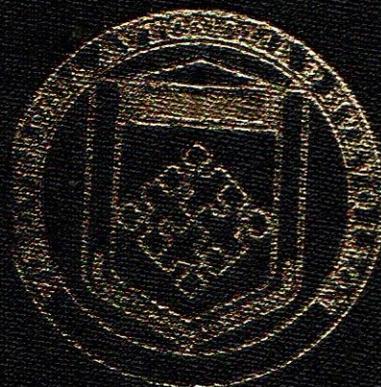
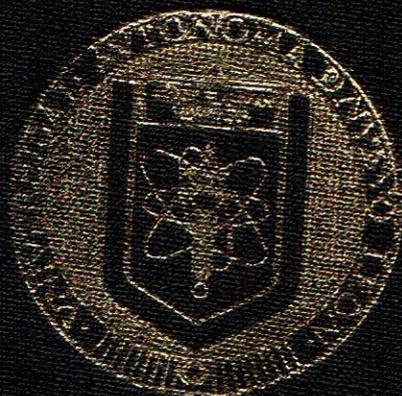


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y
DESARROLLO HUMANO



LA POBREZA URBANA EN MONTERREY Y SU RELACION
CON EL FENOMENO DE LA DISCAPACIDAD:
UNA APROXIMACION GENERAL

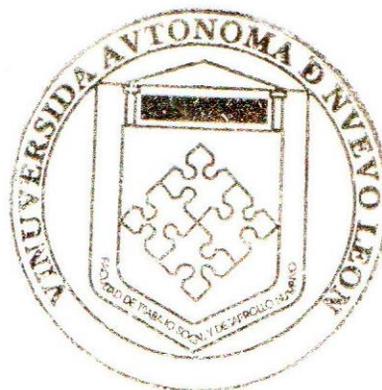
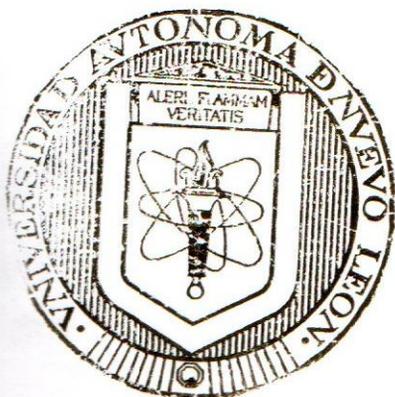
TESIS
QUE OPTA POR EL GRADO DE MAESTRIA
EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA
SILVIYA PAVLOVA NIKOLOVA

ASESORA: DRA. CLAUDIA CAMPILLO

JUNIO 2009

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y
DESARROLLO HUMANO



LA POBREZA URBANA EN MONTERREY Y SU RELACION
CON EL FENOMENO DE LA DISCAPACIDAD:
UNA APROXIMACION GENERAL

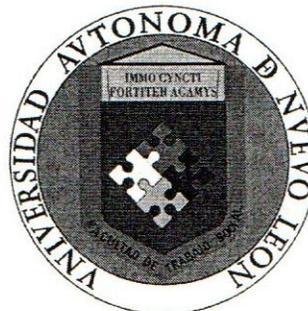
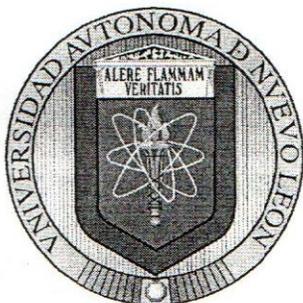
TESIS
QUE OPTA POR EL GRADO DE MAESTRIA
EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA
SILVIYA PAVLOVA NIKOLOVA

ASESORA: DRA. CLAUDIA CAMPILLO

JUNIO 2009

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**LA POBREZA URBANA EN MONTERREY Y SU RELACIÓN CON
EL FENÓMENO DE LA DISCAPACIDAD: UNA APROXIMACIÓN
GENERAL**

**TESIS
QUE OPTA POR EL GRADO DE MAESTRÍA
EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA
SILVIYA PAVLOVA NIKOLOVA**

**ASESORA
DRA. CLAUDIA CAMPILLO**

JUNIO 2009



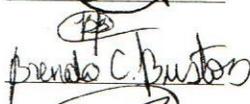
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la
Mtra. Silviya Pavlova Nikolova
 Hacen constar que han evaluado la Tesis **“La pobreza urbana en Monterrey y su relación con el fenómeno de la discapacidad: una aproximación general”** y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADO	REPROBADO	FIRMA
Dra. Claudia Campillo Toledano	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mtra. Brenda Araceli Bustos García	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 Brenda C. Bustos
Dr. Oscar Alfonso Martínez Martínez	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido APROBAR esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentado en examen de grado de la Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social.

Vo.Bo. _____

Mts. Ma. Teresa Obregón Morales
 Subdirectora de Estudios de Posgrado
 Fac. de Trabajo Social y Desarrollo Humano, U.A.N.L.



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
 Y DESARROLLO HUMANO
 SUBDIRECCION DE
 ESTUDIOS DE POSGRADO

San Nicolás de los Garza N.L., a 01 de junio de 2009

Ciudad Universitaria. C.P. 66451
 San Nicolás de los Garza, Nuevo León
 Teléfono y fax: 83 52 13 09, 83 76 91 77
 Apartado Postal 2811
 fts@mail.uanl.mx

AGREDECIMIENTOS

La presente investigación se financió con fondos provenientes de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), a cual debo un especial agradecimiento que me apoyó con beca que me permitió realizar mis estudios durante mi estancia en Monterrey, México.

Para desarrollar esta tesis tuve el apoyo y la asesoría de la Dra. Claudia Campillo Toledano, a quien agradezco las sugerencias, los comentarios, la comprensión, la amistad, la confianza y la inspiración que me daba durante los dos años de trabajo. A la Dra. Campillo dedico este trabajo, que ha sido para mí no solo un producto académico, sino un esfuerzo emocional que me hizo creer en mis propias capacidades.

Lo mismo hago con los miembros del Jurado de esta tesis por sus valorables sugerencias, que contribuyeron al mejoramiento y ordenamiento del presente trabajo.

Gracias a las siguientes instituciones que contribuyeron con el aporte de recolección de información de manera desinteresada: "Nuevo Amanecer" y Centro comunitario "Valle de Esperanza". Agradezco a mis informantes por toda su amabilidad y sinceridad durante la realización de las entrevistas.

A mis padres y hermano en Bulgaria, a mis amigos y amigas a quienes agradezco de todo corazón por su amor, cariño y comprensión.

Con absoluta sinceridad, mi agradecimiento a todos los que hice mención ya que con su aporte hicieron posible esta presentación.

7 de junio de 2009

Silviya Nikolova

Bulgaria

RESUMEN

El presente estudio es una aproximación general de dos fenómenos sociales- pobreza y discapacidad- y la búsqueda de relación causal entre la presencia de la discapacidad en cuanto las condiciones económicas y sociales en que viven familias en pobreza patrimonial en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey. Se hace énfasis en las familias con miembros discapacitados, ubicadas en los polígonos de pobreza urbana. Los datos del análisis de la investigación se respaldan con fundamentos teóricos y conceptuales, con el fin de describir y comprender con mayor profundidad científica la relación entre los fenómenos.

Se discuten las principales corrientes teóricas sobre el concepto de la discapacidad en cuanto su origen histórico, su evaluación desde un concepto médico hacia un concepto psicosocial. Se toma la clasificación de las discapacidades según la metodología INEGI y el marco legal de la Ley General de Las Personas con Discapacidad en México. Además, se profundiza la temática con debates acerca de las perspectivas políticas y sociológicas de la discapacidad, lo que permite identificar las formas en que el fenómeno se acepta y conoce en la actualidad.

Dentro del trabajo se desarrolla el eje de la pobreza como otra rama vertebral del estudio. Se analiza la pobreza en México, y en Nuevo León, especialmente la que ocurre en el área metropolitana de Monterrey, donde se encuentra el fenómeno de la pobreza urbana de tipo patrimonial. Se cuestionan las políticas públicas y sociales desde el enfoque neoliberal, tomando como referencia el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 en México.

El enfoque del estudio es cuantitativo mixto, con carácter exploratorio-descriptivo, se utilizan datos estadísticos de la encuesta de Pobreza y Discapacidad en Nuevo León (ENDISP) realizada por CODESOL en el año 2005, lo que determina la línea cuantitativa de la investigación. El análisis se complementa con datos cualitativos a través de la técnica de entrevista grupal con personas de hogares con miembros discapacitados de los polígonos de pobreza en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey.

Los resultados se presentan en dos grandes apartados, el primero se refiere al análisis cuantitativo de la ENDISP de 2,043 hogares. Se encontró correlación positiva entre las variables "Uso de servicios de salud" y "Enfermedades" en cuanto a la variable "Ingresos por trabajo"; sin embargo, su magnitud no fue suficientemente fuerte para que se puedan predecir futuros comportamientos y causalidades.

Los hallazgos del análisis cualitativo más importantes indican que existe una doble exclusión de las familias pobres con miembros con discapacidad por parte de las instituciones oficiales y la comunidad en que viven. Se encontró que la comunidad tiene una falta de unión social y comprensión hacia los discapacitados; adicionalmente, existe una actitud institucional discriminatoria e insensible en el trato de las autoridades hacia las personas discapacitadas y sus familias.

Finalmente, a partir de los hallazgos de esta investigación se propone un modelo de análisis que detalle la interrelación entre diferentes elementos que confluyen en la problemática de la discapacidad en contextos de pobreza urbana.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	56
4.1 Análisis cuantitativo	57
4.1.1 Análisis descriptivo.....	57
A. El Perfil del Hogar.....	57
B. La Persona con alguna discapacidad.....	61
C. El contexto económico del hogar	74
4.1.2 Correlaciones.....	80
4.2. Análisis de resultados cualitativos	86
4.2.1. Perspectiva de los padres de niños con discapacidad respecto a la situación en que vive la gente discapacitada en hogares pobres.....	88
4.2.2. Estigma y perspectivas ante del niño discapacitado: una visión paterna sobre la integración social de sus hijos.....	94
4.2.3 Relaciones formales: Instituciones y apoyos adicionales.....	98
4.2.4 Las relaciones sociales como indicadores del rol y el valor social de los discapacitados	102
CAPITULO 5. CONCLUSIONES.....	105
5.1 Modelo explicativo del estudio sobre la importancia del contexto de pobreza ante la presencia de la discapacidad.	110
5.2 Sugerencias para futuras investigaciones	112
5.3 La relación Pobreza-Discapacidad y el desarrollo del área de la intervención y atención del Trabajo Social.....	112
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS.....	121
Anexo 1. Tablas de servicios.....	121
Anexo 2. Guía de entrevista.....	130
Anexo 3. ENDISP.....	133

INDICE DE GRÁFICAS

	Página
Grafica N° 1. El binomio pobreza-discapacidad	6
Grafica N° 2. Círculo de pobreza-discapacidad	7
Grafica N° 3. Municipio hogar	58
Grafica N° 4. Región Hogar	58
Grafica N° 5. Sexo PCD	61
Grafica N° 6. Condición de Actividad	75
Grafica N° 7. Ingresos por trabajo	77
Grafica N° 8 Ingresos totales	78
Grafica N° 9 Otros ingresos	78
Grafica N° 10 Regresión lineal-1	83
Grafica N° 11 Regresión lineal – 2	85

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura N° 1. Modelo de Pobreza – Discapacidad	13
Figura N° 2. Modelo de las consecuencias de las enfermedades. Secuencia de conceptos	21
Figura N°3. Modelo de las consecuencias de salud. Interacción entre los conceptos	22
Figura N° 4. Modelo explicativo del estudio	110

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla N° 1. Prevalencia de población con discapacidad por entidad federativa	4
Tabla N° 2. Factores de salud-enfermedad	12
Tabla N° 3. Variables e indicadores	49
Tabla N° 4. Tipo de cuestionario	59
Tabla N° 5. Variables Número de hogares, Número de personas en la vivienda	60
Tabla N° 6. Comparten mismos gastos	60
Tabla N° 7. Edad PCD	61
Tabla N° 8. Sexo PCD	61
Tabla N° 9. Parentesco de la PCD con el/la jefe(a) del hogar	62
Tabla N° 10. Enfermedades	63
Tabla N° 11. Mudez	65
Tabla N° 12. Mudez permanente	66
Tabla N° 13. Discapacidad de oír	66
Tabla N° 14. Discapacidad de oír permanente	67
Tabla N° 15. Discapacidad para ver	67
Tabla N° 16. Discapacidad para ver sombras o bultos	68
Tabla N° 17. Discapacidad intelectual	68
Tabla N° 18. Discapacidad intelectual 2	69
Tabla N° 19. Discapacidad intelectual- adicional	69
Tabla N° 20. Extremidades superiores	70
Tabla N° 21. Extremidades superiores permanentes	70
Tabla N° 22. Extremidades inferiores	70
Tabla N° 23. Extremidades inferiores permanentes	71
Tabla N° 24. Otra limitación	71

Tabla N° 25. Lugar de atención de salud	72
Tabla N° 26. Uso de servicio de salud	73
Tabla N° 27. Condición de actividad	75
Tabla N° 28. Verificación condición de actividad	76
Tabla N° 29. Luz	121
Tabla N° 30. Agua	121
Tabla N° 31. Cocina	122
Tabla N° 32. Baño	122
Tabla N° 33. Materia piso	122
Tabla N° 34. Número de cuartos	123
Tabla N° 35. Número de dormitorios	124
Tabla N° 36. Medio combustible para cocinar	124
Tabla N° 37. Propiedad de la vivienda	125
Tabla N° 38. Tiene licuadora	125
Tabla N° 39. Tiene refrigerador	126
Tabla N° 40. Tiene estufa	126
Tabla N° 41. Tiene boiler	126
Tabla N° 42. Tiene radiocasete	127
Tabla N° 43. Tiene Tocabdiscos	127
Tabla N° 44. Tiene Televisor	127
Tabla N° 45. Tiene videocasete	128
Tabla N° 46. Tiene lavadora	128
Tabla N° 47. Tiene computadora	129
Tabla N° 48. Tiene coche	129
Tabla N° 49. Tiene teléfono	129
Tabla N° 50. Correlaciones	80

Tabla N° 51. Regresión lineal -1	81
Tabla N° 52. Rregresión lineal - 2	83
Tabla N° 53. Categorías establecidas en base de la información recolectada	86
Tabla N° 54. Categorías derivadas de la revisión de la literatura especializada	87

CAPÍTULO 1 . INTRODUCCIÓN

La pobreza y discapacidad son asuntos que se consideran significativos para el desarrollo humano. Bajo esta certeza, la relación que existe entre ambos fenómenos se convierte en un tema importante para la comunidad, ya que la pobreza y la discapacidad son conceptos que tienen que ver con el desarrollo inclusivo de la sociedad (Banco Mundial, 2004).

