios en la preparación de sus alimentos, y menos de la cuarta parte del mismo grupo tiene hábitos calificados como satisfactorios. Por otro lado, un 34.3% de la muestra que nunca tiene participación comunitaria, mantiene una higiene de máxima calidad. Menos del 30% conserva hábitos que no son satisfactorios. Como se puede observar, estas relaciones se resumen en una tendencia: si existe participación disminuye la calidad de los hábitos higiénicos. En contraposición, si no se participa en acciones comunitarias, la calidad de la higiene en los tres ámbitos analizados es satisfactoria.

CUADRO 12
HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN RELACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS PREVENTIVAS

HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS				
PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS	SATISFACTORIA	ACEPTABLE	NO SATISFACTORIA	TOTAL DE LA FILA
SI	24.2	36.4	39.4	33 13.8
NO	34.3	36.2	29.5	207 86.3
TOTAL DE CASOS	79	87	74	240
TOTAL PORCENTAJE	32.9	36.3	30.8	100

CUADRO 13
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN RELACIÓN CON PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES				
PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	TOTAL DE LA FILA
SI	51.7	24.1	24.1	29 12.1
NO	47.4	16.1	36.5	211 87.9
TOTAL DE CASOS	115	41	84	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	17.1	35.0	100

Por otro lado, lo encontrado en participación en actividades de acción comunitaria en relación a frecuencia de enfermedades gastrointestinales infecciosas y respiratorias se encontró la misma tendencia ya que mientras que las personas sí participan en acciones comunitarias la frecuencia de enfermedades es mayor y en el caso de la no participación la frecuencia de enfermedades es menor como se puede apreciar en el cuadro 13.

Un 51.7% de las personas que mencionaron sí participar en acciones comunitarias cae en el rubro de muy frecuente en enfermedades gastrointestinales en tanto que un 24% nunca se enferman. Las personas que no participaron, por otra parte, presentaron un 47.4% dentro de enfermedades gastrointestinales muy frecuentes, y un 36.5% nunca se enferman.

CUADRO 14
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN RELACIÓN A
PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS PREVENTIVAS

PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS			TOTAL DE LA FILA
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
SI	51.7	37.9	10.3	29 12.1
NO	46.0	17.5	36.5	211 87.9
TOTAL DE CASOS	112	48	80	240
TOTAL PORCENTAJE	46.7	17.5	33.3	100

En el cuadro 14 se encontró que un poco más de la mitad de la muestra que sí participa en acciones comunitarias cae en el apartado de "muy frecuente" en enfermedades respiratorias, y solo un 10% nunca se ha enfermado. Como ya se ha mencionado, la tendencia hacia las personas que no participan sigue siendo favorable, ya que un 46% de las mismas presentan enfermedades respiratorias muy frecuentemente y un 36.5% nunca se han enfermado.

El cuadro 15 presenta los resultados obtenidos en relación a la participación en acciones comunitarias con la frecuencia de enfermedades infecciosas. Como puede verse, en este cuadro se repite la misma tendencia encontrada en los dos cuadros anteriores. Las personas que sí participan en acciones comunitarias representan más de la mitad de la muestra dentro del apartado "muy frecuente." Solo un 10% nunca se enferman en relación a las personas que no participan en acciones comunitarias; de igual forma, un 51% de esas personas que no participan cae en el apartado de "muy frecuente" en enfermedades infecciosas, y un 38% nunca se enferman.

Dicha tendencia persistente puede encontrar su explicación básicamente en un hecho observado ya dentro de las comunidades de este tipo. Ponce de León (1983) mencionó que la participación en actividades y programas se suscita

cuando el individuo en estas comunidades recibe un beneficio en especie (despensas, ropa, artículos para el hogar, etc.), dejando de lado el sentido que se pretende dar a la información y enseñanza contenida en las acciones.

CUADRO 15
ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN RELACIÓN CON
PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS

PARTICIPACIÓN EN ACCIONES COMUNITARIAS	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS			TOTAL DE LA FILA
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
SI	51.7	37.9	10.3	29 12.1
NO	51.2	20.4	38.4	211 87.9
TOTAL DE CASOS	123	54	63	240
TOTAL PORCENTAJE	51.3	22.5	26.3	100

Además, la cantidad de tiempo encauzado a las actividades comunitarias y el dedicado a las actividades básicas del hogar y de la familia, en ocasiones no llegan a complementarse sino más bien se contraponen. Es por ello que debemos retomar estos aspectos para complementar el modelo explicativo de la condición de salud en nuestras comunidades

4.3. Las variables precipitantes y su relación con la condición de salud

4.3.1. El impacto de los hábitos higiénicos practicados

Tal como mencionara Broadhurst (1925), hablar de "higiene" es abarcar el concepto más amplio de las medidas encaminadas al cuidado de la salud. En este estudio los hábitos higiénicos han constituido una de las variables más analizadas, tomando como base tres de sus ámbitos: a) la higiene personal, b) la higiene del hogar y c) la higiene en la preparación de alimentos.

Una de las consideraciones de esta investigación, fue considerar que los hábitos higiénicos personales determinan la frecuencia de enfermedades infecciosas en los miembros de una familia. Efectivamente, dicha relación se encontró, ya que como podemos observar en el cuadro 16, poco menos de la mitad de la muestra que acostumbra practicar una higiene personal satisfactoria, nunca ha presentado enfermedades infecciosas, mientras que las dos terceras partes del

grupo de personas con hábitos higiénicos aceptables, muestra un alto porcentaje de dichas enfermedades. Las tres cuartas partes de la población con hábitos higiénicos personales no satisfactorios, tiene también una alta incidencia de enfermedades de tipo infeccioso.

CUADRO 16
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN RELACIÓN
CON LA HIGIENE PERSONAL

HIGIENE PERSONAL	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS			TOTAL
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
SATISFACTORIA	34.0	25.2	40.8	103 42.9
ACEPTABLE	58.5	21.3	20.2	94 39.2
NO SATISFACTORIA	76.7	18.6	4.7	43 17.9
TOTAL DE CASOS	123	54	63	240
TOTAL PORCENTAJE	51.3	22.5	26.3	100

En cuanto a la higiene del hogar, se observa en el cuadro 17 que la práctica de los hábitos higiénicos incide en la manifestación de enfermedades de tipo infeccioso de los moradores, ya que en el grupo cuyos hábitos son satisfactorios, poco menos de la mitad nunca presenta enfermedades infecciosas. Quienes mantienen un nivel aceptable presentan en un 50% de los casos una alta incidencia de enfermedades infecciosas. Nuevamente, en este cuadro las tres cuartas partes del grupo con hábitos no satisfactorios presenta un porcentaje elevado de enfermedades de este tipo.

De acuerdo a lo antes expuesto, se sostienen nuestras consideraciones planteadas anteriormente, por lo que las palabras de Stokes (1981) que mencionan que el estilo de vida tiene un impacto avasallador en la salud de las personas, encuentran eco en este estudio.

En el contexto de la higiene del hogar, existe una relación directa con la presencia de enfermedades de tipo respiratorio. El cuadro 18 nos muestra cómo se estableció esta relación. En este cuadro se sostiene una de las aseveraciones inicialmente establecidas, ya que, como mencionara Stokes (1981), los factores del medio afectan la salud del individuo, además de verse agravada por la práctica y hábitos insalubres.

CUADRO 17
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN RELACIÓN
CON LA HIGIENE DEL HOGAR

HIGIENE EN EL HOGAR	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS			TOTAL
	MUY FRECUENTE	POCO FRE- CUENTE	NUNCA	
SATISFACTORIA	34.8	19.1	46.1	115 47.9
ACEPTABLE	50.0	37.0	13.0	46 19.2
NO SATISFACTORIA	75.9	19.0	5.1	9 32.9
TOTAL DE CASOS	123	54	63	240
TOTAL PORCENTAJE	51.3	22.5	26.3	100

CUADRO 18
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
EN RELACIÓN A LA HIGIENE EN EL HOGAR

HIGIENE EN EL HOGAR	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS			TOTAL
	MUY FRECUENTE	POCO FRE- CUENTE	NUNCA	
SATISFACTORIA	29.6	19.1	51.3	112 47.9
ACEPTABLE	43.5	26.1	30.4	49 19.2
NO SATISFACTORIA	73.4	17.7	8.9	79 32.9
TOTAL DE CASOS	112	48	80	240
TOTAL PORCENTAJE	46.7	20.0	33.3	100

Podemos corroborar ciertamente que quienes observan mayor calidad en la higiene que practican, tienen una mejor condición de salud, ya que el 51.3% de la muestra presenta hábitos higiénicos satisfactorios; este mismo porcentaje de personas mencionaron nunca haber presentado alguna enfermedad de tipo respiratorio. Las tres cuartas partes de la población con higiene del hogar no satisfactoria, se concentra en un alto nivel de incidencia de la enfermedad.

De acuerdo a la información que programas como el de IMSS-Solidaridad proporcionan, otra de las enfermedades que se presenta en un alto porcentaje en las comunidades de México son las gastrointestinales. También se menciona que en los últimos años se ha incrementado la presencia de esta enfermedad (Flores, 1992).

En esta investigación se estableció que la existencia de enfermedades gastrointestinales está relacionada con la práctica de hábitos higiénicos en el hogar, como se muestra en el cuadro 19.

La distribución muestra cómo el 57.4% de la población que expresa practicar hábitos de higiene satisfactorios en el hogar, se concentra en el grupo que nunca ha presentado algún tipo de enfermedad gastrointestinal; mientras que la población tiende a concentrarse en altas frecuencias de dichas enfermedades a medida que los hábitos higiénicos en el hogar son considerados aceptables y no satisfactorios.