El vínculo entre la calidad de vida y las condiciones de salud se relaciona con el nivel de crecimiento y progreso. Por eso, para el logro de un alto nivel de desarrollo humano en México, es preciso tomar acciones de combate a la pobreza, previendo situaciones –además- que ponen en riesgo la salud, lo que permitirá que la gente viva en condiciones de ventaja ante la vulnerabilidad que la pobreza y la discapacidad suponen.

El presente trabajo se enfoca en el análisis de los factores de pobreza que influyen en la salud de las personas. El resultado del estudio intenta contribuir al conocimiento científico con información específica sobre el binomio “pobreza-discapacidad”, además de que pretende sensibilizar a la comunidad de lo que significa vivir en condiciones de escasos recursos.

Para abordar el caso, el trabajo inicia con la justificación de lo importante que es realizar estudios de esta naturaleza, con base en estadísticas nacionales e internacionales, lo que naturalmente se ajusta con el planteamiento del problema. Enseguida se discuten el binomio pobreza-discapacidad; los efectos sociales que conllevan la exclusión social y la vulnerabilidad del grupo de discapacitados pobres, y

se hace una breve discusión sobre los factores que determinan la presencia de la discapacidad y su impacto en el estado de salud. Se habla también de lo que son las condiciones de vida bajo el proceso del urbanismo.

A continuación se formulan las preguntas, las hipótesis y los objetivos de la investigación, que van a guiar todo el desarrollo del estudio.

1.1 Importancia del estudio

Según el reporte del Banco Mundial *Poverty reduction strategies: their importance for disability*, elaborado en el año 2004 por el equipo de Desarrollo y Discapacidad, el 23% de la gente discapacitada enfrenta riesgos específicos de pobreza. Se afirma que hay factores que determinan la pobreza, como ciertas enfermedades (se mencionan poliomielitis, SIDA, lepra, malnutrición, etcétera). La exclusión y la estigmatización social se señalan como factores causales del fenómeno de la discapacidad.

La información que ofrece el reporte de Montenegro (Banco Mundial, 2004) es un ejemplo de la importancia que se otorga al factor "pobreza" como causal para la discapacidad en sentido social, con los efectos de estigmatización y exclusión. Además, en el aspecto relacionado con la salud, se consideran significativos el estado de salud y la atención médica. De acuerdo con el estudio de Montenegro el factor primordial de la discapacidad relacionado con la pobreza es el desempleo y la falta de estabilidad económica, que influyen en el desarrollo de una persona¹.

En otro documento publicado por el Banco Mundial, en 2004: *Análisis de un Desarrollo Inclusivo*, se destaca la certeza de que en los países pobres la gente con discapacidades moderadas puede comenzar a presentar una discapacidad severa debido a la falta de oportunidades para conseguir equipo o no contar con servicios de rehabilitación. Así, condiciones que serían objeto de simple previsión (como exámenes y detección temprana) generan problemas que se hacen más visibles y limitantes en los países pobres (Banco Mundial, 2004). Dentro del mismo documento se menciona la relación mutuamente reforzada entre discapacidad y pobreza, y entre capacidad y exclusión. Además de ser particularmente vulnerables a la exclusión social, las personas con discapacidad son pobres en una cantidad desproporcionada, y entre las personas pobres la presencia de discapacidades es desproporcionadamente alta. Esta interrelación, según análisis y observaciones realizados por el equipo de Desarrollo y Discapacidad del Banco Mundial, resulta ser la misma en todos los países y todos los contextos (Banco Mundial, 2004).

Algunos estudios sociológicos y del área de las ciencias médicas se han concentrado en la discapacidad y en sus efectos en la sociedad. Han abordado los tipos de discapacidad, así como la pobreza y sus clasificaciones, su evolución e influencia durante las distintas épocas. Sin embargo la relación entre los dos fenómenos, como señalan Daniel Lusting y Deivid Strauser en su artículo "Relación causal entre pobreza y discapacidad" no ha sido demasiado investigada y entendida (Lusting y Strauser, 2007). La información con respecto al tema tiene diferentes fuentes de

¹ Causes of Poverty of Disabled Persons: Unemployment; Low and irregular incomes; Inappropriate economic policy; Inadequate social and housing policy; Lack of understanding within society of the problems of disabled persons; Inadequate health care; Inappropriate legislation; Collapse of economy, Inadequate and unavailable education system (Banco Mundial, 2004: Anexo C3).

información, cada fuente basada en su propia metodología de medición, por lo que no hay coincidencia en los resultados presentados.

En relación con la falta de consenso de los datos estadísticos sobre el número de los discapacitados a nivel mundial y nacional, Miguel Székely (2005) expone que “más aun, si además de carecer de una cifra oficial que se pudiera tomar como punto de referencia para la evaluación y la planeación, existieran distintas cifras ideadas y producidas cada una con su propia lógica de medición, unas por organismos internacionales, otras por investigadores, y aun otras por interesados en el tema, la confusión generada podría incluso ser más grave que el no contar con cifra alguna” (Székely, 2005).

Aunque existen debates relacionados con la exactitud del número de los discapacitados que vive en condiciones de pobreza, el presente estudio se basa en la estadística oficial disponible a nivel nacional e internacional. De acuerdo con las cifras oficiales de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año 2006, entre 10% y 12% de la población mundial (650 millones de personas) presenta algún tipo de discapacidad. Según el Programa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) del año 2006, el 80% de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo (ONU, 2006).

En América Latina y el Caribe existen al menos 50 millones de personas con discapacidad, lo cual corresponde al 10% de la población total de la región. Se considera que 82% de las personas con discapacidad del territorio vive en condiciones de pobreza (Banco Mundial, 2004).

A nivel nacional, según el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF), alrededor de 10 millones de personas sufren de alguna forma de discapacidad. Esto corresponde al 10% de los hogares mexicanos (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2000). De acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)² el 1.84% de la población mexicana (1 millón 795 mil 300 personas) dijo ser discapacitada. En el último censo se afirma que en 7.19% de los hogares reside una persona con discapacidad. Para Nuevo León el número es de 69 mil 765 personas con discapacidad, lo que equivale al 1.82% de la gente que vive en el estado (INEGI, 2000).

La información publicada por el INEGI en el año 2000 fue recopilada a través de una encuesta nacional dirigida por el mismo instituto (*El XII Censo General de Población y Vivienda 2000* de México) y es el resultado de las recomendaciones y las críticas de la Organización de las Naciones Unidas con respecto a la falta de un fondo de datos sobre el número de los discapacitados que vive en México. Las preguntas se organizaron en dos tipos de cuestionarios: uno básico y uno ampliado, siendo dos las preguntas formuladas: una sobre el tipo de discapacidad y la otra sobre la causa de la misma, considerándose su inclusión en el cuestionario ampliado, mientras que, en el cuestionario básico únicamente se capta el tipo de discapacidad (INEGI, 2001).

El carácter general de la encuesta relacionada con la presencia y el tipo de discapacidad, el corto plazo en que se realizó, y la falta de bien definidos y claros

² INEGI: *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*.

parámetros de lo que es la discapacidad, son los puntos discutibles referentes a la exactitud de la estadística presentada.

El Censo de Población y Vivienda del año 2005 reporta que en el estado de Nuevo León habitan 4 millones 164 mil personas (Consejo de Desarrollo Social, 2005). El Censo se basa en los datos del *XII Censo General de Población y Vivienda* del INEGI del año 2000 e informa que en el 2005 el número de los discapacitados que viven en situación de pobreza en Nuevo León es de 46 mil personas (Consejo de Desarrollo Social: 2005).

En otros estados de México, considerados por el INEGI como estados con bajo nivel socioeconómico, la discapacidad se presenta como sigue:

Tabla 1. Prevalencia de población con discapacidad por entidad federativa (2000)

(Por cada 100 habitantes)

YUCATÁN	2.9
CAMPECHE	2.3
SAN LUIS POTOSÍ	2.1
HIDALGO	2.1
VERACUZ	2
OAXACA	1.9
QUERÉTARO	1.6
PUEBLA	1.6
CHIAPAS	1.3

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.

El hecho de que en los estados con bajo nivel socioeconómico el 1% de la población sea discapacitada, y que en particular en el estado de Nuevo León —que no lo es— 46 mil personas discapacitadas vivan en áreas de pobreza provocó el interés del presente estudio y la búsqueda de la relación entre la pobreza y el número de gente con discapacidad. La información, los resultados y las recomendaciones del estudio nos acercaron al conocimiento de los dos fenómenos, y específicamente a los factores que predisponen la presencia de discapacidad en los polígonos de pobreza en Monterrey.

Para estudiar la relación que existe entre la pobreza y la discapacidad a partir de esta conceptualización, el estudio se desarrolla como cuantitativo mixto. Este tipo de análisis se corresponde con la necesidad del mismo, pues se trata de probar la correlación entre los dos fenómenos sociales y las formas en cómo uno influye sobre el otro. El estudio tiene carácter exploratorio-descriptivo y utiliza las pruebas de correlación y regresión con las bases de datos de los hogares pobres localizados en los polígonos de pobreza de la zona metropolitana de Monterrey. Los datos en los que se apoya son el resultado de la encuesta sobre la discapacidad y pobreza del año 2005 difundida por el Consejo de Desarrollo Social en Monterrey.

El análisis trata de enriquecerse con técnicas cualitativas debido al carácter de los objetivos específicos de la investigación y la búsqueda de información más detallada

y especializada en cuanto a la desvalorización de los roles sociales, la pertenencia al grupo, y el sentido de coherencia de las personas que viven en contextos de pobreza. Se considera usar la técnica de entrevista grupal con familias en donde hay personas con discapacidad.

Los resultados y conclusiones del estudio serán significativos tanto para los sujetos de la investigación como para el cuerpo académico: investigadores, trabajadores del área de la salud, sociólogos y trabajadores sociales.

Al aportar nuevo conocimiento al área de los trabajadores sociales, se enriquecerá y facilitará el trabajo de éstos en cuando al apoyo que brindan a gente vulnerable (concretamente a gente pobre y discapacitada). El trabajador social, por medio de su oficio, podrá participar en la elaboración de mejores programas y proyectos que facilitarán y protegerán la vida de los pobres y los discapacitados. El carácter informativo del trabajo aumentará sus conocimientos con relación a los discapacitados, los tipos de discapacidad y los factores que predisponen a la discapacidad en un contexto de pobreza.

La interrelación que hay entre pobreza y discapacidad anteriormente ha motivado trabajos de investigación por parte de diversos organismos. Es un tema complejo, de gran repercusión económica, política y social, que nos obliga a la comprensión del vínculo entre estos dos fenómenos.

1. 2 Planteamiento del problema

La discapacidad y la pobreza forman un círculo vicioso (A). Se reconoce que la pobreza influye en la presencia de la discapacidad (Departamento Internacional de Desarrollo, 2000), la cual pone a las personas en el camino de la pobreza. Una discapacidad es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza: se refuerzan una a la otra y contribuyen a aumentar la vulnerabilidad y la marginación de las personas con discapacidades. Los efectos y las consecuencias sociales de este círculo llevan a la exclusión de pobres y discapacitados de los servicios públicos (B). Sucede que las personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales suelen ser discapacitadas no debido a afecciones diagnosticadas, sino a causa de la exclusión de las oportunidades educativas, laborales y de los servicios públicos.

Aún investigadores y científicos buscan las predisposiciones de salud (C) y los factores de pobreza (D) que predeterminan la presencia de la discapacidad. La discapacidad se entiende como un conjunto de elementos biológicos, sociales y culturales que conforman interrelaciones en donde éstas se ven afectadas si alguna de ellas cambia. Se consideran factores biopsicosociales y económicos y se reflexiona en el fenómeno de la discapacidad en relación con quien la porta, bajo el proceso continuo de salud individual y colectivo. En 2007 Daniel Lusting y David Strauser elaboraron el modelo de pobreza-discapacidad, que es una aproximación explicativa de la presencia de la discapacidad.

A. El binomio pobreza-discapacidad

En México no existen datos estadísticos que reflejen con exactitud, prevalencia e impacto mutuo los conceptos de discapacidad y pobreza. Al hacer un análisis de los datos estadísticos manejados por el INEGI (2000), el Consejo de Desarrollo Social de Nuevo León y de organizaciones internacionales estudiosas de la discapacidad,

buscando la relación entre discapacidad y pobreza, puede afirmarse que estos son fenómenos recíprocamente determinantes. Es decir, la discapacidad predispone a la pobreza, y la pobreza contiene factores que facilitan la presencia de la discapacidad.

En los estudios de la Organización de Inclusión Internacional se analiza la idea del ciclo reproductivo de discapacidad y pobreza. La situación de discapacidad se refleja como producto de la relación directa del binomio pobreza-discapacidad y de la situación que viven cotidianamente las familias.

Grafica 1 El binomio pobreza-discapacidad

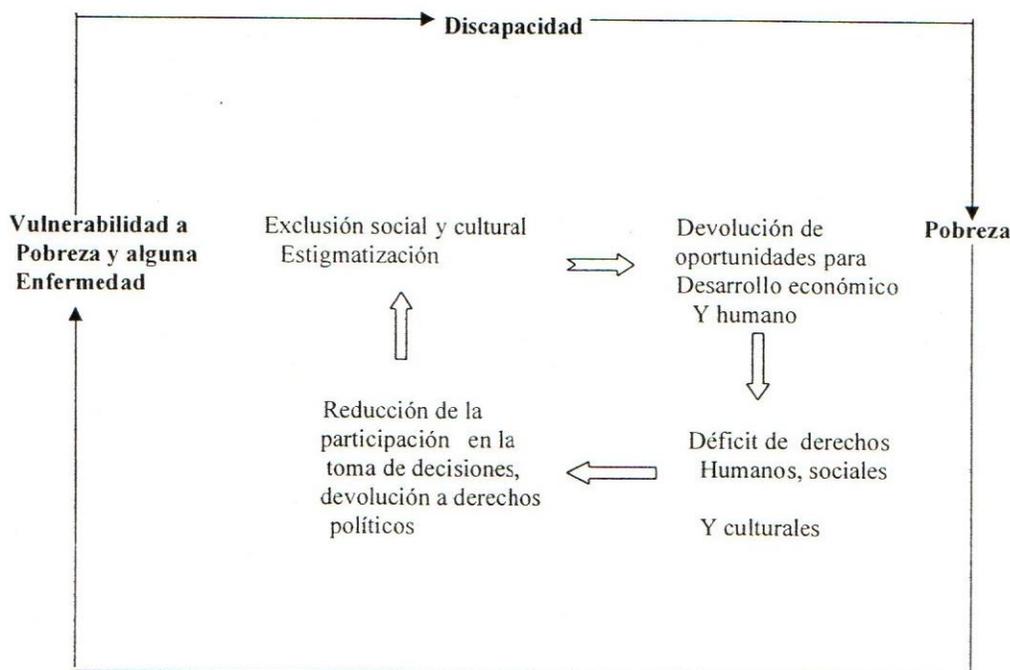


Fuente: Organización de Inclusión Internacional, 2004

Los factores adicionales que aumentan el riesgo de pobreza están asociados a la condición de discapacidad, según el reporte anual de la Organización de Inclusión Internacional, 2004. En este informe se dice que: "Los barrios de los que proceden los discapacitados son urbano-periféricos; muchos de los hogares tienen problemas de condiciones sanitarias básicas y de acceso a servicios de salud y educación principalmente. El nivel educativo de las familias es bajo, se dedican a la economía informal o empleos eventuales" (Grupo Focal Bolivia, reporte anual de la Organización de Inclusión Internacional, 2004).

Sobre el vínculo pobreza-discapacidad el Departamento Internacional de Desarrollo del año 2000 presenta un modelo de círculo, considerando las consecuencias y las causas de la interrelación de los fenómenos. El departamento considera que la gente discapacitada tiene menos oportunidad para atender la escuela, participar en la producción social con su trabajo, además de que disfruta menos su tiempo libre y el tiempo con su familia. (Grafica 2)

Grafica 2. Círculo de pobreza-discapacidad



Fuente: Departamento Internacional de Desarrollo, 2000

El esquema maneja tres grandes temas vinculados en un círculo externo, compuesto por discapacidad, pobreza y vulnerabilidad, en donde cada causa es consecuencia de la otra. Dentro del círculo externo, el interno representa el desglose de aspectos políticos (participación en la toma de decisiones y ejecución de derechos cívicos y políticos), sociales (referidos a la exclusión social y la estigmatización de los discapacitados por parte de la sociedad sin discapacidad) y económicos (relacionados con la deficiencia de oportunidades laborales, académicas y culturales, lo que limita su integración y afecta en general el desarrollo inclusivo de la sociedad³).

La dinámica entre la discapacidad y la pobreza es abordada por Jenkins y Rigg (2003) en términos de llamado “efecto selectivo”, cuya hipótesis afirma que las desventajas económicas en que se encuentra la gente con discapacidad pueden ser causadas por la presencia de factores económicos y sociales antes del momento en que se convierten en discapacitados. La pobreza, según estos autores, puede reflejar desventajas preexistentes que aumentan el efecto de la discapacidad, de manera que la gente que vive en situación de bajos ingresos es selectiva por el solo hecho de estar en tal contexto y está más vulnerable en cuestiones relacionadas con la salud.

³ Se entiende por “Desarrollo inclusivo” el diseño e implementación de acciones y políticas para el desarrollo socioeconómico y humano que procuran la igualdad de oportunidades y derechos para todas las personas, independientemente de su status social, su género, edad, condición física o mental, su raza, religión, opción sexual, etcétera, en equilibrio con su medio-ambiente (Rosangela Berman Bieler, Equipo de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, Región de Latinoamérica y El Caribe, Banco Mundial, 2004: 1).

Sobre la gravedad del binomio hablan Michael Landy, Tyler Duck y Sudha Raman en su artículo "Pobreza, discapacidad y desarrollo humano. Un enfoque psicoterapéutico en el siglo XXI". Los autores reconocen la existencia de un círculo vicioso entre los dos temas y comentan los efectos negativos que tienen sobre el desarrollo de las personas. Problemas como la malnutrición y la desnutrición, la falta de acceso a los servicios médicos y un contexto inseguro, son las características principales de la pobreza que determinan y traen como consecuencia enfermedades y discapacidades (Landy, Duck y Raman, 2007).

El estudio de Gannon y Nolan (2006) reflexiona sobre la idea de que las condiciones económicas están relacionadas con la presencia de la discapacidad en la sociedad, de manera que ésta tiene un efecto negativo para el empobrecimiento de la gente. Se contempla la teoría social de la discapacidad, que explica la inaceptación de los discapacitados en el mercado laboral o la baja remuneración y el empobrecimiento de éstos por el obstáculo de no poder cumplir los deberes como la gente sin discapacidad.

B. Discapacidad, pobreza, vulnerabilidad y exclusión social

Aunque reconocida, el debate sobre la discapacidad, los factores que la determinan, su magnitud y el efecto en la vida social, son temas de investigaciones continuas. Las agencias internacionales de ayuda financiera, los gobiernos, así como las organizaciones de y para personas con discapacidad, han comenzado a buscar métodos más efectivos para aproximarse al tema del desarrollo social. La forma de pensar ha evolucionado de una visión de la persona con discapacidad como el problema, hacia una que reconoce que la gente con discapacidad también posee habilidades, y en consecuencia tiene los mismos derechos de participar plenamente en la sociedad, como las personas sin discapacidad.

Así pues, la idea de que los problemas de discapacidad son sociales, más que individuales, y de que emanan de la opresión que ejerce la sociedad, más que de las limitaciones de los individuos, constituye una parte esencial del proceso de desarrollo de una comprensión adecuada de las respuestas de la sociedad (Oliver, 1998). Cada vez hay más llamados para profundizar sobre la relación entre discapacidad y pobreza, lo que es una recomendación para el mejoramiento de la calidad de vida de la gente que la padece. Los términos "pobreza", "discapacidad" y "exclusión social" son complejos, multidimensionales, y algunas veces controversiales. En consecuencia, las definiciones varían y no puede haber debate sin comprenderse el modo en que son definidos, sus características claves, así como el asumir y reconocer la intrincada y específica relación que existe entre ellos.

En 2006 dos investigadores de Irlanda: Brenda Gannon y Brian Nolan, publican resultados sobre la exclusión social como una consecuencia de la presencia de la discapacidad. Las características de la exclusión social incluyen bajos ingresos, pobreza, bajo nivel de educación, falta de ocupación laboral y participación social como predominantes ante el fenómeno de discapacidad. Los datos del estudio muestran que las personas con discapacidad son generalmente muy pobres.

Para las personas con discapacidad se trata no solamente de una cuestión económica, sino también de una "falta de representatividad" que tiene graves consecuencias relacionadas con discriminación, subordinación y exclusión. La relación dual entre la

discapacidad y la pobreza implica resultados con impacto social⁴. Es importante mencionar y conectar los dos conceptos porque el producto de sus efectos podría tener carácter preventivo en el sentido de que la pobreza, como una consecuencia de los actos sociales, y la discapacidad como construcción social, pueden ser evitadas y sus efectos negativos disminuidos a través de adecuados diseños de política social.

Sobre la actualidad del problema de la exclusión y la discriminación, Miguel Székely (2007) hace un énfasis relativo a la discriminación en México y los tipos de grupos discriminados. Con base en la Encuesta Nacional de Discriminación en México, del año 2004, él identifica siete grupos comúnmente asociados con prácticas de exclusión y discriminación: adultos mayores de 60 años, discapacitados, mujeres, población indígena, población en situación de pobreza, personas con preferencias no heterosexuales y minorías religiosas (Székely, 2007). En la mayoría de los casos los discapacitados son excluidos más por un prejuicio social que por algún motivo fundamentado en sus limitaciones. Esta exclusión queda acentuada cuando las discapacidades son graves y las personas que las padecen están completamente imposibilitadas para seguir valiéndose por sí mismas. En tal sentido, la discriminación que se ejerce en México hacia los discapacitados no escapa de ser una de las fuentes generadoras de desigualdad y de pobreza.

Los conceptos de pobreza y discapacidad están también asociados al concepto de vulnerabilidad. El Consejo de Desarrollo Social (CDS), en su segundo informe de actividades, define la vulnerabilidad social como la noción de naturaleza polisémica que confluye en el riesgo que tienen los individuos, hogares y comunidades para incorporarse, a partir de sus propias capacidades, a un proceso dinámico y sustentable (CDS, 2005).

En el artículo "Una nueva percepción de la discriminación en México", Miguel Székely aborda la importancia del problema de la vulnerabilidad y comenta que los grupos de pobres y de discapacitados son de los grupos más vulnerables y discriminados en México. El nivel de discriminación de los vulnerables se considera como un indicador del nivel del desarrollo de México. Así pues, de seguir la discriminación de la gente con bajos recursos y capacidades diferentes, puede crearse un círculo cerrado y continuamente reproducido, transmitido generacionalmente, en donde los pobres serán pobres, y los discapacitados discapacitados, sin oportunidad de cambiar su estado social.

En el 2005, el Consejo de Desarrollo Social realizó en Nuevo León una encuesta sobre discapacidad y pobreza en ciertas colonias consideradas como polígonos de pobreza del área metropolitana de Monterrey. La encuesta es un reconocimiento del problema y un inicio del análisis estadístico sobre la comentada relación; de ahí que su objetivo sea: *Promover el libre ejercicio de derechos ciudadanos con énfasis en la reducción de causas de vulnerabilidad social, fortaleciendo los programas de prevención y de atención* (Consejo de Desarrollo Social, 2005). Aunque este objetivo fue bueno no sustituyó lo que la relación pobreza-discapacidad ocasiona en la mayoría de los individuos que viven en condiciones de escasez y de bajos recursos.

⁴ Los términos "exclusión social" y "discriminación" se usan en el presente trabajo con sentido igualitario a los actos que ponen en situación de desventaja social a ciertos grupos sociales.

C. Factores determinantes de la discapacidad

Cerrando el círculo entre discapacidad y pobreza, y señalando más específicamente la influencia direccional pobreza-discapacidad, cabe considerar algunos factores que determinan la presencia de la discapacidad. Se reconocen dos tipos de factores: directos e indirectos. Los directos se relacionan con enfermedades crónicas, accidentes y causas innatas; los indirectos son los que están relacionados con la pobreza (Dudzik, Elwan y Metts, 2000).

Las causas de la discapacidad son diversas y se relacionan con aspectos biológicos y socioculturales. Algunas de las más reconocidas son las enfermedades crónicas, los factores genéticos, la violencia, la inaccesibilidad a servicios de salud, las complicaciones en el periodo perinatal y los problemas de nutrición. Según el INEGI (2000) las causas de discapacidad en México con mayor frecuencia surgen: por enfermedad: 31.6%, accidente: 26.3%, edad avanzada: 22.7%, y causas innatas: 19.4%. El gran porcentaje de los discapacitados por causa de enfermedades indica la relevancia del problema con la salud pública, y la ineficacia y carencia de programas de prevención y promoción de salud.

En México los avances de los diversos indicadores de desarrollo social y de salud han permitido extender la esperanza de vida y disminuir las tasas de mortalidad. A menudo, personas que en otras circunstancias habrían fallecido, sobreviven con secuelas físicas y/o mentales. Por tanto, cada vez un mayor número de personas en el mundo vive con algún tipo de discapacidad, con la consecuente carga económica para los sistemas de salud (Urquieta-Salomon, Figueroa y Hernández-Prado, 2008). Considerando la clasificación internacional de la Organización Mundial de Salud sobre deficiencia, discapacidad y minusvalías (OMS, 1980), se pueden describir las enfermedades y las discapacidades desde el punto de vista psicosocial⁵.

Bateson (1972, 1979) construye una tipología psicosocial de la enfermedad, que presenta la creación de categorías útiles y clínicamente significativas para un amplio abanico de enfermedades crónicas que afectan a los individuos a lo largo de toda la vida (Rolland, 2000). La tipología contempla las siguientes pautas: 1) comienzo; 2) curso; 3) desenlace; 4) tipo y grado de incapacitación; 5) grado de incertidumbre. Según la tipología de Bateson, la discapacidad puede ser resultado del deterioro del funcionamiento mental o cognoscitivo (como en la enfermedad de Alzheimer), de la percepción (como la ceguera), del movimiento (como en el accidente cerebro-vascular con parálisis o en la esclerosis múltiple), de una disminución de la producción de la energía o de la deformidad, u otras causas que conllevan estigma social (Rolland, 2000).

La tipología psicosocial hace énfasis en la amplitud del carácter de la enfermedad, considerando sus dimensiones médicas y sociales. Las restricciones físicas y el estigma social de una enfermedad son factores importantes en la discapacidad. John Rolland (2000) comenta que por un lado los tratamientos de una enfermedad producen dificultades psicosociales por sus efectos secundarios y desfigurantes,

⁵ El concepto "psicosocial" contiene el sentido de factores externos e internos ante la presencia de un fenómeno social. Según la OMS (2001) la discapacidad tiene una comprensión biopsicosocial porque recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales (nivel corporal), las limitaciones en la capacidad para realizar actividades (nivel individual) y las restricciones en la participación social de las personas (nivel social).

mientras que por otro la imagen corporal que el estigma produce interfiere con la interacción social normal (Rolland, 2000: 58). Todo ello resulta en la plena distinción y categorización de la discapacidad como consecuencia de las enfermedades (Casado, 1995).