En estos casos en que las familias cuyos hábitos fueron calificados como aceptables, la mitad expresó una alta incidencia de las enfermedades gastrointestinales. El mismo caso se presenta para las tres cuartas partes de la población con hábitos no satisfactorios.

Ahora observemos en el Cuadro 20 otro de los aspectos de la higiene, que se refiere a la preparación de los alimentos y su relación con la incidencia de enfermedades gastrointestinales.

En base a esta distribución de porcentaje se puede observar que la incidencia de las enfermedades gastrointestinales es nula en el 65.8% de los casos, pues éstos mismos mantienen hábitos satisfactorios en la higiene de los alimentos. Cuando la calidad de dichos hábitos es aceptable, más de la mitad de la población se concentra en un alto porcentaje de estas enfermedades.

Por último, el 73% de quienes califican sus hábitos higiénicos como no satisfactorios, tiene una alta incidencia de esta afección, el impacto de la forma de vida sobre la salud de los individuos es determinante e innegable.

CUADRO 19
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN RELACIÓN A LA HIGIENE DEL HOGAR

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES				
HIGIENE EN EL HOGAR	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	TOTAL
SATISFACTORIA	26.1	16.5	57.4	115 47.9
ACEPTABLE	52.2	19.6	28.3	46 19.2
NO SATISFACTORIA	77.2	16.5	6.3	79 32.9
TOTAL DE CASOS	115	41	84	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	17.1	35.0	100

CUADRO 20
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN RELACIÓN CON LA HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES				
HIGIENE EN EL HOGAR	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	TOTAL
SATISFACTORIA	17.7	16.5	65.8	79 32.9
ACEPTABLE	54.0	21.8	24.1	87 36.3
NO SATISFACTORIA	73.0	12.2	14.9	74 30.8
TOTAL DE CASOS	115	41	84	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	17.1	35.0	100

4.3.2. Los servicios públicos y su relación con la salud.

Otro de los aspectos que tiene una relación directa con la presencia de enfermedades y con la condición de salud de las familias en este estudio, son los servicios públicos con los que cuentan las comunidades. Los servicios públicos comunitarios e intradomiciliarios en las colonias del presente estudio, fueron consideradas como variables precipitantes en relación a la incidencia de enfermedades, debido a que se consideran un indicador, tal y como lo planteara Ponce de León (1983). Los servicios públicos son básicos para el bienestar y salud de las poblaciones.

En cuanto al tipo de servicios públicos con que cuentan las comunidades estudiadas, se observa en el Cuadro 21 que dentro de la colonia Fomerrey 15 los servicios como agua potable, alumbrado público y recolección de basura, son accesibles casi para el 100% de la muestra. El caso del drenaje pluvial es similar, pues un 86.4% de los casos cuenta con él; dos tercios de este grupo dicen tener pavimentación en su calle. El teléfono público es el único servicio que no es accesible para el 65.9% de la población en esta colonia.

CUADRO 21
SERVICIOS PÚBLICOS DISPONIBLES EN PORCENTAJE
COLONIA FOMERREY 15

	Agua Po- table	Alumbrado Público	Drenaje Pluvial	Pavimento	Recolección de Basura	Teléfono Público
SI	98.9	98.9	86.4	69.3	100	34.1
NO	1.1	1.1	13.6	30.7	-	65.9

Por otro lado, dentro de la colonia Fomerrey 24 (véase Cuadro 22), los servicios de agua potable se encuentran presentes en la totalidad de los casos. Tanto el alumbrado público como el drenaje sanitario y el servicio de recolección de basura, se encuentran por arriba del 90% de los casos estudiados y, al igual que en la colonia Fomerrey 15, la carencia de teléfonos públicos es expresada por las dos terceras partes de la muestra. Aquí, sin embargo, el servicio más demandado es la pavimentación, pues en un 94.1% de los casos no se cuenta con él.

CUADRO 22
SERVICIOS PÚBLICOS DISPONIBLES EN PORCENTAJE
COLONIA FOMERREY 24

	Agua Po- table	Alumbrado Público	Drenaje Pluvial	Pavimento	Recolección de Basura	Teléfono Público
SI	100	96.7	92.1	5.9	94.1	37.5
NO	-	3.3	7.9	94.1	5.9	62.5

¿Cómo afecta al medio ambiente la carencia de pavimento?; ¿Qué enfermedades se provocan por la falta de drenaje?; ¿la falta de drenaje contribuye a la

práctica de hábitos insalubres? y ¿de qué manera estos hábitos generados por la falta de servicios afectan la salud?. Todas estas interrogantes impulsaron a incluir el análisis de la presencia o ausencia de servicios públicos y sus efectos sobre la condición de salud.

Observemos inicialmente la relación que se presenta entre el servicio de agua potable intradomiciliaria y la frecuencia de enfermedades gastrointestinales. De acuerdo a los datos del cuadro 23 podemos comprobar que dicha relación no se estableció, al menos en este estudio.

Esta distribución porcentual muestra que son similares los porcentajes obtenidos entre quienes cuentan con agua potable y los que no cuentan con este servicio. Sin embargo, se muestra una incidencia alta de enfermedades en el primero de los casos. Un 48.0% que representa casi la mitad de los casos con agua potable en su domicilio, presentan un alto porcentaje de enfermedades gastrointestinales. Estos padecimientos se presentan también en un 42.9% de la población que no cuenta con este servicio.

CUADRO 23
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN RELACIÓN
A LA PRESENCIA DE AGUA POTABLE INTRADOMICILIARIA

AGUA INTRA- DOMICILIARIA	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES			TOTAL
	MUY FRECUENTE	POCO FRE- CUENTE	NUNCA	
SI	48.1	16.7	35.2	233 97.1
NO	42.9	28.6	28.6	7 2.9
TOTAL DE CASOS	115	41	84	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	17.1	35.0	100

Por lo tanto, no deben dejarse de lado otras variables del estudio que pueden ofrecer respuesta a las cifras antes expuestas. Se pueden relacionar estos datos con el hecho de que al momento del levantamiento de la información, más del 93% de la población encuestada no acostumbra hervir el agua, por lo que este dato sirve como antecedente para la explicación de la distribución porcentual encontrada en el cuadro 23. Citando a Bruce Stokes (1981), debe recordarse que si se tienen todos los servicios públicos y no se toman las medidas para su preser-

vacación, se aumenta el riesgo de su desgaste y contaminación, lo cual afectará la salud.

Otro de los servicios públicos que está relacionado con la condición de salud, es el tipo de servicio sanitario con el que cuenta la familia, considerando que éste afecta el riesgo de que se presenten enfermedades gastrointestinales e infecciosas. Se analizará en primer lugar la relación encontrada entre el tipo de servicio sanitario y la incidencia de enfermedades gastrointestinales (cuadro 24) encontrada en este estudio.

CUADRO 24
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN
RELACIÓN AL TIPO DE SERVICIO SANITARIO

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES				
SERVICIO SANITARIO	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	TOTAL
EXCUSADO	37.2	17.2	45.5	145 60.4
LETRINA	63.5	16.5	20.0	85 35.4
OTROS	70.0	20.0	10.0	10 4.2
TOTAL DE CASOS	115	41	84	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	17.1	35.0	100

Es evidente que en esta relación de variables existe una relación positiva, ya que hay diferencias visibles entre los porcentajes de población con una alta frecuencia de enfermedades de acuerdo al tipo de sanitario que es utilizado. Vemos por ejemplo como casi la mitad de la muestra que tiene y usa excusado, se concentra en el nivel de nunca haber presentado enfermedades gastrointestinales, mientras que estos padecimientos son muy frecuentes para más de dos terceras partes de las personas que cuentan con letrina o fosa séptica. Los casos clasificados como otros tipos de servicios sanitarios incluyen el fecalismo al aire libre y, entre ellos, el 70% muestra una alta incidencia de enfermedades gástricas.

Examinaremos ahora el cuadro 25 que presenta el porcentaje del tipo de servicio sanitario en relación a la frecuencia de enfermedades infecciosas. Aquí nuevamente se ha establecido que el tipo de servicio sanitario que es utilizado,

contribuye a la frecuencia con que se manifiestan los padecimientos de tipo infeccioso.

Se encontró en este cuadro estadístico, que la distribución de los tres renglones en cuanto al servicio sanitario utilizado, refleja su mayor porcentaje dentro de la columna de alta incidencia de enfermedades infecciosas. En primer lugar, casi la mitad de quienes utilizan excusado tienen muy frecuentemente enfermedades infecciosas, en el mismo caso se encuentran las dos terceras partes de la muestra que utiliza letrina, encontrando por último que el 60% de los casos que usan otro tipo de servicio sanitario, tiene alta incidencia de dichos padecimientos.

CUADRO 25
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN
RELACIÓN AL TIPO DE SERVICIO SANITARIO

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES				
SERVICIO SANITARIO	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	TOTAL
EXCUSADO	44.1	22.1	33.8	145 60.4
LETRINA	62.4	21.2	16.5	85 35.4
OTROS	60.0	40.0	00.0	10 4.2
TOTAL DE CASOS	123	54	63	240
TOTAL PORCENTAJE	51	22.5	26.3	100

Es importante mencionar que una de las celdas obtuvo cero casos, que corresponde a las personas que utilizan "otros" tipos de servicios sanitarios, y que no presentan enfermedad infecciosa; es decir, que toda la población en este renglón se concentra con cierta frecuencia dentro de los padecimientos antes mencionados.

Debe insistirse en que un factor aislado no puede dar respuesta al estado de salud de los individuos. Desde principios de siglo el reconocimiento de la salud como un proceso multifuncional era mencionado por Jean Broadhurst (1925). Así pues, para la interpretación de la condición de salud encontrada en estas comunidades, podemos incluir factores diversos como la higiene, el nivel de sanidad del ambiente y otros, que pueden constituir la clave para la comprensión de la condición de salud y de la frecuencia de enfermedades encontradas en la zona estudiada.