En la 58 Asamblea Mundial de la Salud, la OMS informa que el número de personas con discapacidad es cada vez mayor debido al aumento de causas como: heridas de guerra, minas terrestres, VIH/Sida, desnutrición, enfermedades crónicas, abuso de drogas, accidentes y degradación del medio ambiente. A ellas se suman, como principales causas de discapacidad, la pobreza extrema, el envejecimiento de la población y la violencia social, así como algunos avances médicos que prolongan la vida, pero que dejan secuelas graves en la salud de los pacientes, lo que genera una "exigencia excesiva para los servicios de salud y rehabilitación" (Solano, 2005).

La discapacidad es un problema social enraizado en la problemática de la salud. Cuando se buscan sus orígenes es necesario considerar y relacionar sus dos lados: el médico (lo individual, la enfermedad) y el social (la construcción cultural del fenómeno). Devva Kasnitz (2001), antropóloga y discapacitada, habla de la descripción etnográfica de las causas de la discapacidad, haciendo énfasis en la medicina antropológica, cuyo objeto de estudio son los procesos culturales de representación de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención a la salud. La autora expone que la medicina antropológica puede traducir los esfuerzos de los médicos sobre las perspectivas de los discapacitados y contribuir a la expansión del acceso de los discapacitados a los servicios médicos (Kasnitz y Shuittleworth, 2001).

D. Urbanismo, pobreza urbana, condiciones de vida

Según el informe de la Organización de Naciones Unidas (ONU) del 2007, el mundo está sufriendo la mayor ola de crecimiento urbano de su historia. El crecimiento más rápido se encuentra en las áreas urbanas más pobres (ONU, 2007). El acelerado ritmo de crecimiento en las zonas urbanas se explica con la búsqueda por parte de la población de mejores alternativas de sobrevivencia socioeconómica.

Como continuidad del proceso de urbanización a nivel nacional, se estima que el área metropolitana de Monterrey es una de las más pobladas en México. En ella habita el 93% de los 4 millones 106 mil personas que integran la población total del estado de Nuevo León, y según estadísticas del Consejo de Desarrollo Social del Gobierno del Estado, 1.1 millones de éstas viven en la pobreza urbana.

Considerando el fenómeno de crecimiento urbano, existen en el medio académico varios estudios que buscan explicar su complejidad y carácter multicausal. Con relación a tal carácter, la ONU aduce varias críticas sobre el aumento de la población en las zonas urbanas de las grandes ciudades, lo que refleja el empeoramiento de las condiciones de vida y situaciones de desventaja de los habitantes de dichas áreas, porque la concentración permanente de una población numerosa en un espacio limitado siempre acarrea problemas (Gil y Zapata, 1994).

Basándose en el informe de la Organización Mundial de Salud de 1996, José Gil y Orlando Zapata (1994) comentan que las áreas urbanas en las grandes ciudades se caracterizan por la carencia y la imposibilidad de los habitantes de tener agua potable, electricidad y vías de acceso; también tienen carencias de educación y salud.

Analizando históricamente la situación sanitaria, el urbanismo y el estado de salud, Gil y Zapata confirman la estrecha relación entre las normas sanitarias y el ordenamiento urbano como aspectos claves que constituyen un elemento central en los nuevos modelos de ciudad del siglo XX (Gil y Zapata, 1994).

La salud y su ausencia están inevitablemente vinculadas a las condiciones de vida de las personas. Gil y Zapata establecen un enlace interesante entre el desarrollo económico y la situación de salud. Comentan que la profundización de la crisis económica de los años ochenta en México agravó el deterioro de las condiciones de vida (vivienda, alimentación, vestido, acceso a servicios de educación, atención médica, etcétera) con el impacto correspondiente sobre la situación de salud de la mayor parte de la población, especialmente de los grupos marginados y los desempleados (Gil y Zapata, 1994).

Bajo la idea de que el nivel económico de una población se relaciona con su situación de salud, Martha Schteingard y Orlando Sáenz (1991) realizan una investigación en la ciudad de México, vinculando las variables ambiente, salud y pobreza urbana. Al analizar las condiciones de vida de los habitantes de los asentamientos populares, los investigadores concluyen que el bajo nivel de vida de estos habitantes deriva de la falta de empleo y de lo escaso de sus ingresos. Las consecuencias que todos estos factores tienen en la salud de los residentes, por tanto, son muy graves (Schteingard y Sáenz, 1991).

Según Schteingard y Sáenz (1991) la salud-enfermedad es el resultado final de un complejo proceso en el que intervienen factores de distinta naturaleza. La salud se determina por variables subyacentes que corresponden a los factores del hábitat, que comprende tanto el medio ambiente físico, como el medio social.

Tabla 2. Factores de salud-enfermedad

Variables subyacentes		Hábitat físico y social	
En la colonia	En la vivienda	En la familia	
Localización	Tamaño	Demográficos	Económicos
Infraestructura	Calidad	Tamaño	Ocupación
Contaminación	Servicios	Composición	Tipo de actividad
Servicios	Contaminación intramuros	Migración	Ingresos
		Fecundidad	

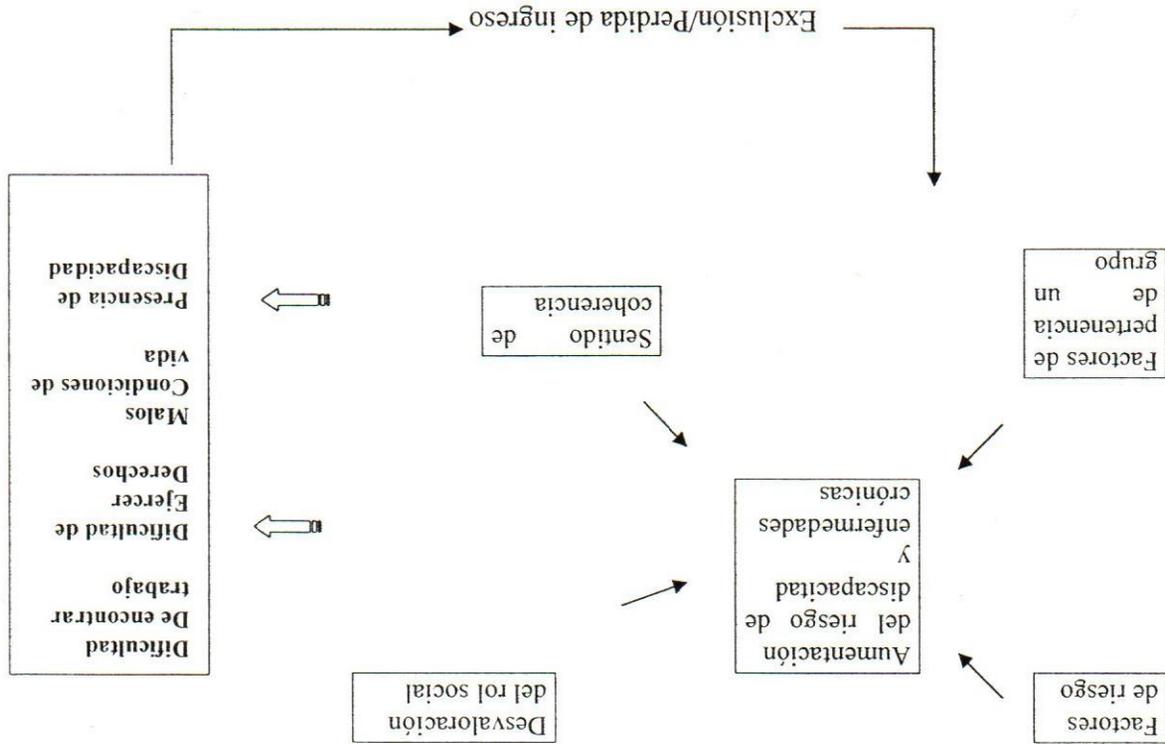
Fuente: Saenz y Schteingart (1991).

Considerando la tabla, es importante recalcar que no es suficiente relacionar aisladamente los factores físicos, socio-demográficos y culturales con el cuadro de salud, sino que es importante también integrarlos dentro de un esquema analítico, en donde cada grupo de la variable ocupe un lugar preciso en el proceso de determinación de las condiciones de salud-enfermedad (Sáenz y Schteingart, 1991).

E. El modelo pobreza-discapacidad
 El propósito de este trabajo es investigar la relación entre pobreza y discapacidad con una dirección positiva entre las variables. El hecho de que exista una relación directa entre los conceptos es una de las razones del interés por el problema aquí estudiado.

Sobre la relación causal entre la pobreza y la discapacidad, Daniel Lasting y David Strauser⁶ construyen el modelo de "pobreza-discapacidad" según el cual existen cuatro grupos de factores que aumentan el riesgo de que la pobreza cause discapacidad y enfermedades crónicas. Este modelo es el único elaborado en apoyo de nuestra investigación. Pero la certeza de que los factores expuestos tienen un efecto causal en el ambiente mexicano es una cuestión pendiente que requiere de más investigaciones.

Figura 1. Modelo de Pobreza - Discapacidad



Fuente: Strauser y Lasting, 2007.

Según los autores, la pobreza está asociada con cuatro grupos de efectos: desvalorización de los roles sociales; factores del ambiente; influencias negativas de grupos, y el débil sentido de pertenencia y coherencia entre los miembros de un grupo, definido como un mundo incomprensible, inmanejable y sin significado (Lasting y Strauser, 2007). Los cuatro efectos llevan hacia un alto nivel de riesgo de ser discapacitado o de tener algún problema crónico.

Por otro lado, el modelo subraya la importancia de los factores individuales, mismos que contribuyen al incremento del nivel de riesgo de discapacidad. Algunos factores individuales analizados por los autores son la malnutrición, la falta de ejercicio físico

⁶ "Causal relationship between poverty and disability" (Lasting y Strauser, 2007).

y la presión alta, factores todos controlables por un individuo y basados en su responsabilidad. Sin embargo, las teorías sobre discapacidad definen el concepto como un producto social y no como un problema individual (OMS, 1983). Bajo esta definición la discapacidad se determina por la relación entre la discapacidad individual y el ambiente social, político, económico y cultural, lo que enfoca la mirada hacia las causas sociales de la discapacidad (Modelo pobreza-discapacidad), las cuales interactúan y predisponen los factores individuales de riesgo.

El modelo relacional entre discapacidad y desventajas socioeconómicas está construido con base en estudios estadounidenses sobre los fenómenos de discapacidad y pobreza, las consecuencias que llevan para la vida de la gente y cómo afectan las áreas de salud, educación y trabajo. Está basado en estudios cuantitativos donde los datos juegan un papel determinante en la justificación de relaciones causales entre las variables. En este sentido, contando con datos estadísticos acerca de la prevalencia de la discapacidad se puede evaluar mejor la magnitud de la relación entre ésta y la pobreza.

Siguiendo la idea de la importancia de los números, Miguel Székely dice: "Así como hay ideas que mueven el mundo, también hay números y estadísticas que muevan el mundo. Un número puede despertar conciencias, puede movilizar voluntades, puede llevar a la acción, puede generalizar debate, y en casos afortunados, puede llevar a la solución de un problema" (Székely, 2005: 13). En el caso del estado de Nuevo León, y particularmente de la zona metropolitana de Monterrey, el número de gente registrada en colonias de pobreza (46 mil personas con discapacidad) guía el interés y la búsqueda de los factores que causan el resultado presentado. Cabe mencionar que el número de la gente con necesidades especiales no pretende ser exacto, pues la información exhibe solo una parte de las colonias pobres en el estado. Esta condición limita el trabajo y no permite hacer una reflexión real sobre la magnitud y la gravedad del problema.

1.3 Preguntas de investigación

Como resultado del análisis realizado en estos apartados surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo influye la situación de escasez de recursos básicos en la presencia de la discapacidad? ¿Con qué frecuencia la discapacidad se presenta en los polígonos de pobreza en Monterrey?

Las respuestas a estas preguntas guiarán nuestra búsqueda y nos conducirán a analizar críticamente el concepto de pobreza y su relación con la gente que padece discapacidad, con el fin de aportar ideas que puedan orientar de mejor manera las acciones que las instituciones responsables de mejorar la vida de aquellos.

1.4 Hipótesis

El trabajo tiene como hipótesis las siguientes:

1. El contexto de pobreza aumenta la vulnerabilidad de la gente, en términos económicos, sociales y de salud.
2. El ingreso tiene relación positiva con las familias donde hay personas con discapacidad.

1.5 Objetivos

El objetivo general del trabajo es determinar los factores contextuales de pobreza urbana que intervienen en el estado de salud de la gente. El estudio se enfoca concretamente en los polígonos de pobreza urbana en el área metropolitana de Monterrey, considerados como áreas marginadas y discriminadas por la sociedad, donde una parte de sus habitantes vive en condiciones de pobreza patrimonial. Se pretende apoyo empírico para ver cómo se relacionan los dos conceptos en la realidad. Así se lograrán más conocimientos científicos sobre el tema con respecto a la influencia de la pobreza sobre el estado de salud físico y mental de las personas.

El estudio tiene como objetivos específicos:

1. Estudiar cuáles son las características más importantes de los casos de discapacidad localizados en los polígonos de pobreza de Monterrey.
3. Conocer de qué manera el contexto de pobreza urbana delimita las redes sociales de las personas discapacitadas.

El propósito de estos objetivos es lograr información detallada de cuáles son los tipos de discapacidad que se dan con más frecuencia y buscar la explicación racional de por qué se encuentra un número tan grande de discapacitados en áreas donde vive gente pobre, es decir, cuál es la condición que determina la presencia de la dicha discapacidad y cómo puede disminuirse su efecto. Se pretende además entender de qué manera la pobreza determina el rol social de las personas que la viven.

1.6 Marco referencial

Los temas de pobreza y discapacidad no son nuevos en la investigación social. Son dos temas de interés y análisis desde las diferentes ideologías. El hecho de que la vida contemporánea exija la aceptación del modelo social de la discapacidad, nos lleva a la búsqueda de sus orígenes, así como de los factores sociales que determinan su presencia.

Desde un enfoque sociológico, la historia de opresión que padece la gente con discapacidad es presentada por dos grandes análisis sociopolíticos: uno estadounidense, asentado en las tradiciones del funcionalismo estructural; y la teoría de la desviación, que explica la construcción social del problema de la discapacidad como el resultado inevitable de la evolución de la sociedad contemporánea. El segundo se inspira en las teorías marxistas y sugiere que la discapacidad y la dependencia son la "creación social" de un tipo particular de formación social; concretamente del capitalismo industrial (Barnes, 1998: 61).

Autores como Wolfesperger y Albrecht aceptan que temas como la pobreza, el origen étnico, la raza, el sexo y la edad, constituyen factores significativos en la construcción y la producción de la discapacidad y dependencia, los valores básicos sobre los que se basa el capitalismo occidental y el individualismo. Para estos autores la discapacidad es un problema social, resultado inevitable de la evolución de la sociedad industrial (Wolfesperger, 1989, y Albrecht, 1992; citados por Barnes, 1998). Esta conclusión tiene que ver con las ideas de Marx sobre la creación de la desigualdad durante las distintas épocas. Como él destaca: la evolución de la dependencia del débil al fuerte, del que no tiene al que tiene, del pobre al rico (feudalismo), del trabajador al dueño de la empresa (capitalismo), se pueden comparar con las etapas de evolución de los conceptos de la discapacidad, la desigualdad social y la pobreza.

La discapacidad y la pobreza involucran temas significativos como el poder, la justicia, la igualdad, la ciudadanía, la democracia participativa. Como consecuencia, la lucha de los discapacitados es contra la discriminación y el prejuicio que se expresan en formas individuales e institucionales (Barnes, 1998: 27). Goffman (1968: 11) por su parte considera que la sociedad categorizará a las personas como comunes o anormales de acuerdo con sus atributos. Esa diferenciación no se hace de manera consciente, y se vuelve notoria hasta que se halla una discrepancia entre lo que se espera de esta persona (identidad social virtual) y lo que realmente es (identidad social real). Esta comparación se hace de acuerdo con cierto estereotipo. Así pues, el dueño de tal atributo se vuelve entonces diferente, por lo que deja de ser visto como una persona total.

El método que utiliza Marx para explicar la realidad es el materialismo histórico, o sea: entender el presente por medio del conocimiento del pasado. En su obra *Manifiesto del Partido Comunista*, Marx presenta la historia de todas las sociedades y la lucha de las clases durante diversas épocas y hace crítica de los conceptos de igualdad, socialismo y comunismo. Aplicando el método histórico a los fenómenos de pobreza y discapacidad pueden analizarse las raíces de los grupos de discapacitados que viven en un ambiente de pobreza. Históricamente el concepto de la discapacidad, en la cultura occidental, ha pasado por varias fases.

La raíz de la exclusión de los "diferentes" proviene de Grecia. Los griegos se consideran los "cimientos" de la "civilización" occidental (Barnes, 1998: 68). Su economía se basaba en la esclavitud y en una sociedad abiertamente jerárquica y violenta. El culto a la belleza y al cuerpo atlético excluyó a los diferentes. Durante esta etapa los discapacitados se aceptan como enfermos y gente sin potencial; su bienestar y su existencia dependen enteramente de la sociedad porque no tienen la oportunidad de trabajar ni de participar en actividades sociales.

En el campo sociológico, según Marx⁷, el principal factor determinante es económico, lo que genera un determinado tipo de cultura e ideología. En favor de esta idea, Paul Hunt, discapacitado y activista, sostiene que las personas con insuficiencia son "desventuradas" porque se las considera incapaces de disfrutar de los beneficios materiales y sociales de la sociedad moderna. Dado el carácter prioritario del trabajo en la cultura occidental, esas personas son consideradas "inútiles" para la comunidad; discapacitadas, igual que los homosexuales, negros y otros grupos oprimidos que son vistos como "anormales" y "diferentes" (Barnes, 1998).

Los romanos y los griegos desarrollan entonces esta actitud de rechazo e inaceptación para las personas con insuficiencias. La sociedad romana tenía también una economía basada en la esclavitud, defendía los derechos individuales, era altamente militarista, y poseía valores tanto materialistas como hedonistas. Después en la época romana, la sociedad sigue rechazando a los "enfermos" y los "débiles" (Barnes, 1998: 68). En la tradición religiosa judeocristiana las insuficiencias eran entendidas como consecuencia de haber obrado mal. Pero a diferencia de otras religiones la doctrina judía prohibía el infanticidio. Posteriormente la prohibición se extendió el

⁷ Las ideas del marxismo siguen la línea de análisis de Pantoja (1985).

cristianismo y al Islam, con las acciones de "cuidar de los enfermos" y a "los menos afortunados", o bien mediante el "cuidado directo". La economía de los judíos – basada en el comercio y en la cría de ganado – y el carácter pacífico de este pueblo permitieron la participación en la comunidad, de las personas con insuficiencias (Barton, 1998: 69).

Durante la "Edad Oscura" la Iglesia cristiana es la única fuerza unificadora. El periodo tiene carácter violento y la actitud hacia la gente con discapacidad fue igualmente dura (Barnes, 1998: 70). Las personas que sufrían insuficiencias "graves" normalmente eran ingresadas en alguno de los pequeños hospitales medievales en los que se reunían "los pobres, los enfermos y los postrados en cama". La insuficiencia era "un castigo" por la caída de Adán y otros pecados. (Barnes, 1998).

La "Edad de la Razón", llamada así por su interés en la racionalidad científica y el progreso social, y el surgimiento del utilitarismo liberal, desde el punto de vista político, legitiman las acciones que favorecen a la mayoría, a expensas de las minorías. Estas circunstancias juntas ofrecieron nuevas razones para legitimar los mitos y las prácticas desde los tiempos antiguos. En ella se incluye la individualización y la medicalización del cuerpo, la exclusión sistemática de las personas con insuficiencias de la vida comunitaria general, y la reificación "científica" del antiguo mito que proclama que, de una u otra forma, las personas con cualquier tipo de imperfección física o intelectual constituyen una seria amenaza para la sociedad occidental (Barnes, 1998: 72).

El siglo XX es sinónimo de la aparición de la discapacidad en su forma actual: se incluye la individualización y la exclusión sistemática de las personas con insuficiencias. Hoy la lucha por más accesos, más derechos y respeto a los "diferentes" sigue. Es más severa en sociedades desarrolladas, donde la falta de servicios básicos a tal población nos recuerda la urgencia de acción para cambiar la realidad en que vive. De acuerdo con lo anterior, se posible concluir que la noción de cambio por medio de acción, de Marx, es aplicable en una sociedad como la mexicana, que hoy en día se encuentra en proceso de desarrollo.

Tener en cuenta que la mayoría de los discapacitados no tiene acceso ni participación en las actividades sociales (la estadística destaca que 74% en México no son activos económicamente⁸) habla de la necesidad de actuar para convertir la realidad en una vida más saludable y digna para todos.

La dialéctica marxista nos permite entender y explicar por qué este fenómeno existe y ocurre como lo conocemos. Es una construcción histórica de la acción humana, que nace en la época griega como exclusión de los "diferentes" (discapacitados, pobres y esclavos) y evoluciona en las épocas de feudalismo, capitalismo, imperialismo y globalización. Se trata de un producto de la inaceptación de los grupos vulnerables en la sociedad considerada "normal", que refleja un conflicto entre los que tienen poder y dinero y los que no lo tienen, entre los "sanos" y los "enfermos", entre los que tenían derechos y los que no; en consecuencia: una opresión social.

En 1980 el sociólogo Finkelshtein sostenía un punto de vista materialista de la discapacidad: es el producto de una relación mediatizada por las interacciones de las estructuras sociales y económicas ante la insuficiencia individual (Oliver, 1998: 42). Siguiendo a Finkelshtein, y naturalmente a Marx, parece claro que el sistema de producción desempeña un papel fundamental: con el surgimiento del capitalismo y de la posterior mano de obra individualizada en las fábricas, junto a la gente de bajos ingresos, las personas con insuficiencias también se encontraban en grave desventaja. Fueron tantos los que no pudieron mantener sus trabajos, que se convirtieron en un problema social para el estado capitalista, cuya primera respuesta fue la dureza de la disuasión y el internamiento (Oliver, 1998: 44).

La economía política de Marx tiene carácter materialista, y según ella, todos los fenómenos (incluidos los fenómenos sociales) son producidos por las fuerzas económicas y sociales del capitalismo. La forma de que éstos se producen depende de la economía. La discapacidad, la desigualdad social y la pobreza son producidas por tales fuerzas.

El sociólogo Mike Oliver explica que la producción de discapacidad y desigualdad social está en transición⁹ (Oliver, 1998:46). Según él, este proceso pasa por tres etapas: ontología, epistemología y experiencia.

La ontología busca la naturaleza de la discapacidad a través de la teoría sociológica. En esta parte del proceso se aplican las ideas de Marx sobre la economía y la desigualdad social. Desde la perspectiva ontológica, los discapacitados están excluidos del mercado laboral no por culpa de sus limitaciones personales o funcionales, ni simplemente por culpa de las actitudes y las prácticas discriminatorias de los empresarios y de los mercados de mano de obra, sino por culpa del sistema de organización del trabajo de la propia economía capitalista (Oliver, 1998: 50).

La teoría de Marx sobre la lucha por la igualdad social, la protección de los pobres y los vulnerables, es una de las ideas centrales que se retoman en la presente investigación. Por medio de la producción económica se da una explicación del surgimiento de la discapacidad, relacionándola con la pobreza y sus factores, mismos que influyen en la vida de los discapacitados y aumentan la desigualdad social.

Las funciones del estado económico juegan un gran papel en la presencia de los fenómenos de pobreza y discapacidad. Se puede deducir que el nivel económico determina el nivel y la magnitud de la pobreza. Por otro lado, el contexto de escasos recursos determina el estado de salud y las capacidades de cada persona. Esta cadena de "impactos" se reproduce durante las diversas épocas y su resultado está vigente para la realidad mexicana.

⁹ Los términos "discapacidad", "pobreza" y "desigualdad social" son usados en el sentido de pertenencia al grupo de los vulnerables en la sociedad.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan las principales corrientes que hablan del origen histórico del concepto de discapacidad, desde el ámbito médico hasta el psicosocial, y se hace la división de las discapacidades según la clasificación de México, dándose además información de su conceptualización legal.

A continuación se profundiza la temática con debates acerca de las perspectivas políticas y sociológicas de la discapacidad, lo que permite identificar las formas en que el fenómeno se conoce actualmente. Se identifican los modelos de intervención aplicados en el contexto mexicano.

El capítulo desarrolla el eje de la pobreza como otra rama vertebral del estudio. Se analiza la pobreza en México, Nuevo León y Monterrey, como lugares donde se concentra el fenómeno de la pobreza urbana. Se cuestionan las políticas públicas y sociales del enfoque neoliberal, tomando como referencia el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 de México.

2.1 El concepto del fenómeno social de la discapacidad

La evidencia estadística convierte al problema de la discapacidad en un tema de actualidad. Sobre lo que es real Ezequiel Ander-Egg ofrece una definición: es “aquello que realmente existe y se desarrolla” (Ander-Egg, 1995), como “los elementos o hechos, que en la realidad social se hacen patentes por sí mismos y que son objeto de observación o de experiencia”.

La discapacidad, confirmada con números cuantificables, permite presumirla como un fenómeno social. Entendida como fenómeno, es impuesta por la sociedad y no es un atributo de la persona. En ella están implícitas las prácticas y representaciones que determinan la existencia particular de los individuos. En relación con esto, Len Barton (1998) comenta que la discapacidad es “un fenómeno que surge del fracaso de un entorno social estructurado a la hora de ajustarse a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que la incapacidad de los individuos discapacitados para adaptarse a la exigencias de la sociedad”.

2.2 Definiciones y clasificaciones de la discapacidad

El orden del concepto de discapacidad aborda clasificaciones contemporáneas (2.2.1) y su definición legal según la legislación mexicana (2.2.2). La transformación de la mirada y las visiones del concepto son representados por la categorización científica en modelos de discapacidad (2.2.3) y en sus perspectivas sociopolíticas (2.2.4).

2.2.1 Definiciones según la Organización Mundial de Salud

La discapacidad ha sido entendida a lo largo del tiempo como enfermedad, deficiencia, dependencia, insuficiencia, desgracia o castigo divino (Barnes, 1998). Ella se considera uno de los principales problemas de salud pública en México, en las décadas recientes (Urquieta-Salomon, Figueroa y Hernández-Prado, 2008).

Depende de la salud del individuo el que él mismo pueda realizar ciertas actividades sociales. En esta línea de pensamiento la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades” (OMS, 2007), lo que refleja la importancia del desarrollo social en el bienestar individual.

La presencia de enfermedad o la ausencia de salud puede llevar al individuo a diferentes resultados, dependiendo del grado de la enfermedad y su magnitud. Uno de los indicadores de salud utilizado por la Organización Mundial de la Salud es la morbilidad. En países en vías de desarrollo, como México, este indicador muestra el nivel del estado de salud de la población. La morbilidad, entendida como incidencia y prevalencia, incorpora también las dimensiones, el grado de discapacidad y su duración. En lo último consiste la medición de las consecuencias no mortales (Urquieta-Salomon, Figueroa y Hernández-Prado, 2008).