4.3.3. Relación de las instituciones de salud utilizadas

Otra variable considerada en este estudio como precipitante de la frecuencia de enfermedades, es el tipo de instituciones o servicio de salud al que acuden los pobladores de las comunidades en estudio en caso de que lleguen a enfermarse. Desde finales de la década de los setenta, el expresidente norteamericano Jimmy Carter mencionaba que hemos convertido al Hospital en nuestra primera instancia para la salud, en vez de recurrir a él como última necesidad (Otten, 1977).

Así, en el presente trabajo se ha estimado que existe una relación entre el servicio de salud al que acude la población en estudio y las frecuencias de enfermedades encontradas en la misma. En primera instancia veremos cómo se relacionan los servicios médicos con la incidencia de enfermedades gastrointestinales.

CUADRO 26
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN RELACIÓN
CON EL TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA UTILIZADA

INSTITUCIONES UTILIZADAS	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES			TOTAL
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD	40.4	21.0	38.3	94 39.2
MEDICO PARTICULAR	37.0	18.5	44.4	27 11.3
CENTROS DE SALUD	56.0	15.0	29.0	100 41.7
OTROS	57.9	5.3	36.8	19 7.9
TOTAL DE CASOS	115	41	84	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	17.1	35.0	100

Se destaca en esta relación primeramente que, como se estimó desde el inicio, casi la mitad de la muestra total se inclina a la utilización de los centros de salud comunitarios para atender sus enfermedades, tal como Ponce de León (1983) lo expone al diferenciar la tipología de comunidades existentes y sus características.

Ahora es evidente que este grupo de personas que utilizan el Centro de Salud, presentan en más de la mitad de la población en estudio, una alta incidencia de enfermedades gastrointestinales, ocupando un segundo lugar las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE), dentro de las cuales el 40.4% de las personas presenta también una alta incidencia de enfermedades gastrointestinales.

Dentro del grupo de familias que prefieren la atención médica particular, observamos que la propensión a la enfermedad varía, pues la concentración máxima se da en un 44.4% de casos que no han presentado dicha afección. Por último, haremos mención que en la utilización de otros servicios de salud (incluyendo curación tradicional y la automedicación) también tiene como resultado un alto porcentaje de enfermedades de este tipo, ya que las dos terceras partes de este grupo se sitúa en dicha columna.

Detallemos ahora de qué forma afecta el tipo de atención médica utilizada a la frecuencia de enfermedades respiratorias (Cuadro 27).

CUADRO 27
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN RELACIÓN CON EL TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA UTILIZADA

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES				
INSTITUCIONES UTILIZADAS	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	TOTAL
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD	45.7	23.4	30.9	94 39.2
MEDICO PARTICULAR	25.9	14.8	59.3	27 11.3
CENTROS DE SALUD	52.0	20.0	28.0	100 41.7
OTROS	52.6	10.5	36.8	19 7.9
TOTAL DE CASOS	112	48	80	240
TOTAL PORCENTAJE	47.9	20.0	33.3	100

En esta distribución podemos observar cómo persiste una elevada proporción de casos con alta frecuencia de enfermedades cuando la población utiliza centros de salud u otro tipo de servicio de salud. La diferencia es mínima, y más de la mitad de las muestras en estos renglones tiene muy frecuentemente enfermedades respiratorias.

Estas afecciones disminuyen cuando se utilizan las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE), por lo que 45.7% de la población presenta una alta incidencia de enfermedades respiratorias mientras que, en el grupo que utiliza servicios médicos particulares, las dos terceras partes nunca presentan estas enfermedades y solo una cuarta parte de ellas presenta recurrencia de afecciones respiratorias.

Puede así señalarse que la mayor preponderancia de enfermedades respiratorias se relaciona con la utilización de centros de salud, automedicación y otros medios tradicionales para combatir la enfermedad; por otra parte, al utilizar instituciones de seguridad social el porcentaje de enfermedades disminuye; por otro lado, se va incrementando el número de casos con nula presencia de enfermedades respiratorias cuando se recurre a la atención particular. Se encontró, de esta manera, una relación importante entre el tipo de atención médica utilizada frente a la frecuencia observada de enfermedades respiratorias en la muestra en estudio.

CUADRO 28
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN RELACIÓN CON LAS INSTITUCIONES DE SALUD UTILIZADAS

INSTITUCIONES UTILIZADAS	FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS			TOTAL
	MUY FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD	51.1	25.5	23.4	94 39.2
MEDICO PARTICULAR	33.3	22.2	44.4	27 11.3
CENTROS DE SALUD	53.0	23.0	24.0	100 41.7
OTROS	68.4	5.3	26.3	19 7.9
TOTAL DE CASOS	123	54	63	240
TOTAL PORCENTAJE	51.3	22.5	26.3	100

Al analizar el cuadro 28 se verá la relación que guardan las enfermedades infecciosas con el tipo de servicio médico que utilizan las personas a quienes se aplicó el instrumento de obtención de datos.

Este panorama permite ver claramente cómo la más alta concentración de casos con enfermedades infecciosas, se encuentra dentro del grupo que se atiende por medio de opciones no institucionales tales como la automedicación y la curación tradicional. Se encontró que el 68.4% de los casos tiene una alta frecuencia de enfermedades infecciosas.

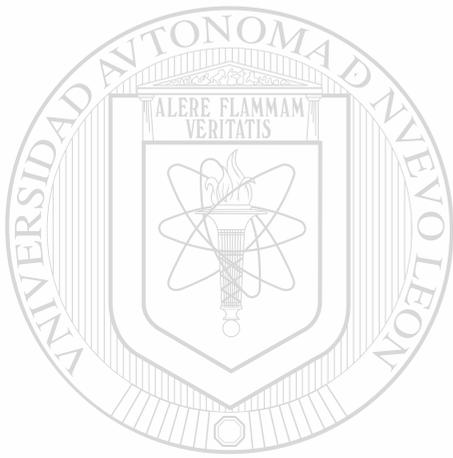
Dentro de la muestra que dice utilizar los servicios de los centros de salud, más de la mitad de la población presenta un alto porcentaje de enfermedades infecciosas. Puede observarse que la diferencia de este puntaje, comparado con el grupo que se atiende en instituciones de seguridad social, es solamente de dos puntos. Aquí el 51.1% padece alta incidencia de dichas afecciones.

En este Capítulo sobre el análisis de los resultados se observaron las relaciones entre las variables independientes, y las variables precipitantes. De las relaciones establecidas previamente, principalmente en el marco teórico y en la metodología de este trabajo, no todas fueron encontradas tal como fueron planteadas. En el siguiente apartado sobre conclusiones, se detallará un poco más la naturaleza de las relaciones realmente corroboradas y aquellas que no lo fueron. Debe subrayarse que el presente trabajo es un estudio a nivel descriptivo, por lo que no existe la pretensión de lograr relaciones cruzadas o correlacionales con algún tipo de nivel de significancia.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5

5. CONCLUSIONES

El panorama que podemos observar en cuanto a la información encontrada en nuestro campo de estudio, no ha podido más que reafirmar que existen factores de peso fundamentales sobre la condición de salud de los habitantes de las comunidades de Fomerrey 15 y 24. Nuestra postura, no obstante, se aleja de ser determinista o categórica, pues de antemano hemos expresado la convicción de que la salud es un fenómeno multifactorial. Lo único que está en nuestras manos es describir de manera sencilla la relación encontrada entre las variables propuestas para el análisis del problema investigado.

Sin duda alguna podemos afirmar que el sujeto de nuestro estudio, el ama de casa, juega un papel indiscutible como actor principal de las variables que afectan la condición de salud de una familia, ya que es la persona relacionada directamente con los aspectos familiares fundamentales, y el contacto con el entorno que afecta a su hogar. De aquí que fuera factible y casi lógico pensar que las características particulares del ama de casa, como lo son su edad, escolaridad, y ocupación, ejercieran alguna influencia sobre las condiciones de salud encontrados.

Se supuso por ejemplo, que la edad del ama de casa podía ser equivalente a su experiencia, práctica y aprendizaje. Es decir, mientras mayor fuese la edad de la mujer, sus experiencias acumuladas en el campo del cuidado familiar, su práctica adquirida y los aprendizajes realizados, se habrían incrementado, y esto sería equivalente a mejor salud.

El mismo tipo de razonamiento sería válido para la variable de la escolaridad. Sin embargo, los resultados obtenidos fueron tan homogéneos en ambas variables al relacionarlas con la condición de salud, que lo mismo daba si la madre de familia era muy joven o madura, si su escolaridad era solo de primaria o si había obtenido un nivel medio superior. En cualquiera de los casos, la diferencia no era suficientemente significativa en relación a la condición de salud encontrada.

De la misma forma que en las dos variables antes mencionadas, se presentaron dos aspectos más en cuyo caso pudimos observar interesantes comportamientos:

a). La ocupación de la madre de familia, en donde el hallazgo principal fue que más del 85% de las amas de casa son precisamente amas de casa. Menos de la quinta parte de nuestra muestra realiza trabajos extradomésticos. Esto sin embargo no significó un monto importante a la hora de estimar cual era la situación de la salud entre las familias.

b). Por otro lado, y tomando en consideración que la zona en donde se encuentran ubicadas las comunidades estudiadas, fue antiguamente utilizada como tiradero de basura y desechos provenientes de toda la ciudad de Monterrey, se consideró el tiempo de vivir en la comunidad como un factor de exposición a agentes nocivos que pudieran ser causa de deterioros a la salud. No obstante, se encontró que esta variable no constituyó la diferencia entre quienes gozaban de buena salud y quienes no.

Curiosamente, casi podríamos decir que la antigüedad que tienen los pobladores de estas dos comunidades residiendo ahí, ha disminuido su recurrencia de enfermedades. Pero más que esto, creemos que la respuesta está en otros puntos clave que no se encontraron entre las variables demográficas de este estudio.

Para llegar a estos puntos clave, el análisis se dirigió a las variables que constituyeron factores predisponentes de la salud. Dentro del conjunto de estos factores, que finalmente conservamos en nuestro esquema, se encuentra uno básico: la información recibida sobre aspectos de salud y medio ambiente que mostró una estrecha correlación con los aspectos de la salud.

Podemos afirmar que no es la instrucción formal (hablamos de escolaridad), sino la información y capacitación que las personas reciben en aspectos prácticos específicos lo que puede marcar una diferencia en los patrones de salud encontrados. En nuestro caso sobre los asuntos de la salud y su preservación. Dentro del análisis pudimos captar el hecho de que son las personas mejor informadas quienes reflejan mejor higiene y menos enfermedades. Es decir que en su conjunto tienen una mayor condición de salud.

Es innegable que el impacto de este antecedente -de contar con información sobre salud- en relación a muchos de los factores básicos de la salud, quien está mejor informado cuida en mayor medida su higiene, la de su hogar y la su familia. Debido a esto se refleja menor morbilidad y una salud más fortalecida. El problema que desequilibra este evento es: ¿qué tanto desean las personas estar informadas? o ¿en qué medida participan para obtener su información y protección? En este sentido, se pudo medir la situación de la población -aunque de manera muy simple, refiriéndonos a su intervención en acciones comunitarias preventivas.

Abordando ésta área, encontramos relación entre el factor de participación con el resto de las variables precipitantes. Si bien es cierto que más del 85% de la muestra entrevistada no acostumbra intervenir en acciones organizadas en su comunidad, es precisamente este grupo el que refleja mejores condiciones de sanidad y salud, por lo cual se entiende que la relación se presenta de manera inversa: cuando hay poca participación la higiene y salud de las familias fue encontrada en altos niveles y viceversa.

Podríamos aludir como razón para tales resultados, que en este tipo de comunidades la participación significa más que un aspecto contribuyente del mejoramiento de la salud. Es decir, un agente de distracción de las tareas encaminadas al cuidado de la misma viéndolo con un matiz negativo. También se podría mencionar que la participación puede estar encaminada a otros fines, ya sean políticos, económicos o de otra índole. Hemos preferido pensar que hay factores de más peso, ya que pueden proporcionarnos mayor luz para el entendimiento de la variabilidad en las condiciones de salud.

Efectivamente, estos factores que mencionábamos pueden encontrarse entre las variables precipitantes que hemos incluido en nuestro esquema explicativo. En lo que respecta a estas variables independientes, hemos podido establecer que la variable que es más significativa en el análisis de la condición de salud, es la que se refiere a la práctica de la higiene, la cual en este estudio se ha dividido en tres categorías: 1) la higiene personal practicada; 2) los hábitos de higiene en el hogar y 3) la higiene utilizada en la preparación de alimentos.

Se ha comprobado cómo la variación de las condiciones de salud y la proporción en que se encuentra una frecuencia de enfermedades, se relaciona directamente con la calidad de los hábitos higiénicos que se llevan a cabo, puesto que en promedio, la mitad de los casos entrevistados presentan alta incidencia de enfermedades (en los tres ámbitos analizados: gastrointestinales, respiratorios e infecciosos). De esos casos, más de las tres cuartas partes se relacionan con la práctica de hábitos insalubres tales como la no higienización de los alimentos, no hervir el agua, una higiene del hogar poco regular y hábitos contaminantes en su entorno.

Parece interesante resaltar el hecho de que precisamente este grupo que refleja alta frecuencia de enfermedades y que tiene relación directa con la práctica de hábitos insalubres, tiene también como antecedente el no contar con información sobre la salud y sus cuidados. Es decir, que este factor nos remite a reafirmar el peso que ejerce la variable de información obtenida sobre los aspectos precipitantes de la salud.

El conjunto de indicadores que nos lleva a concluir que la higiene es fundamental para el mejoramiento de la salud, no está completo entonces sin los antecedentes que determinan el comportamiento de las personas frente a los cuidados de su salud, tales como su instrucción sobre aspectos prácticos que ayuden a combatir y prevenir la enfermedad

Es innegable, de hecho, que a la práctica de hábitos higiénicos de calidad anteceden factores como la instalación de una infraestructura de calidad. En este sentido, también incluimos entre nuestra gama de variables el aspecto que toca a los servicios públicos básicos existentes en nuestras colonias participantes.

Dentro del análisis que hemos hecho previamente, describimos de qué manera la distribución de servicios públicos básicos en las comunidades que estudiamos es casi completa. Es decir, los servicios tales como el agua potable, red de drenaje y electrificación, están presentes casi en la totalidad de la población, y solo un factor se encuentra alejado de satisfacer por lo menos a la cuarta parte de la población abarcada: el de la pavimentación. En este sentido, se ha confirmado que en donde el servicio de pavimentación está ausente, el incremento de enfermedades de tipo infeccioso y respiratorio es innegable, decreciendo así las condiciones de salud.

Un hallazgo interesante que se obtuvo, fue el control de las condiciones de salud de la incidencia de enfermedades mediante las variantes del agua potable y del drenaje sanitario. Estos dos indicadores no representaron fuerza de variación para la condición de salud de las poblaciones estudiadas. Puede decirse entonces que el verdadero factor contribuyente es el control sanitario que se efectúa en el cuidado de estos dos servicios. Es decir, con qué calidad de higiene se conservan el agua potable y el servicio sanitario que se utiliza.

Hay además aspectos subyacentes que pueden ser indicios explicativos, tales como que a pesar de existir en un 100% la distribución de la red de drenaje sanitario, existen todavía familias que conservan otros métodos como la utilización de letrinas y el deshecho de aguas residuales en la vía pública, afectando su propia higiene y salud.

En este orden de ideas, volvemos a retomar como punto clave el referente al modo de vida y su impacto sobre la salud. Vemos cómo la calidad de los hábitos higiénicos repercute en aspectos determinantes de la salud, como lo son bási-

camente la frecuencia de enfermedades que se hace patente en las comunidades estudiadas. De sobra reconocido es el hecho de que la higiene es fundamental. Este aspecto ha sido objeto de múltiples y muy diversas investigaciones en relación con la salud.

Otro aspecto también innegable concierne al hecho de que la morbilidad de una población es determinante para estimar sus condiciones de salud. Estos son factores casi transparentes. Así, podemos catalogar a una población que refleja gran incidencia de enfermedad como poseedora de una condición de salud baja y, de manera inversa, en donde encontramos poca frecuencia de enfermedades puede ser denominada como una área con condición de salud alta.

Dentro de las dos comunidades que constituyeron nuestro campo de análisis, encontramos claramente una variación de la condición de salud. El conjunto de indicadores sobre la incidencia de enfermedad en ambas colonias difiere enormemente, ya que mientras que en la colonia Fomerrey 15 más del 63% de la muestra se ubica en el grupo que nunca tiene enfermedades gastrointestinales, respiratorias o infecciosas, en la muestra de la colonia Fomerrey 24 la característica predominante es que en más del 66% de los casos se refleja una alta frecuencia de enfermedades de los tres tipos que incluimos en el análisis.

Esto es, que las condiciones de salud obtenidas en las muestras estudiadas fueron las siguientes.

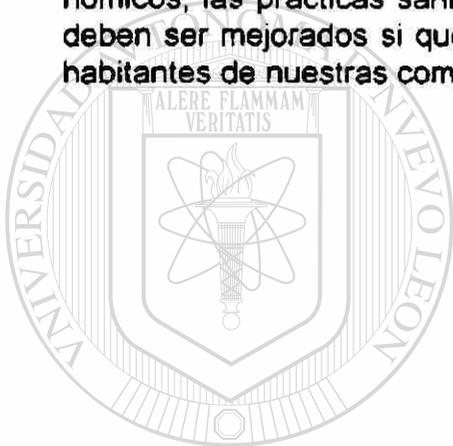
a) En la colonia Fomerrey 15 podemos catalogar la condición de salud existente como alta, con poca frecuencia de enfermedad y relacionada con la mayor cobertura de los servicios públicos existentes y con la utilización de medidas higiénicas más satisfactorias, respaldadas por una mayor aceptación de información general en favor de la prevención para la salud.

b) En la colonia Fomerrey 24 se encontró que subsisten las carencias en cuanto a la provisión de servicios públicos para el 100% de la población. Se habla específicamente de la pavimentación, aspecto que aunado a la no utilización por todos los pobladores de las redes de drenaje sanitario, a la instalación de letrinas, a la poca permeabilidad que se tiene en cuanto a información e instrucción sobre la salud y a la persistencia de hábitos de higiene poco satisfactorios, conllevan todos a la configuración de un panorama de salud pobre, es decir, a una condición de salud baja.

Efectivamente, se encontraron factores cuya confluencia repercute sin lugar a dudas sobre la salud de las personas, familias y comunidades. Hemos de remarcar también que el entorno que nos rodea es cambiante y que las personas que se exponen a este universo de aspectos en movimiento cambian también. Así, la salud y enfermedad se plantean interminablemente como un devenir, un proceso multifactorial.

Dentro de este cambio continuo es que podemos descomponer frases tan utilizadas en nuestro medio como "los hábitos arraigados son difíciles de romper" y en lugar de ello se puede decir que "los hábitos de las personas son susceptibles al cambio". Es en este sentido que podemos retomar el camino de la solución a los problemas de salud en nuestras comunidades, proponiendo y ejecutando seriamente medidas extensivas de información y adiestramiento dirigidas a las comunidades; elaborando y llevando a la práctica programas de mejoramiento de las condiciones de vida de nuestras poblaciones.