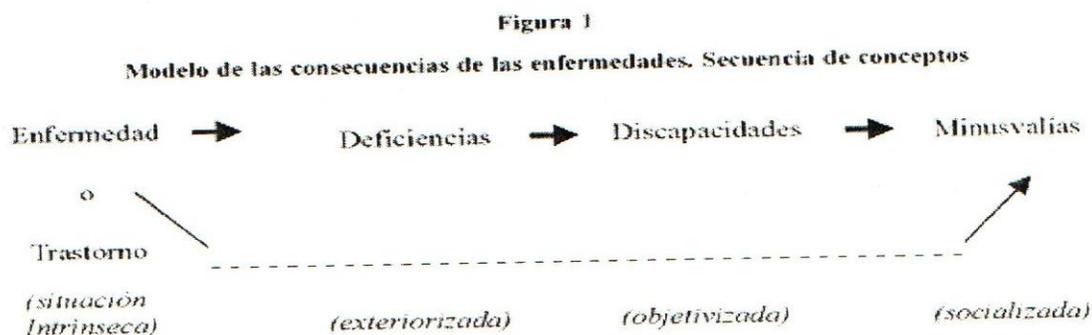
Al dar importancia a las consecuencias no mortales para la salud pública, la Organización Mundial de Salud elabora el indicador DALE (Disability-Adjusted-Life-Expectancy). Este indicador mide de forma conjunta las consecuencias mortales y discapacitantes. Su cálculo, a partir de los datos de incidencia, duración y discapacidad asociada, se basa en estimaciones epidemiológicas y no en datos empíricos (Jiménes, Gonzalez, Moreno, 2001). Según Urquieta-Salomon, en México, los avances en diversos indicadores de desarrollo social y de salud han permitido extender la esperanza de vida y disminuir las tasas de mortalidad (Urquieta-Salomon, Figueroa y Hernández-Prado, 2008). Sin embargo, el autor destaca que las personas que en otras circunstancias habrían fallecido, sobreviven con secuelas físicas o mentales. Con este hecho explica el número de personas en condición de discapacidad.

Según los estándares de la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de Insuficiencia, Discapacidad y Minusvalía (International Classification of Impairment, Dishability and Handicap, ICIDH), existen tres categorías de ausencia de salud en las personas. Estas categorías son: minusvalía, discapacidad e insuficiencia.

La enfermedad es la situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La deficiencia, dentro de la experiencia de la salud, es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La discapacidad, dentro de la experiencia de la salud, es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

La minusvalía, dentro de la experiencia de la salud, es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales) (ICIDH, OMS, 1980). Las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano, porque son consecuencias anatómicas para los individuos. Las discapacidades representan trastornos a nivel de las personas porque derivan de la ausencia de participar en la vida social. Es un rendimiento funcional el que impide la actividad social de los individuos (OMS, 1983). Las minusvalías son consecuencias de las deficiencias y las discapacidades, y afectan la adaptación al entorno del individuo.

Figura 2. Modelo de las consecuencias de las enfermedades. Secuencia de conceptos

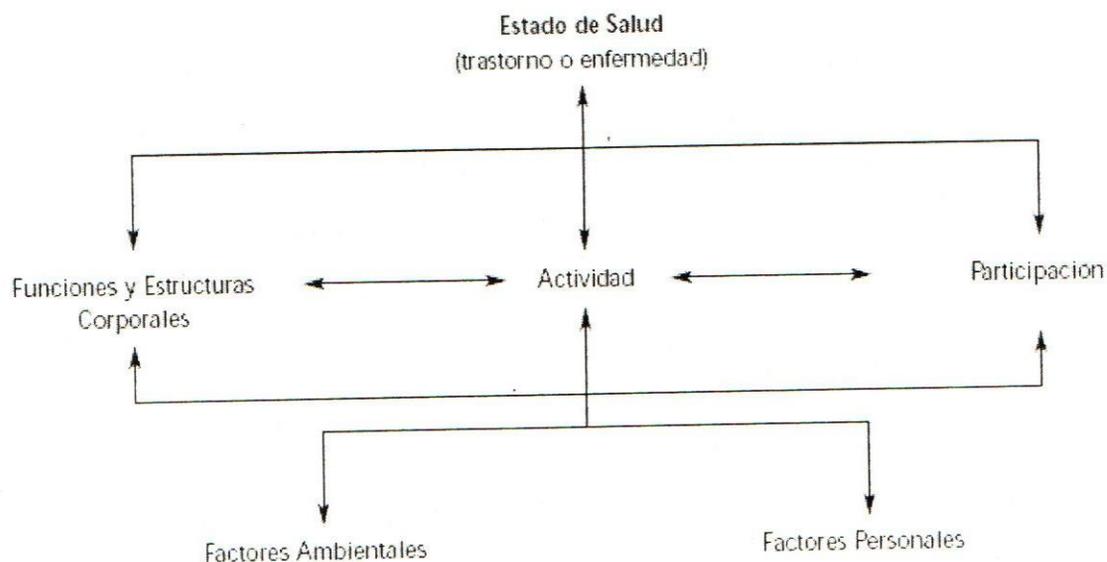


La figura 2 demuestra la relación entre los conceptos, los cuales derivan uno del otro, llevando elementos y características que aumentan su grado de complejidad cuando se trata del estado físico, social, y de la interacción con el entorno.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, indica las secuencias biomédicas de la enfermedad. Ella contempla el modelo médico de la discapacidad y la percepción de ésta como problema individual. En el 2001 la OMS reorganiza la CIDDM con respecto a las consecuencias de la salud que deja la enfermedad. Se consideran los factores del entorno como importantes para la presencia y frecuencia de la discapacidad.

Esta medida sirve para conocer en todo momento cuál es el estado de salud, así como para valorar las contribuciones de las diferentes causas de mortalidad a partir de aquella. A diferencia de los indicadores tradicionales de salud, basados en mortalidad, la CIF tiene en cuenta las consecuencias de la salud (Jiménes, Gonzalez, Moreno, 2001).

Figura 3. Modelo de las consecuencias de salud. Interacción entre los conceptos.



Fuente: OMS, 1983. En: Revista Española de Salud Pública.

La Clasificación Internacional de Funcionamiento y de Discapacidad está basada en la Clasificación Internacional de la Enfermedades (OMS, 2002). Analizando la figura 2 se pueden distinguir dos partes de la clasificación. La primera cubre la función y la discapacidad. Está compuesta por las funciones, las estructuras corporales y definidas. Del otro lado, la segunda parte representa las actividades y la participación de los individuos, incluyendo las limitaciones para cumplirlas. Como tales se consideran los factores ambientales y personales, que puedan impedir la realización de las actividades individuales y la participación en eventos de la vida social.

La CIF contempla el modelo social de la discapacidad y destaca la importancia al entorno como factor determinante ante la presencia de la discapacidad. Para el contexto mexicano, el INEGI, en el año 2000, basándose en el Clasificador Internacional de la Discapacidad de la OMS, clasifica y depura las descripciones de las respuestas asentadas en el XII Censo General de Población y Vivienda. Retomando la definición de la OMS se adecua para el levantamiento censal, en el manual del entrevistador, de la siguiente forma: “una persona con discapacidad es aquella que tiene alguna limitación física o mental para realizar actividades en su casa, escuela o trabajo, como caminar, vestirse, bañarse, leer, escribir, escuchar, etcétera” (Clasificación del tipo de discapacidad, INEGI, 2000).

Enseguida se presentan los tipos de discapacidad en México, considerando el XII Censo General de la Población y Vivienda 2000.

2.2.1.1 Tipos de discapacidad considerando el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México

El XII Censo General de Población y Vivienda 2000 distingue cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, mental, auditiva y del lenguaje, agrupando el resto de los tipos en una categoría denominada “otro tipo de discapacidad”.

A. Discapacidad motriz

La discapacidad motriz representa la de los grupos neuromotrices y músculo-esquelético. La primera se refiere a la dificultad que una persona enfrenta para moverse, caminar, mantener ciertas posturas, así como habilidades para agarrar o sostener objetos. La segunda es aquella que dificulta la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico.

B. Discapacidad visual

La discapacidad visual se refiere a la disminución que sufre una persona en su capacidad visual; incluye a las personas ciegas y con debilidad visual.

C. Discapacidad mental

La discapacidad mental es caracterizada por un funcionamiento intelectual y de comportamiento inferior al promedio. Se distinguen en general tres niveles de discapacidad mental: leve, moderado y severo (profundo).

D. Discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva tiene que ver con la alteración de una de las vías a través de las cuales se perciben los sonidos; algunas son la sordera e hipoacusia, la cual puede atenuarse mediante la utilización de un aparato auditivo.

E. Discapacidad del lenguaje

Esta discapacidad se debe a problemas en los órganos del lenguaje, como labios, paladar y nariz, entre otros; y se caracteriza por sustituciones, omisiones, adiciones o distorsiones del lenguaje. En este tipo de discapacidad se encuentran la rinitis, mudez, laringectomía y labio leporino, entre otros problemas de articulación fonética.

2.2.2 Definición legal de la discapacidad en el estado de Nuevo León

En el año 2006, en el estado de Nuevo León, se acepta la ley para la promoción y la protección de la equidad y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Esta ley promueve la equiparación de oportunidades de participación social para las personas con discapacidad en los ámbitos de educación, salud, transporte y accesibilidad, deporte, cultura y recreación, así como acceso al desarrollo social, señalando que la discapacidad deberá incluirse en todas las acciones gubernamentales orientadas en favor de la sociedad.

Dentro del marco de la dicha ley, una persona con discapacidad “es aquella que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (Ley para la Promoción y Protección de la Equidad y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad del Estado de Nuevo León, Título Primero, Capítulo Único: Disposiciones generales, p.8, 2006, Nuevo León, México).

La Ley deroga los decretos por los que se había creado el comité técnico para la promoción y protección de la equidad y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, “un órgano de consulta y asesoría para establecer acciones especificadas de concertación, coordinación, planeación, promoción y seguimiento de las acciones que permitan garantizar condiciones favorables a las personas que enfrentan algún tipo de discapacidad” (Ley para la promoción y Protección de la Equidad y accesibilidad Universal de las personas con Discapacidad del Estado de Nuevo León, Título Primero, Capítulo tercero: Del comité técnico para la promoción y protección de la equidad y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, Artículo 45, p.23, 2006, Nuevo León, México).

En materia laboral establece el diseño de un Programa de Trabajo y Capacitación para las Personas con Discapacidad, que sea la punta del desarrollo humano de este sector. En lo concerniente a la educación, la ley contempla la creación de un programa de becas, el reconocimiento a la lengua de signos mexicana y la asignación de un porcentaje de textos al Sistema Nacional de Bibliotecas en Escritura Braille.

Además, contempla la creación de un banco de prótesis y de ayudas técnicas, tanto en la federación como en las entidades, la creación de centros de asistencia social y la emisión de una clasificación nacional de discapacidades. También se establecen previsiones en materia de accesibilidad arquitectónica del entorno urbano y la vivienda, transporte público y comunicaciones, deporte y cultura, y seguridad pública.

2.3 Modelos de discapacidad

“Modelo” es una palabra que en las ciencias humanas se utiliza con diferentes significados y alcances. Para la elaboración del presente trabajo se retomó el significado que le dio Ander-Egg, definiéndola como “mecanismo oculto fácilmente imaginado que explica todos los fenómenos observables” (Ander-Egg, 1995: 274). Los modelos describen, explican y predicen el comportamiento de un fenómeno natural o de componentes del mismo. Los diferentes modelos de atención a las personas con discapacidad son resultado de condiciones sociales, económicas, políticas y filosóficas que se han dado a través del tiempo.

La atención que históricamente la sociedad ha brindado al pobre, al vulnerable y a la persona con discapacidad, está basada en el modelo de caridad inglés en el que generalmente se otorgan beneficios insustanciales, acompañados algunas veces de la restricción de ciertos derechos sociales (Riox, 1998; citado por Flores Briceño, 1999). De interés ha sido el condicionamiento que ha ejercido en el modo de comprender y clasificar las discapacidades y en la respuesta que las instituciones, y en última instancia la sociedad, han dado.

Según Flores Briceño, los diferentes modelos propuestos para explicar y clasificar la discapacidad, pueden ser expresados dentro de un marco dialéctico entre el “modelo médico” y el “modelo social” (Flores Briceño, 1999). Esta dialéctica propone dos distintas maneras de conocer el fenómeno de la discapacidad: por un lado, el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales; por otro lado, el modelo social considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.

A pesar de que en la literatura puede encontrarse una variedad de modelos de discapacidad, el presente trabajo retoma los modelos desarrollados en el sistema de Clasificación de los Discapacitados promovido por la Organización Mundial de Salud.

A continuación se presentan los modelos de discapacidad y las perspectivas sociopolíticas del concepto de la discapacidad como fenómeno social.

2.3.1 El modelo médico de la discapacidad

El modelo médico de la discapacidad está basado en el “modelo de la enfermedad” de Talcott Parsons (1951). De forma resumida, el modelo sostiene que cuando aparece la enfermedad, los “enfermos” deberían adoptar el papel de tales. Las personas quedan privadas de cualquier expectativa y responsabilidad normales. La persona incluso se considera inferior biológicamente, destacando la pérdida de alguna función, distinguiendo la discapacidad como un estado indeseable. En general se considera que no son responsables de su condición y no se espera de ellas que se recuperen por voluntad propia (Oliver, 1998). A esta visión individualista del fenómeno de discapacidad, Mike Oliver

(1998: 48) la llamó “tragedia personal”, pues supone que los individuos que la “sufren” se adaptan a su terrible circunstancia y la aceptan.

La atención que se otorga con base en el modelo médico intenta curar manifestaciones clínicas de la enfermedad a través de un sistema organizado de atención, que se interesa más en modificar las condiciones biológicas de la persona. Bajo este concepto se asume que cualquier dificultad orgánica implica una desviación de los parámetros “normales” que la persona debiese presentar (Quinn, 1998: XIX; citado por Flores Briceño, 1999).

De esta manera las consecuencias de la enfermedad (definidas según CIDDM como discapacidad) fueron interpretadas y clasificadas, aplicando a ellas el modelo de enfermedad tradicionalmente utilizado en las ciencias de la salud. En éste el déficit o discapacidad adquiere las connotaciones del síntoma, siendo por tanto descrito como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal/mental que surge como consecuencia de una enfermedad, y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual.