Podemos prever que la solución de los problemas de salud no se encuentra solamente en ampliar la cobertura de los servicios de salud institucionalizados, sino en atacar las carencias y dificultades que cada comunidad enfrenta en su vida cotidiana. La contaminación, la provisión de infraestructura, los niveles económicos, las prácticas sanitarias y los ámbitos educacionales, son aspectos que deben ser mejorados si queremos buscar elevar las condiciones de salud de los habitantes de nuestras comunidades.

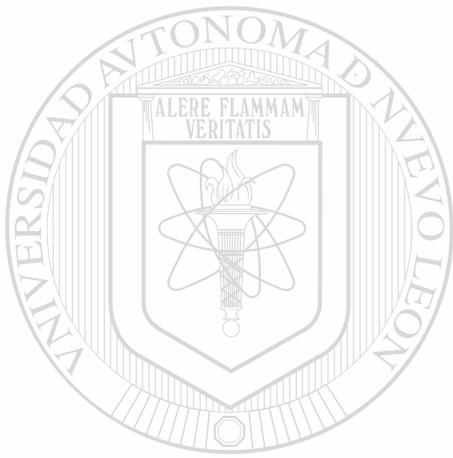


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, Nels

(1981) *Sociología de la comunidad urbana*, México, Fondo de Cultura Económica.

Baena, Guillermina y Sergio Montero

(1989) *Comunicación para la salud: una estrategia para la participación comunitaria*, México, Ed. Pax México.

Bennett, Romero; Humberto Romero A.; Pedro Daniel M. y Enrique Tolivia M.

(1979) *Trabajo social, ecología y salud*, México, Ed. Care.

Bernard, Claude

(1976) *Introducción al estudio de la medicina experimental*, Barcelona, Editorial Fontanella.

Broadhurst, Jean

(1925) *Home and community hygiene*, Philadelphia, Benjamín R. Andrews.

Cárdenas, Rosa María y Blanca Huerta

(1988) *Contaminación ambiental por ruido, caso San Nicolás de los Garza, N. L.*, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Careaga, Gabriel

(1977) *Mitos y fantasías de la clase media*, México, Joaquín Mortiz.

Diario Oficial de la Federación. Órgano del gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Tomo CDLXXXIII, No. 9, 13 de Diciembre de 1993, México, D. F.

Diccionario Enciclopédico Larousse, México, Ediciones Larousse, 1988.

Eckholm, Erick P.

(1977) *La salud del hombre: causas ambientales de nuestras dolencias*, Buenos Aires, Ed. Tres Tiempos.

Eikmann, T. y Kloke

(1992) "Waste burdens, hazardous paths, aims of protection, environmental-toxicological assessment," en *Gesundheitswesen, Gelsenkirchen*, Germany. Vol 54, Num. 2, Febrero, pags. 81-87.

Ellis, P. y Greenberg

(1992) "Environmental contaminated families: therapeutic considerations," en *American Journal of Orthopsychiatry*, Newton Mass, Vol. 62, Num 1, Enero, pags. 44-54.

Enciclopedia Médico Familiar

(1982) Tomo 1, Barcelona, Editorial Nauta.

Facultad de Ingeniería Civil de la UANL

(1992) *Contaminación del suelo y del agua subterránea en el área de los antiguos tiraderos de desechos sólidos ubicados en el área noroeste de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México*, Departamento de Ingeniería Ambiental, Monterrey, México.

Flores, Angel

(1992) "Por qué las madres se lavan las manos," *Programa IMSS-Solidaridad*, Vol. 10, No. 4, Julio-Agosto 1992.

González, Erika

(1986) "La contaminación, muerte lenta," en *Información Científica y Tecnológica*, Vol. 8, No. 112, Abril de 1986.

Guillén, Tonatiuh

(1990) "Contaminación del medio ambiente", en *Publicación Semestral del Colegio de la Frontera Norte*, Vol. 2, No. 4, Julio-Dic. 1990, 98-115

Hernández S., Roberto; Carlos Fernández C. y Pilar Baptista L.

(1993) *Metodología de la investigación*. México, Ed. McGraw Hill.

Higoshida Hirose, Bertha

(1991) *Ciencias de la Salud*, México, Magraw-Hill Interamericana

IMSS-Solidaridad

(1991) "Reseña hemerográfica," en *Programa I.M.S.S.-Solidaridad*, Vol. 8, No. 3, Mayo-Junio 1991, pag. 9

Kisnermann, Natalio

(1990) *Salud pública y Trabajo Social*, Buenos Aires, Ed. Humanitas.

Lawrence, Roderick J.

(1991) "Vivienda y salud." *Salud mundial*, OMS, Suiza, Junio, pag. 21.

Méndez R., Ignacio; Delia Namihira G.; Laura Moreno A. y Cristina Sosa,

(1990) *El protocolo de la investigación*, México, Ed. Trillas.

Mestres, R y G. Mestres

(1992) "Deltamethrin: uses and environmental safety," en *Review of environmental contamination toxicology*, Paris, pags. 1-18.

Naciones Unidas

(1954) *Informe sobre la definición y medición internacional del nivel de vida*, Nueva York, editado por Naciones Unidas.

OMS

(1987), "La gente y la salud", *Foro Mundial de la Salud*, Publicación de la O.M.S., Vol. 8, 1987, pags. 28-32

Otten, Alan L.

(1977) "Políticas y Gente." *Wall Street Journal*, Febrero 24.

Pani, Alberto J.

(1917) *Hygiene in Mexico: a study of sanity and educational problems*, New York, The Knickerbocker Press.

Perloff, Harveys

(1973) *La calidad del medio ambiente urbano*, Barcelona, Ed. Oikos-Taw.

Ponce de León, Esmeralda

(1983) *Los Marginados de la ciudad*, México, Trillas, 2a. Edición.

Porterfield, John

(1968) *La salud de la comunidad*, Buenos Aires, Editorial Bibliográfica Argentina.

Quiroz, Carlos y Jorge Alarcón

(1985) "Función metodológica del concepto de salud en la evaluación de la meta de Salud para todos en el año 2000", en *Educación Médica y Salud*, Vol. 19, No. 3, 1985, pags. 302-305

Revista del consumidor

(1991) "La contaminación y sus efectos sobre salud," No. 167, Enero, México, pag. 48

Reyes, Agustín

(1991) *Administración de personal*, México. Ed. Limusa.

San Martín, Hernán

(1983) *Salud y Enfermedad*, México, Prensa Médica Mexicana, 4º Edición.

Schulz S. y A. Kroeger

(1992) "Soil contamination with ascaris lumbricoides eggs as an indicator of environmental hygiene in urban areas of north-east Brazil," en *Journal of Tropical and Medical Hygiene*, Germany, Vol 95, Num. 2, Abril, pags. 95-103.

Secretaría de Programación y Presupuesto

(1989) "Acuerdo Nacional para el mejoramiento productivo del nivel de vida", en *Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994*, Junio, pags. 95-123

Stanley L., Robbins

(1985) *Patología Humana*, Madrid, McGraw-Hill.

Stokes, Bruce

(1981) *Helping ourselves: local solutions to global problems*, New York, W. W. Norton and Company.

Szymanska, J. A y J. Chmielnicka

(1991) "Health effects of exposure of humans to inorganic arsenic compounds," en *Medical Praxis*. Lodzi, Polonia. Vol 42 Num. 3, pags. 199-206.

Vargas, Luis Alberto

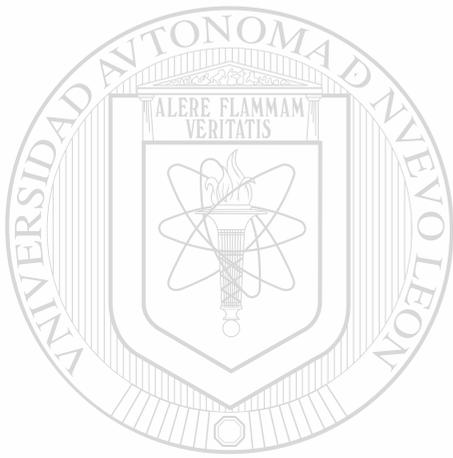
(1991). "Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer," en *Gaceta Médica de México*, Vol. 127, Número 1, Enero-Febrero.

Villalobos, Patricia

(1991) "Ecología, contaminación y salud," en *Información Científica y Tecnológica*, Vol. 13, No. 173, Febrero de 1991, pag. 33.

Vizcaino, Francisco

(1975) *La contaminación en México*, México, Fondo de Cultura Económica.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE 1

CEDULA DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

SALUD Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES

1. Número de encuesta: _____ V. 1 _____

2. Colonia: _____ V. 2 _____

1. _____

2. _____

Dirección: _____

3. Edad de la madre de familia: _____ V. 3 _____

4. Escolaridad de la madre de familia: _____ V. 4 _____

5. Cuál es la ocupación de la madre de familia? V. 5 _____

6. Cuánto tiempo tiene de vivir en la colonia? V. 6 _____

- | | | |
|----|-------|-------------------|
| 1. | _____ | De 0 a 1 año |
| 2. | _____ | De 2 a 5 años |
| 3. | _____ | De 6 a 10 años |
| 4. | _____ | De 11 a 15 años |
| 5. | _____ | De 16 a más años. |

Qué servicios públicos tiene la colonia?