Para Urquieta-Salomon, Figueroa y Hernández-Prado, el término “discapacidad” abarca no sólo a la enfermedad, trastorno o anormalidad funcional de la persona, sino las limitaciones para llevar a cabo actividades en condiciones normales, así como las restricciones en la participación social. Esta definición conlleva la idea de que las funciones sociales de una persona con discapacidad están relacionadas con lo que es “social”, con los miembros de una comunidad con la que está en contacto y trata de participar. Las relaciones entre el discapacitado y la comunidad social se expresan a través del empleo, la educación, la comunicación y otras actividades de la vida social.

Como anteriormente se había comentado, el modelo médico de la discapacidad está contemplado en la Clasificación Internacional de Insuficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIIDM) de la Organización Mundial de Salud. De acuerdo con Flores Briceño, el marco conceptual de la CIIDM, además del aspecto biométrico, reconoce en cierta forma las condiciones sociales y el medio ambiente que rodea a las personas con discapacidad. Sin embargo, carece de claridad en la definición de sus conceptos, e incluso se ha sugerido que algunos de ellos conllevan un mensaje peyorativo hacia la discapacidad (Briceño, 1999).

Bajo el modelo médico de la discapacidad y la construcción de la estigmatización de la discapacidad, de Goffman¹, puede ampliarse el concepto de discapacidad, ofreciendo una visión de los déficits y la presencia de la anormalidad como realidades que tienen una consecuencia en la conducta del individuo y en sus relaciones con la sociedad.

¹ Para Goffman, la división de las personas como “normales” y “anormales”, “sanos” y “enfermos”, los estigmatiza y esto lleva después a la discriminación de los “anormales” (Barnes, 1998).

2.3.2 El modelo social de la discapacidad

El avance en la comprensión de la discapacidad y su teorización no es un proceso aislado de la realidad que se sitúa sólo en el plano de las ideas. Desde las décadas de los sesenta y setenta del siglo XX, especialmente en el contexto de Estados Unidos, Gran Bretaña y los países escandinavos, aparecen diversos movimientos sociales por parte de colectivos “desfavorecidos”, como personas de raza negra y otras minorías étnicas, mujeres y personas con discapacidad, que denuncian su situación de marginación y piden el reconocimiento de sus derechos civiles como ciudadanos y ciudadanas en situación con igualdad social (Abberly, 1998).

En el caso de las personas con discapacidad, surge en Estados Unidos el denominado Independent Living Movement (Movimiento de Vida Independiente), cuyas características son definidas por la activista principal del movimiento, Jenny Morris:

- Que toda vida humana tiene un valor;
- Que todos, cualquiera que sea su insuficiencia, son capaces de hacer elecciones;
- Que las personas que están discapacitadas por la reacción de la sociedad a la insuficiencia física, intelectual y sensorial, y a las afecciones emocionales, tienen derecho a ejercer el control de sus vidas;
- Que las personas discapacitadas tienen derecho a la plena participación en la sociedad (Jane Morris, 1993; citada por Abberly, 1998: 92).

En el contexto de diversos movimientos y organizaciones civiles de ayuda a los discapacitados evoluciona el modelo de discapacidad en un modelo social. Este modelo postula que la discapacidad no es solo la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales.

Analizando el modelo social de la discapacidad, Briceño comenta que la discapacidad es el producto de la interacción de las diferentes limitaciones funcionales con los factores ambientales; es el resultado entre la interacción de la persona con discapacidad con la sociedad en la cual se desenvuelve (Briceño, 1999).

En este modelo se tiende a localizar las limitaciones inherentes a la discapacidad en el entorno construido (donde se hallan las barreras físicas) y en el entorno social, que impone estereotipos y limitaciones a la participación. En consonancia con esto, Briceño destaca que la discapacidad debe ser percibida como una responsabilidad pública. Con esta premisa hacia las personas con discapacidad, establece una fase crucial para aceptar o rechazar los postulados y compromisos del modelo social (Briceño, 1999).

2.4 Perspectivas sociopolíticas

A través del análisis sociopolítico se puede seguir el proceso evolutivo del concepto de discapacidad, el enfoque social del término y los diferentes tipos de relaciones entre los discapacitados y la sociedad en que conviven.

Los análisis sociopolíticos de la discapacidad se desarrollan a partir de la contribución de dos corrientes científicas de estudio de la realidad humana que se interrelacionan en varios aspectos en sus líneas de investigación. Un grupo de análisis parte de la tradición

estadounidense en donde el interaccionismo construye la discapacidad por medio de los significados y las interpretaciones de los individuos y el funcionalismo estructural percibe al discapacitado como producto del sistema y la estructura social. La otra visión se inspira en las teorías materialistas de Marx y Engels, llegando a afirmar que la discapacidad y la dependencia son la "creación social" de un tipo particular de organización social basada en la economía, en concreto que se trata de un producto del capitalismo industrial (Barnes, 1998).

2.4.1 Interaccionismo simbólico

El interaccionismo simbólico ha proporcionado una base conceptual y un modelo de investigación fenomenológica en el campo de la discapacidad. Entre sus presupuestos básicos se considera que las personas, como seres sociales, otorgan un significado a las cosas o situaciones que observan o viven, influidas por la forma de ver o definir las cosas por parte de otras personas.

Para Schutz los significados hacen referencia al mundo en que los actores determinan qué aspectos del mundo social son importantes para ellos. Él habla de significados subjetivos y objetivos, y considera que los significados subjetivos son estos componentes de la realidad que a través de nuestra propia construcción mental consideramos como significativos. Los significados objetivos son aquellos que existen en la cultura y se comparten por toda la colectividad de actores sociales (Ritzer, 1999: 522).

Mike Oliver (1998) comenta que la teoría interaccionista explica la discapacidad como una desviación social a partir de la ausencia de obligaciones y responsabilidades sociales que está explícita en el constructo del papel del enfermo y en la visión negativa de la insuficiencia que prevalece en las sociedades postindustriales.

Según Mead, la experiencia de la gente puede ser explicada desde el punto de vista de su conducta (Ritzer, 1999: 470). De aquí, la cultura y la realidad objetiva, entendidas como los valores de común aceptación, participan en la construcción del acto social y la reacción social hacia las personas con discapacidad. Mead define el acto social como una conducta de estímulo y respuesta. Es decir que ciertos estímulos externos causan el que las personas respondan con un acto (Ritzer, 1999: 471). Bajo este pensamiento, Oliver (1998) denota que la objetividad del significado de la discapacidad considera que la reacción social hacia las personas con discapacidad es una "conducta socialmente proscrita" que les etiqueta y acepta como "incapaces de cumplir con los ideales liberales de la responsabilidad individual".

No obstante las aportaciones de la teoría del interaccionismo simbólico, puede ponerse en duda la "realidad objetiva" de la discapacidad afirmando que, más que entenderla como algo inherente al individuo, debe entenderse como una etiqueta negativa que unas personas aplican sobre otras, cuyo efecto es el reforzamiento de la marginación y la exclusión social.

2.4.2 Funcionalismo-estructural

Las ideas fundamentales de esta escuela tienen larga historia sociológica. El funcionalismo-estructural considera que el propósito de la sociedad es el de mantenimiento del orden y la estabilidad, y que la función de sus partes y el modelo en que éstas están organizadas -la estructura social- servirán para mantener ese orden y esa estabilidad (Villalva, 2003).

Según Collin Barnes (1998), el funcionalismo-estructural explica la “construcción social” del problema de la discapacidad como un resultado inevitable de la evolución de la sociedad contemporánea. Como señala Barnes (1998): los análisis políticos (fundamentados en la investigación histórica sobre los siglos XIX y XX en Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania) ponen de relieve que las sociedades “desarrolladas” funcionan mediante un complejo sistema de distribución de bienes, cuyo principio motor es el trabajo. Dado que no todos pueden trabajar, se desarrolla un segundo sistema basado en las percepciones de necesidad, y unos servicios para dar respuesta a las necesidades.

El acceso al sistema de necesidades y la obtención de beneficio por parte de “los necesitados” supone la vigencia de unos estamentos profesionales que controlen la “correcta” distribución de este sistema de bienestar que ofrece el estado. Por lo tanto, la definición de lo que es discapacidad es una cuestión compleja, cuya “construcción” social se explica con referencia a la acumulación de poder por parte de la profesión médica y la necesidad que tiene el estado de limitar el acceso al sistema de bienestar que él patrocina” (Barnes, 1998).

Wolf Wolfensberger (1989), promotor del movimiento de normalización de servicios en Europa, aporta también una visión crítica del tema sosteniendo que la construcción social de la discapacidad y la dependencia es una “función latente”, pero esencial, del crecimiento de las “industrias de servicios humanos” desde 1945. Todas las agencias e instituciones manifiestan sus objetivos y funciones explícitas (recuperación, educación, reinserción profesional), pero lo más importante son las funciones no reconocidas públicamente, ocultas.

En los países desarrollados y estados de bienestar las industrias de servicios humanos cobran cada vez mayor importancia y están interesadas en crear y mantener grandes cantidades de personas “devaluadas” y dependientes, con el fin de asegurar el trabajo propio. Esto, paradójicamente, está en clara oposición con la pretendida y explícita función de rehabilitación e integración en la comunidad (Wolfensberger, 1989; citado por Barnes, 1998).

En esta misma línea se sitúan los análisis críticos de otros autores americanos como Gary Albrecht (1992), quien considera que la discapacidad está producida por “el negocio de la discapacidad”, en el que se incluyen no sólo los servicios oficiales, sino también las iniciativas particulares, incluso las emprendidas por las propias personas con discapacidad, pues la discapacidad y la rehabilitación se han convertido en mercancía y en objeto de interés comercial (Albrecht, 1992; citado por Barnes, 1998).

Los citados análisis sobre políticas económicas y la disposición de servicios llevan a estos autores a señalar la necesidad de modificar la organización política basada en modelos

paternalistas de provisión de servicios y señalan que la discapacidad "es un problema inevitable de la evolución de la sociedad industrial" (Barnes, 1998).

2.4.3 Materialismo y discapacidad

Según la perspectiva materialista, la discapacidad está creada a partir de las estructuras económicas y políticas de la sociedad. Las personas con discapacidad constituyen, por esto, un grupo social oprimido y desvalorado. En comparación con las perspectivas antes mencionadas, donde la discapacidad se considera como déficit individual, o como desviación social, el enfoque materialista cuestiona las raíces de la discapacidad y la considera como una "producción" social.

El papel de la discapacidad, escrito desde una posición radical, se expresa en la Unión de Personas con Insuficiencias Físicas contra la Discriminación (Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (Oliver, 1998). UPIAS representa a un grupo de personas con discapacidad, que después de haberse reunido regularmente para compartir sus experiencias y fomentar colectivamente sus luchas personales, concluye que la discapacidad es una forma de opresión social (Oliver, 1998: 41):

"En nuestra opinión, es la sociedad la que incapacita realmente a las personas con deficiencias. La discapacidad es algo que se impone a nuestras deficiencias por la forma en que se nos aísla y excluye innecesariamente de la participación plena en la sociedad. Por tanto, los discapacitados constituyen un grupo oprimido de la sociedad. Para entenderlo es necesario comprender la distinción entre la deficiencia física y la situación social, a la que se llama 'discapacidad', de las personas con tal deficiencia. Así, definimos la deficiencia como la carencia parcial o total de un miembro, o la posesión de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo defectuosos; y la discapacidad es la desventaja o la limitación de la actividad causada por una organización social contemporánea que tiene en escasa o en ninguna consideración a las personas con deficiencia físicas, y por tanto las excluye de la participación en las actividades sociales generales. La discapacidad es, por consiguiente, una forma particular de opresión social" (UPIAS, 1976: 3-4).

Vic Finkelstein (1980), miembro de UPIAS, hace una interpretación crítica materialista de la historia y afirma que la discapacidad es un producto del desarrollo de la sociedad industrial occidental. Este autor divide la historia en tres fases. La fase uno corresponde al periodo feudal europeo (Gran Bretaña), en que las personas con limitaciones participaban en el modo de producción rural sin problemas. Pero durante la industrialización (la fase dos), en el siglo XIX, las personas con limitaciones fueron excluidas, porque eran incapaces de adaptarse al ritmo laboral de las fábricas. Así fueron apartadas de la actividad económica y social general, consideradas enfermas y recluidas en instituciones de carácter sanitario. La tercera fase acaba de empezar y supondrá el final de la opresión de las personas discapacitadas, gracias al desarrollo y el uso de la tecnología y el trabajo conjunto de esas personas y de otras que se solidarizan con ellas (Barnes, 1998).

Desarrollando esta perspectiva crítica social de la discapacidad y considerando el análisis de Finkelstein, Barnes (1998) afirma que la discapacidad puede clasificarse como simplista y exclusivamente optimista. El autor discute que es simplista porque supone que existe una relación directa entre el modo de producción y las ideas y experiencia de discapacidad; es demasiado optimista por la suposición de que el avance tecnológico y la participación en el

trabajo integrarán de nuevo a las personas discapacitadas en la sociedad en niveles de igualdad. La tecnología puede servir para capacitar o para discapacitar aún más a las personas, y los intereses profesionales han demostrado ser una de las mayores barreras para las personas discapacitadas.

Otro representante de la perspectiva materialista, Mike Oliver (1998), defiende que la economía tiene un lugar central en la producción de la discapacidad, a través de la organización social del trabajo. Él destaca que la opresión social a la que se enfrentan los discapacitados tiene sus raíces en las estructuras económicas y sociales del capitalismo, que por sí mismas producen racismo, sexismo, homofobia, gerontofobia y discapacidad.

La exclusión de las personas con discapacidad para el mercado laboral, desde la perspectiva materialista, es debida al sistema de organización social basado en trabajo, lo que describe al sistema económico capitalista. En relación con esto, la ideología marxista complementa que la cultura es producto de la economía (Barnes, 1998). Así pues, el comportamiento social hacia los discapacitados y la creación del fenómeno de la discapacidad, como tal, es resultado de las reglas de producción, intercambio, distribución y consumo de bienes.