	1. SI	2. NO	
7. Agua Potable.			V. 7 _____
8. Alumbrado público.			V. 8 _____
9. Drenaje pluvial.			V. 9 _____
10. Pavimentación.			V.10 _____
11. Recolección de basura.			V.11 _____
12. Teléfono público.			V.12 _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

	1. SI	2. NO	
13. Agua potable intrad.			V.13 _____
14. Drenaje intradomiciliario			V.14 _____
15. Electricidad			V.15 _____
16. Teléfono			V.16 _____

17. Cuentan con afiliación en alguna institución de salud? V.17 ____

1. ____ IMSS
2. ____ ISSSTE
3. ____ Particular (NOVA, VIDRIERA, etc.)
4. ____ Otros (Especificar) _____
5. ____ Ninguna.

18. Cuando usted o algún miembro de la familia se enferman a dónde acuden para que lo atiendan? V.18 ____

1. ____ Clínica del IMSS
2. ____ Clínica del ISSSTE
3. ____ Médico particular
4. ____ Centro de salud o dispensario
5. ____ Automedicación
6. ____ Otros (Especificar) _____

19. Cuántas personas de la familia trabajan? V.19 ____

20.- Cuánto aporta cada miembro para el gasto familiar? V.20 ____

PARENTESCO	APORTACIÓN MENSUAL
TOTAL	

NO UTILIZAR ESTE ESPACIO:

1. INGRESO ALTO _____

2. INGRESO MEDIO _____

3. INGRESO BAJO _____

21. En un periodo de seis meses atrás, Se ha enfermado algún miembro de la familia?

V.21 _____

1. _____ Si

2. _____ No

22. En un periodo de seis meses atrás, Algún miembro de la familia ha estado hospitalizado?

V.22 _____

1. _____ Si

2. _____ No

23. En un periodo de seis meses atrás, Cuántas veces se han enfermado los miembros de la familia de las siguientes enfermedades?

NO UTILIZAR ESTAS HOJAS

En un período de seis meses atrás. Cuántas veces se han enfermado los miembros de la familia de las siguientes enfermedades?

23.- Enfermedades Gastrointestinales:

V.23 ____

ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	1 MUY FRECUENTE	2 CON REGULAR FRECUENCIA	3 POCO FRECUENTE	4 NUNCA
DOLOR DE ESTOMAGO				
DOLOR INTESTINAL				
AMIBIASIS				
LOMBRICES				
DIARREA				
VÓMITOS				

24. Enfermedades respiratorias:

V.24 ____

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	1 MUY FRECUENTE	2 CON REGULAR FRECUENCIA	3 POCO FRECUENTE	4 NUNCA
TOS				
DOLOR DE PECHO				
BRONQUITIS				
EFISEMA				
DIFICULTAD PARA RESPIRAR				
SINUSITIS				
NEUMONÍA				

24. Enfermedades alérgicas o infecciosas

V.25 _____

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	1 MUY FRECUENTE	2 CON REGULAR FRECUENCIA	3 POCO FRECUENTE	4 NUNCA
PROBLEMAS EN LOS OJOS				
PROBLEMAS EN LOS OÍDOS				
ASMA				
DOLOR DE GARGANTA				
GRIPE				
ERUPCIONES EN LA PIEL				
ESCABIASIS (SARNA)				

26.- Los miembros de la familia, cada cuándo acostumbran el baño?

1. _____ Diariamente.
 2. _____ Cada tercer día.
 3. _____ Cada semana.
 9. _____ No contestó

27. Los miembros de la familia, con qué frecuencia acostumbran lavarse las manos? _____

1. _____ Las veces que sea necesario.
 2. _____ Antes de comer y después de ir al baño
 3. _____ Diariamente
 9. _____ No contestó

28. Cada cuándo acostumbran lavarse los dientes? _____

1. _____ Después de cada comida
 2. _____ Una vez al día
 3. _____ Una vez a la semana
 9. _____ No contestó

29. Cada cuándo realiza el aseo de su casa? _____

1. _____ Una o dos veces al día
 2. _____ Cada tercer día.
 3. _____ Una vez a la semana.
 9. _____ No contestó

30. Cada cuándo acostumbra realizar el aseo de las camas? _____

1. _____ Cada semana
 2. _____ Cada dos semanas
 3. _____ Cada tres o más semanas
 9. _____ No contestó

31. La basura de su casa la elimina por medio de: _____

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

32. Dónde tira el agua residual? (trapeador, lavado de ropa, etc.) _____

1. _____ Drenaje intradomiciliario
 2. _____ Banqueta o patio de la casa
 3. _____ En la calle
 9. _____ No contestó

33. Qué tipo de servicio sanitario utiliza en su hogar? V.29 _____

1. _____ Excusado
 2. _____ Letrina
 3. _____ Otros (especificar) _____
 9. _____ No contestó

34. Cada cuándo realiza la limpieza del servicio sanitario _____

1. _____ Diariamente.
 2. _____ Cada semana
 3. _____ Cada dos o más semanas
 9. _____ No contestó

35. Durante la preparación de alimentos, En qué momento se lava las manos? _____

1. _____ Cada vez que es necesario
 2. _____ Antes de empezar
 3. _____ Después de terminar
 9. _____ No contestó

36. Desinfecta frutas y verduras? _____ ®

1. _____ Siempre
 2. _____ Casi siempre
 3. _____ De vez en cuando
 9. _____ No contestó

37. Qué hace usted para evitar la contaminación de los alimentos? _____

1. _____ Refrigerarlos
 2. _____ Mantenerlos tapados
 3. _____ Nada
 9. _____ No contestó

**NO UTILIZAR ESTOS ESPACIOS
CONCENTRADO DE CODIFICACIONES DE HABITOS HIGIENICOS**

26. Hábitos de higiene personal:

V. 26 ____

HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL	1 SATISFAC- TORIOS	2. ACEPTABLE	3. NO SATIS- FACTORIOS	4. NO CONTESTO
FRECUENCIA DEL BAÑO				
LAVADO DE MANOS				
CEPILLADO DE DIENTES				

27. Hábitos de higiene en el hogar

V. 27 ____

HÁBITOS DE HIGIENE EN EL HOGAR	1. SATISFAC- TORIOS	2. ACEPTABLE	3. NO SATIS- FACTORIOS	4. NO CONTESTO
ASEO DEL HOGAR				
ASEO DE LAS CAMAS				
ELIMINACIÓN DE BASURA AGUAS RESIDUALES				
ASEO DE SANITARIO				

28. Higiene en la preparación de alimentos

V. 28 ____

HABITOS EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	1. SATISFAC- TORIOS	2. ACEPTABLE	3. NO SATIS- FACTORIOS	4. NO CONTESTO
LAVADO DE MANOS				
DESINFECTA FRUTAS Y VERDURAS				
HIERVE EL AGUA				
CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS				

38. Hierve el agua para tomar? _____

1. _____ Si, siempre
 2. _____ Si, de vez en cuando
 3. _____ No
 9. _____ No contestó

39. Cómo considera el estado de salud de los miembros de la familia? _____

V.30 _____

1. _____ Buena
 2. _____ Regular
 3. _____ Mala

40. Considera ud. que en ésta colonia existe contaminación? V.31 _____

1. _____ Sí
 2. _____ No (pasar a pregunta # 42)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

41.- Qué tipo de contaminación cree que existe? [®]

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

	1. SÍ	2. NO
32. En agua		
33. Basureros		
34. Excremento humano		
35. Por animales		
36. Otros (polvo, humo, etc.)		

V.32 _____

V.33 _____

V.34 _____

V.35 _____

V.36 _____

42.- Qué ocasionaría el tener contaminación de diferentes tipos en la colonia? V.37 _____

1. _____ Enfermedades
2. _____ Mal aspecto
3. _____ Malos olores
4. _____ Criadero de animales.
5. _____ Otros (especifique): _____

43.- Participa o ha participado ud. en alguna actividad para evitar la contaminación? V.38 _____

1. _____ Sí
2. _____ No (Pasar a pregunta #45).

44.- En qué actividades ha participado? V.39 _____

45.- Existe en la colonia algún comité de vecinos encargado de vigilar que no haya contaminación? V.40 _____

1. _____ Sí
2. _____ No

46. Ha recibido ud. alguna información sobre la contaminación? V.41 _____

1. _____ Sí
2. _____ No

47. Ha recibido ud. alguna información sobre programas de salud? V.42 _____

1. _____ Sí
2. _____ No (Pasar a la pregunta # 50)

48. Sobre que temas ha recibido información? V.43 _____

49. A través de que medios ha recibido ésta información? V.44 _____

- | | | |
|-----|-------|----------------------------|
| 1. | _____ | Clínicas |
| 2. | _____ | DIF |
| 3. | _____ | Escuelas |
| 4. | _____ | Centros de salud |
| 5. | _____ | Campañas comunitarias |
| 6. | _____ | Televisión |
| 7. | _____ | Radio |
| 10. | _____ | Periódico |
| 11. | _____ | Revistas |
| 12. | _____ | Otros (Especificar): _____ |
| 9. | _____ | No se aplica |

50. Cuando la invitan a alguna plática de orientación sobre salud y contaminación, usted asiste: V.45 _____

- | | | |
|----|-------|------------------|
| 1. | _____ | Siempre |
| 2. | _____ | Casi siempre |
| 3. | _____ | De vez en cuando |
| 4. | _____ | Nunca |

51. Por qué? V.46 _____

52. Con qué frecuencia le gustaría que en su colonia se dieran pláticas de orientación? V.47 _____

53. Sobre que temas le gustaría recibir orientación? V.48 _____

54. Porqué le gustaría éstos temas? V.49 _____

Observaciones:



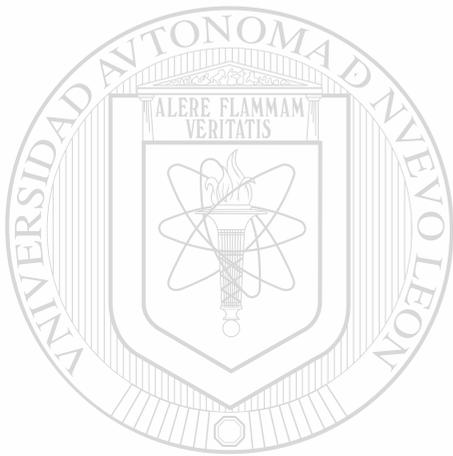
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

FECHA: _____ ENTREVISTADOR: _____



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE 2

INSTRUCTIVO DE CODIFICACION

INSTRUCTIVO DE CODIFICACION

1). INSTRUCCIONES GENERALES:

- 1.1. Se debe efectuar la codificación llenando los espacios destinados para ello, los cuáles se encuentran en el margen derecho. Anotar sólo un dígito en el espacio y hacerlo utilizando tinta de color rojo.
- 1.2. Anotar los códigos correspondientes a la alternativa fija que mejor responda a la pregunta realizada.
- 1.3. En los casos de pregunta abierta con respuesta numérica (ejem. edad, tiempo de vivir en la colonia, etc.) transcribir la respuesta numérica en el espacio de codificación.
- 1.4. Cuando una pregunta deba ser ignorada por ser consecuente a la respuesta anterior, anotar el número 9 si cuenta con un espacio y el 99 si cuenta con dos, esto corresponde a "No se aplica".
- 1.5. Cuando una respuesta corresponda a "no sabe" o "no contestó", anotar el código 8 si es un solo espacio y el 88 si se trata de dos espacios.

NOTA:

1. *La utilización de los códigos 9-99 y 8-88 queda fuera de orden - cuando las alternativas de respuesta fija establecen otro código para las mismas respuestas.*

2. *Deben ser utilizados todos los espacios de codificación, si la -- pregunta incluye dos espacios de codificación y la respuesta -- representa un código simple, se debe anteponer un cero.*
Ejemplo:

- Cuánto tiempo tiene de vivir en la colonia? 7 años, anotar 0 / 7.

2). INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

En algunos casos, la respuesta directa de varias preguntas debe ser vaciada en un concentrado que brindara la estimación final de aspectos como la calidad de hábitos higiénicos y la frecuencia de enfermedades.

A continuación se presentan las indicaciones para codificar dichas preguntas:

Ejemplo:

26. Los miembros de la familia, Cada cuándo acostumbran el baño?

V. _____

- | | | |
|----|--------|------------------|
| 1. | _____ | Diariamente |
| 2. | _____ | Cada tercer día. |
| 3. | _____√ | Cada semana. |
| 4. | _____ | No contestó |

Se anota en el espacio del código el número de la respuesta seleccionada, esta tiene un equivalente dentro del concentrado sobre hábitos higiénicos en dónde se mide directamente su calidad.

HABITOS DE HIGIENE PERSONAL

V. _____

FRECUENCIA DEL BAÑO	1 SATISFACTORIO	2 ACEPTABLE	3 NO SATISFACTORIO	8 NO CONTESTO
			√	

La respuesta obtenida fué 3, (cada semana) y su equivalente directo es 3 (no satisfactorio) en el cuadro de medición de calidad.

Una vez vaciados en este cuadro todos los datos correspondientes al rubro de la higiene que se evalúa (personal, del hogar o de la alimentación). Se promedian los porcentajes obtenidos para obtener el calificativo adecuado de la variable; ejem:

26 Hábitos de higiene personal:

V 26 ____

	1 SATISFACTORIO	2 ACEPTABLE	3 NO SATISFAC- TORIO	8 NO CONTESTO
FRECUENCIA DEL BAÑO			√	
LAVADO DE LAS MANOS		√		
CEPILLADO DE LOS DIENTES			√	

En este ejemplo, la incidencia mayor se da en el código 3 (no satisfactorio), siendo éste el que vamos a colocar en el espacio para el código de la variable 26, de la misma forma se calificarán, la variable 27 (hábitos de higiene en el hogar) y la variable 28 (higiene en la preparación de alimentos).

De forma similar a lo anterior se realizará la codificación de las variables 23, 24 y 25 referentes a la frecuencia de enfermedades gastrointestinales, respiratorias e infecciosas, respectivamente

Existe un cuadro general en el que se cuestiona al ama de casa sobre que tipo de enfermedades y con que recurrencia han tenido los miembros de su familia (cédula de entrevista, pág. # 4), de ahí se hará el vaciado correspondiente en los concentrados de estimación

Ejemplo:

23. Frecuencia de enfermedades gastrointestinales

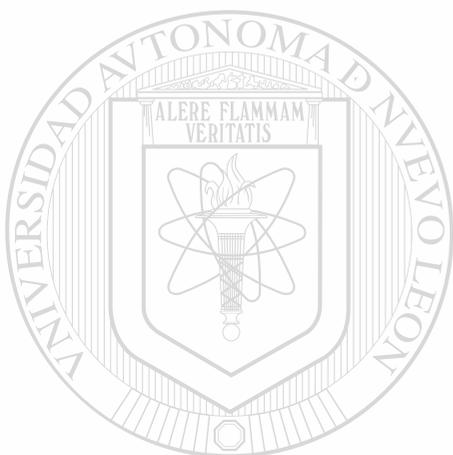
/ ___ / [®]

	1 MUY FRECUENTE	2 REGULAR FRECUENCIA	3 POCO FRECUENTE	8 NUNCA
DOLOR DE ESTOMAGO	√			
DOLOR INTESTINAL	√			
AMIBIASIS		√		
LOMBRICES		√		
DIARREA	√			
VOMITOS	√			

La preponderancia aquí se da sobre el código 1 (muy frecuente), entonces anotamos el número 1 en el espacio de codificación.

De igual manera se codificarán la variable 24, enfermedades respiratorias y la variable 25 enfermedades infecciosas.

3) Si surgen dudas durante el proceso de codificación, acudir al responsable de la investigación.

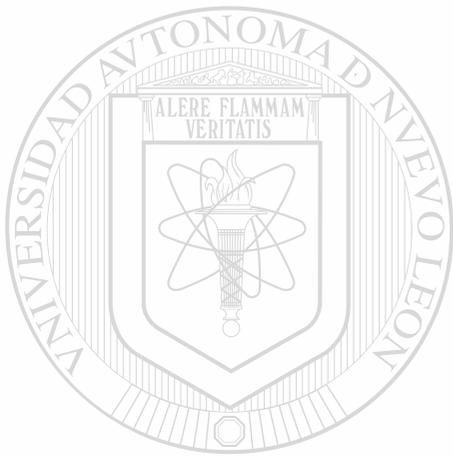


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE 3

**PROCESAMIENTO ESTADISTICO
PARA LA OBTENCION DE LA
MUESTRA**

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

1.- Fórmula base para la obtención de la muestra:

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

Procedimiento de cálculo específico para la muestra de las dos áreas geográficas:

$$S^2 = P(1 - P) = 9(1 - 9) = .09$$

$$V = (.015)^2 = .000225$$

$$n = \frac{.09}{.000225} = 400$$

$$n' = \frac{n'}{1 + \frac{n}{n}} = \frac{400}{1 + \frac{400}{591}} = \frac{400}{1 + 0.67} = \frac{400}{1.67} = 240$$

2.- Procedimiento complementario mediante la estratificación.

El procedimiento utilizado para la obtención de la muestra de cada colonia se efectuó siguiendo la fórmula para la estratificación:

$$fh = \frac{n}{N}$$

Esta fórmula proporcionó una constante para ambas colonias (estratos) de .41 así:

$$fh = \frac{240}{591} = .41$$

Ahora bien, para la obtención del tamaño de la muestra para cada estrato se multiplicó el tamaño de los subgrupos (Nh) por el valor constante que se encontró (.41). De este modo, en el caso de la colonia Fomerrey 15 se efectuó el siguiente cálculo:

$$N_h \times f_h = n_h = 212 \times .41 = 86.92$$

Y para la colonia Fomerrey 24 se realizó el siguiente cálculo:

$$N_h \times f_h = n_h = 379 \times .41 = 155$$

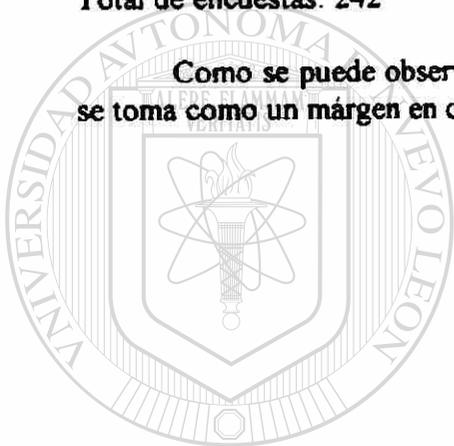
Entonces se encontró que el tamaño de la muestra (n_h) para cada comunidad fue el siguiente:

$$\text{Fomerrey 15} = 86.92 = 87 \text{ encuestas}$$

$$\text{Fomerrey 24} = 155 = 155 \text{ encuestas}$$

Total de encuestas: 242

Como se puede observar, estratificar la muestra incrementa el total de casos, lo cual se toma como un margen en caso de invalidar o anular algún caso entrevistado.

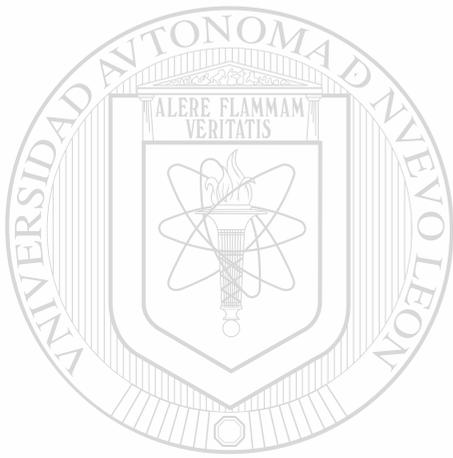


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE 4

**PROGRAMA BASICO PARA
EL PROCESAMIENTO DE
LOS DATOS SPSS/PC**

DATA LIST FILE=JUANY.PRG/V1 1-3 V2 4 V3 5-6 V4 7-8 V5 TO V43 9-47
V44 48-49 V45 TO V49 50-54.

VAR LABELS

/V1 'NO.CUEST'

/V2 'COLONIA'

/V3 'EDAD'

/V4 'ESCOLAR'

/V5 'OCUP.MADRE'

/V6'TIEMPO DE VIVIR EN COL'

/V7'AGUA POT'

/V8 'ALUM.PUBL'

/V9 'DRENAJE PUB'

/V10'PAVIMENT'

/V11 'RECOLE BASURA'

/V12 'TEL PUBL'

/V13 'AGUA INTRADOM'

/V14'DRENAJE INTRAD'

/V15'ELECTRICIDAD'

/V16'TEL PRIVADO'

/V17'AFIL.A INST SAL'

/V18'DONDE ACUD.EN ENFER'

/V19 'NO PERS QUE TRAB'

/V20 'APORT MENSUAL'

/V21'SE HA ENFER ALGUIEN'

/V22 'ALGUEN SE HA HOSPITALIZADO'

/V23 'FREC ENF GASTROINTESTINALES'

/V24 'FREC.ENFER RESPIRATORIAS'

/V25 'FREC ENFER INFECCIOSAS'

/V26 'HIGIENE PERSONAL'

/V27 'HIGIENE HOGAR'

/V28 'HIGIENE ALIMENTOS'

/V29 'SERV.SANITARIO'

/V30 'ESTADO DE SALUD FAMILIA'

/V31 'EXIS.CONTAM EN COLONIA'

/V32 'CONTAM EN AGUA'

/V33 'CONT BASURA'

/V34 'CONT EXCREM HUMANO'

/V35 'CONT X ANIMALES'

/V36 'OTROS'

/V37 'EFECTOS DE LA CONTAM'

/V38 'PARTIC EN ACTIV'

/V39 'TIPO DE ACTIV'

/V40 'COMITE CONTRA CONT'

/V41 'INFOR SOBRE CONTAMINA'

/V42 'INFOR SOBRE SALUD'

/V43 'TEMAS DE INFORMACION'

/V44 'POR CUALE MEDIOS'

/V45 'ASIST A PLATICAS'

/V46 'POR QUE'

/V47 'FREC SUGERIDA PLAT'

/V48 'TEMAS DE INTERES'

/V49 'MOTIVO PARA TEMAS'

VALUE LABELS V2 1.'FOM 15' 2.'FOM 24'/

V4 01.'ANALFABET' 02.'PRIM INCOM'03'PRIM COMP'04.'SEC INCOM'

05.'SEC COM' 06.'COMERCIO'
 07.'TECNICO' 10.'PREP INC' 11.'PREP COM' 12.'PROF INC' 13.'PROF COM'
 14.'OTROS/'
 V5 1.'HOGAR' 2.'TRABAJO/'
 V6 1.'0-1 AÑO' 2.'2-5 AÑOS' 3.'6-10 AÑOS' 4.'11-15 AÑOS' 5.'16 O MAS/'
 V7 TO V16 1.'SI' 2.'NO/'
 V17 1.'IMSS' 2.'ISSSTE' 3.'PARTIC' 4.'OTROS' 5.'NINGUNA/'
 V18 1.'CL.IMSS' 2.'CLISSSTE' 3.'MED PARTIC' 4.'CENTRO SAL' 5.'AUTOMED'
 6.'OTROS/'
 V20 1.'ING ALTO' 2.'ING MEDIO' 3.'ING BAJO/'
 V21 TO V22 1.'SI' 2.'NO/'
 V23 TO V25 1.'MUY FREC' 2.'REGULAR FREC' 3.'POCO FREC' 4.'NUNCA/'
 V26 TO V28 1.'SATISF' 2.'ACEPT' 3.'NO SATISF' 8.'NO CONTESTO/'
 V29 1.'EXCUSADO' 2.'LETRINA' 3.'OTROS' 8.'NO CONTESTO/'
 V30 1.'BUENA' 2.'REGULAR' 3.'MALA/'
 V31 TO V36 1.'SI' 2.'NO/'
 V37 1.'ENFER' 2.'MAL ASPECTO' 3.'MAL OLOR' 4.'CRIA DE ANIM' 5.'OTROS/'
 V38 1.'SI' 2.'NO/'
 V39 1.'NO CONTAM' 2.'PLATICAS' 3.'BRIGADAS' 9.'NOSE APLICA/'
 V40 TO V42 1.'SI' 2.'NO/'
 V43 1.'HIGIENE' 2.'CONTAMINACION' 3.'SALUD' 4.'DROGAS' 5.'PANDILLA'
 6.'ALCOHOL' 7.'COM FAMILIAR' 8.'INFRAESTRUC' 9.'NO SE APLICA/'
 V44 01.'CLINICAS' 02.'DIF' 03.'ESCUELA' 04.'CENTRE DE SAL' 05.'CAMPAYAS'
 06.'TV' 07.'RADIO' 10.'PERIODICO' 11.'REVISTAS' 12.'OTROS' 99.'NO SE APLICA/'
 V45 1.'SIEMPRE' 2.'CASI SIEMPRE' 3.'OCACIONAL' 4.'NUNCA/'
 V46 1.'NO LA INVITAN' 2.'NO LE INTERESA' 3.'NO TIENE TIEMPO' 4.'NO CONTESTO'
 5.'NO HAY' 9.'NO SE APLICA/'
 V47 1.'CADA SEM' 2.'CADA 15 DIAS' 3.'CADA MES' 9.'NO SABE/'
 V48 1.'HIGIENE' 2.'CONTAMINACION' 3.'SALUD' 4.'DROGAS' 5.'PANDILLAS'
 6.'ALCOHOL' 7.'COM FAMILIAR' 8.'INFRAESTRUC' 9.'NO SE APLICA/'
 V49 1.'SABER MAS' 2.'INTERES FAM' 3.'MEJORAR SALUD' 4.'EVITAR CONTAMIN'
 9.'NO SE APLICA'.

MISSING VALUE V39 V42 V43 V45 V48 V49 (9)/V44 (09)/V47 (8).

SET LENGTH=3000/WIDTH=132/PRINTER=OFF/MORE=OFF/HIST=-=/BLOCK=-/
 DISK= JUANY LIS.

*SELECT IF (V2 EQ 2).

FRECUENCIAS ALL
 /STATISTICS=ALL.

RECODE V23 V24 V25 (1=1) (3=2) (4=3).

VALUE LABELS V23 V24 V25 1'MUY FREC' 2'POCO FREC'3'NUNCA'.

RECODE V17 (1,2=1) (3=2) (4=3) (5=4).

VALUE LABELS V17 1'IMSS'2'PART'3'OTROS'4'NINGUNA'.

RECODE V3 (17 THRU 40=1) (41 THRU 86=2).

VALUE LABELS V3 1'17-40 JOVEN' 2'41-86 MADURA'.

RECODE V4 (1=1) (2,3=2) (4,5=3) (6,7,12,13=4).

VALUE LABELS V4 1'ANALFABETA'2'PRIM COMP'3'SEC COMP'4'OTROS'.

RECODE V6 (2=1) (3=2) (4=3) (5=4).

VALUE LABELS V6 1'0-5' 2'6-10' 3'11-15'4'16-o mas'.

RECODE V18 (1,2=1) (3=2) (4=3) (5,6=4).

VALUE LABELS V18 1'IMSS'2'MED PART' 3'CENTRO DE SALUD' 4'OTROS'.

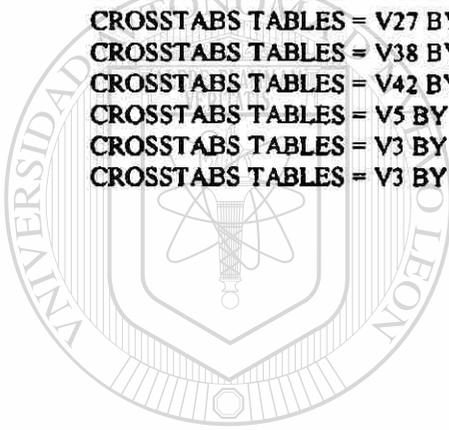
RECODE V19 (0=0) (1=1) (2=2) (3,4,5,6=3).

VALUE LABELS V19 0'NING' 1' UNA PER' 2' DOS PER.' 3'3,4,5,6 PER'.

CROSSTABS TABLES = V5 BY V23/OPTION=3/STATISTICS =ALL.

CROSSTABS TABLES = V5 BY V24/OPTION=3/STATISTICS=ALL.

CROSSTABS TABLES = V5 BY V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V4 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V4 BY V26 V27 V28/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V20 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V20 BY V17 V18/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V13 BY V23 V14/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V2 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V6 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V41 BY V26 V27 V28/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V42 BY V26 V27 V28/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V26 BY V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V27 BY V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V28 BY V23/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V29 BY V23 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V30 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V38 BY V26 V27 V28/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V18 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V27 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V38 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V42 BY V23 V24 V25/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V5 BY V26 V27 V28/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V3 BY V23 V24 V25 V26 V27 V28/OPTION=3/STATISTICS=ALL.
 CROSSTABS TABLES = V3 BY V6/OPTION=3/STATISTICS=ALL.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