2.5. El concepto de pobreza

Una de las características actuales de la sociedad mexicana es su concentración en las grandes ciudades del país, particularmente en las 31 zonas metropolitanas que componen el sistema urbano nacional. Según datos del II Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2005), la población en las principales zonas metropolitanas (Valle de México, Guadalajara, Monterrey, Puebla-Tlaxcala y Toluca) es de 29.7% (31 millones 684 mil 702 habitantes) de la población total (actualmente de más de 106 millones).

En las grandes ciudades, con el crecimiento de la población se profundizan cuestiones como las desigualdades económicas y sociales. Así el investigador Tito Olazábal (1994) señala que después de los años ochenta, con el crecimiento económico del país crece el empleo en la mayoría de los sectores económicos, lo que lleva como consecuencia un alto grado de urbanización. Según el mismo autor, vivir en un barrio pobre en una ciudad metropolitana cuesta más caro que vivir en cualquier otra parte de la ciudad. Esta idea está apoyada con información del PND 2007-2012, donde se señala que los altos gastos de los habitantes de los barrios pobres en las zonas metropolitanas (ZM) resultan en empobrecimiento de los mismos.

Según estadísticas del Consejo de Desarrollo Social del Gobierno de Nuevo León, en el área metropolitana de Monterrey habita el 93% de los 4 millones 106 mil personas que integran la población total del estado (1.1 millones), muchas de ellas viviendo en la pobreza (Consejo de Desarrollo Social, 2006).

La información señala uno de los principales problemas que es eje importante para las políticas sociales a nivel nacional y municipal. El conocimiento del concepto de la pobreza, sus dimensiones y efectos, se considera como un elemento que repercute en las formas de acceso a mejores condiciones de vida y de salud.

Sin pretender ahondar en el término de pobreza, como tal, se comentan algunas definiciones y tipos de ésta, así como diferentes perspectivas teóricas e ideológicas.

2.5.1 Definiciones

La pobreza es un fenómeno complejo y multidimensional, por lo cual existen varias definiciones y modos de medirla. Tradicionalmente la pobreza se define como la privación material, medida mediante el ingreso o el consumo del individuo o la familia.

Se habla de pobreza extrema o pobreza absoluta como la falta de ingreso necesario para satisfacer las necesidades básicas de alimentación. Estas últimas suelen expresarse en términos de requerimientos calóricos mínimos. Adicionalmente existe la definición de pobreza general o relativa, que es la falta de ingreso necesario para satisfacer tanto las necesidades alimentarias básicas como las necesidades no alimentarias básicas, tales como vestido, energía y vivienda (UNDP 2007).

La pobreza urbana es un estado de privación asociado a condiciones de empleo, subempleo e informalidad, que coloca a los trabajadores y a sus familias en una situación de precariedad. Miguel Székely (2005) discute la conceptualización de la pobreza, señalando que la pobreza constituye una privación e incapacidad de satisfacer las necesidades más fundamentales del hombre. Basándose en Marx, el autor ofrece dos conceptualizaciones de la pobreza: una que la considera como un fenómeno relativo –en el tiempo y en el espacio– y otra que la conceptúa como un fenómeno absoluto en el campo de las capacidades del hombre, pero con diferentes dimensiones en el espacio de las necesidades y de los recursos requeridos para la satisfacción de las mismas (Székely, 2005:38).

Julio Boltvinik (1994) enmarca la discusión señalando que las necesidades humanas y la manera específica en que se configuran en una sociedad remiten el fundamento de la noción de la pobreza. El autor considera que las capacidades y las necesidades humanas han sido producidas, al igual que los bienes y servicios. De su lectura se desprenden tres consecuencias: el carácter histórico y dinámico de las necesidades humanas; la negación de la tesis de que las necesidades humanas proceden del sujeto como su fuente original; el rechazo del concepto de la producción como un mero instrumento al servicio de la satisfacción de necesidades preexistentes (Boltvinik, 1994).

Boltvinik habla de dos tipos de necesidades humanas: biológicas y sociales. Las necesidades biológicas orientan el proceso de producción ulterior. En consecuencia las necesidades sociales concretas de una sociedad constituyen un proceso complejo cuyo conocimiento se han desarrollado cuando mucho por guías metodológicas muy generales. Como elementos fundamentales para entender la formación de esta clase de necesidades están la naturaleza del proceso de producción (condiciones de trabajo) y la naturaleza del proceso de consumo (condiciones de restitución y de reproducción de la fuerza de trabajo) (Boltvinik, 1994: 33). En relación con lo último, Eric Hobsbawn deduce, que la pobreza “se define siempre de acuerdo con las convenciones de la sociedad donde se presenta” (Boltvinik, 1994: 35).

El concepto operacional de pobreza que Boltvinik (2003) adopta es que el pobre es aquel que, dadas sus fuentes de bienestar, no puede satisfacer sus necesidades por más

eficientemente que las use. El autor comenta que la pobreza puede ser analizada desde dos puntos de vista: la pobreza como insuficiencia de recursos, lo que causa un nivel de vida inadecuado, que significa carencias, privación; y la pobreza como privación, es decir, la presencia misma de las carencias (Boltvinik, 2003: 19).

Quienes definen la pobreza como insuficiencia de recursos, se apoyan en la dimensión “espacio”: los que tienen menos de un cierto nivel de recursos son pobres. Quienes adoptan la otra postura –la pobreza como privación– buscan indicadores directos de privación: falta de agua potable o de drenaje, el bajo nivel educativo, la desnutrición, el hacinamiento, la baja calidad en los materiales de la vivienda, la no participación en actividades acostumbradas en la sociedad, etcétera.

Boltvinik, como Townsend (Boltvinik, 2003) conciben la pobreza como las carencias humanas derivadas de la limitación de recursos económicos (fuentes de bienestar en los hogares) e incluso como fuentes de bienestar a los activos, el tiempo y al acceso a servicios gubernamentales gratuitos (Boltvinik, 2003: 20). Para los autores los recursos son solo un medio y lo que importa es el nivel de vida, porque solo en esta dimensión se puede establecer el “piso mínimo” que separa a los pobres de lo no pobres, la vida digna de la no digna.

A principios de los años ochenta Amartya Sen criticó las nociones puras de pobreza relativa argumentando que hay un núcleo irreductible en la idea de pobreza y que está dado por el hambre y la inanición. La perspectiva que inaugura este autor es bastante original, puesto que su reflexión se basa no en la posesión de bienes que tienen las personas, sino en la falta de capacidades para satisfacer necesidades básicas, las cuales varían ampliamente según el momento de la vida y las diferentes condiciones sociales y comunitarias que existen en una sociedad. En esta perspectiva, los activos, el ingreso y los bienes de consumo son medios para alcanzar ciertas capacidades, mientras que las características personales y el contexto social definen la forma de transformar estos insumos en capacidades específicas. Sen señala que:

“Ciertamente, ningún estándar de suficiencia puede ser revisado sólo para tener en cuenta cambios en los precios, porque ello ignoraría los cambios en los bienes consumidos, tanto como las nuevas obligaciones y expectativas de los miembros de la comunidad. Careciendo de criterio alternativo, el mejor supuesto que puede hacerse es relacionar los estándares de suficiencia a los aumentos o disminuciones en los ingresos reales promedio (de la sociedad)” (Townsend, 1979: 17-18; citado por Székely, 2005: 38-39).

Sen argumenta que existe un núcleo absoluto en la idea de la pobreza: “Si hay hambruna e inanición” entonces -sin importar el enfoque relativo- hay claramente una situación de pobreza: y aun así la atención se desvía a otros aspectos del estándar de vida, el aspecto absoluto de la pobreza no desaparece” (Székely, 2005: 40). Székely considera que el enfoque adecuado para el análisis de la pobreza no son ni los satisfactores ni su utilidad, sino lo que denomina como las capacidades de las personas para funcionar en la sociedad, es decir “las habilidades para hacer cosas utilizando medios y recursos para ello” (Székely, 2005: 40). Desde este punto de vista, la pobreza es una noción absoluta en el espacio de las capacidades, pero toma frecuentemente una forma relativa en el espacio de los bienes y sus características.

Operacionalizando la noción de la pobreza con base en las capacidades, Desai (1994: 22) distingue cinco capacidades básicas: 1) la capacidad de permanecer vivo y disfrutar una vida prolongada; 2) la capacidad para asegurar la reproducción (biológica) de las personas; 3) la capacidad para tener una vida saludable; 4) la capacidad para actuar socialmente; y 5) la capacidad para tener conocimiento y libertad de pensamiento y expresión (Székely, 2005). Estas capacidades -que tienen un carácter absoluto- dan lugar a las necesidades, diferenciadas y cambiadas en el tiempo y el espacio, cuya satisfacción requiere de recursos (bienes y servicios), los cuales pueden combinarse en diversas proporciones, dependiendo de las condiciones existentes en el tiempo y el espacio.

Siguiendo el enfoque de Sen, el UNDP define la pobreza tomando en consideración la carencia de capacidades humanas básicas que se manifiestan en problemas tales como analfabetismo, desnutrición, tiempo de vida corto, mala salud materna y padecimientos por enfermedades prevenibles (UNDP, 2007). Esta es la denominada pobreza humana, que no se enfoca en lo que la gente tiene o no tiene, sino en lo que la gente puede o no puede hacer. Una manera de medirla es a través del acceso a bienes, servicios e infraestructura necesarios (energía, educación, comunicaciones, agua potable) para desarrollar las capacidades humanas básicas².

2.5.2 Métodos de medir la pobreza

A) Línea de pobreza (LP) (umbral)

El método consiste en comparar el ingreso (o el consumo) per capita o por adulto equivalente, de un hogar, con la llamada línea de pobreza, expresada en los mismos términos. Los hogares con ingresos menores a la línea se consideran pobres, y la misma característica se atribuye a cada una de las personas que en ellos habitan. El punto clave para este método es la forma como se define la línea. En Estados Unidos y América Latina la Canasta Normativa Alimentaria (CNA) se calcula multiplicando su costo por el recíproco del coeficiente del Engel (porcentaje del gasto que se dedica a alimentos) de algún grupo de hogares (Boltvinik, 1994).

Székely comenta que se utilizan dos líneas de pobreza: de “pobreza extrema” y de “pobreza moderada”, cuantificadas por diversos organismos e instituciones. Cada una de las líneas está basada en supuestos diferentes sobre la magnitud de los recursos requeridos para satisfacer las necesidades esenciales de la población. Para el Banco Mundial (BM), una persona es considerada como “pobre extremo” si la magnitud de su ingreso (o consumo) promedio diario es menor de un dólar norteamericano, y como “pobre” si aquel es menor de dos dólares por día.

Una medición de la líneas de pobreza en México, que se considera como “mejor” (evita las críticas de las anteriores) la constituyen los cálculos hechos por la Coordinación General de Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), dependiente de la Presidencia de la República a principios de la década de los ochenta.

² El UNDP elabora un índice de pobreza humana tomando en cuenta tres dimensiones: una vida larga y saludable, medida por la probabilidad al nacer de alcanzar la edad de 40 años; conocimiento, medido por la tasa de alfabetismo; y un nivel de vida decente, medido por el porcentaje de la población que tiene acceso a agua potable y el porcentaje de niños con deficiencia de peso (UNDP, Human Development Report, 2003).

Esta institución publicó lo que se conoce como “canasta normativa de satisfactores esenciales” (CNSE), que incluye los rubros de alimentación, vivienda, cuidados básicos de la salud e higiene, cultura y recreación básica, transporte y comunicaciones, vestido y calzado, pequeñas partidas para presentación personal, calculando su costo anual para un hogar típico de 4.9 miembros (Székely, 2005: 48).

B) Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Este método consiste en comparar la situación de cada hogar en cuanto a un grupo de necesidades específicas, con una serie de normas que expresan el nivel mínimo debajo del cual se considera insatisfecha la necesidad. Los hogares que tienen una o más NBI se consideran pobres, lo mismo que todos sus miembros. Los puntos críticos de este método son la selección de necesidades, la definición de criterios mínimos para cada una de ellas, y el criterio de la definición de pobreza (Boltvinik, 1994).

Según Boltvinik, el punto central para el análisis de los dos métodos, es la satisfacción de las necesidades básicas de una persona o de un hogar, dependiente de las siguientes fuentes de bienestar: el ingreso corriente; los derechos de acceso a servicios y a bienes gubernamentales de carácter gratuito; la propiedad o derechos de uso de activos que proporcionan servicios de consumo básico; los niveles educativos como medios de obtención de ingresos; el tiempo disponible para recreación, educación, labores domésticas; los activos no básicos o la capacidad de endeudamiento del hogar.

Boltvinik también señala las principales limitaciones de los métodos LP y NBI. El autor discute que la satisfacción de las necesidades básicas depende solamente del ingreso o del consumo privado corriente de los hogares. En segundo lugar, él propone la dependencia de las aplicaciones usuales. La línea elige indicadores de satisfacción de necesidades que básicamente dependen de la propiedad de activos de consumo o de los derechos de acceso a servicios gubernamentales (agua, eliminación de excretas y educación primaria), por lo cual deja de tomar en cuenta las demás fuentes de bienestar.

La propuesta del autor es el Método Integrado de Medición de la Pobreza (MIMP) que representa una combinación de los dos métodos, LB y NBI. El MIMP mide no solo la satisfacción de las necesidades básicas elementales, sino el “florecimiento humano”³. Propone incluir la disponibilidad de tiempo libre como una necesidad básica (Boltvinik, 2003).

El carácter multidimensional y complejo de la pobreza queda generalizado por el reporte del Banco Mundial (2001) donde se describe que: La pobreza consiste y se caracteriza no solo por el bajo ingreso y bajo consumo, sino también por los bajos niveles de logro en el área de la educación, la nutrición, la salud y otras áreas de desarrollo humano (Banco Mundial, 2001). Esta definición destaca la importancia y la influencia del fenómeno de pobreza en el bienestar y el desarrollo social o como lo subrayan Nussbaum y Sen en su libro *La calidad de vida* (1993), la pobreza es el aspecto económico del bienestar.

³ El concepto de “florecimiento humano” de Boltvinik destaca los elementos no económicos de las necesidades y capacidades que caracterizan al ser humano como completo. Hace diferencia con el concepto de “nivel de vida”, que con su carácter económico no toma en cuenta necesidades como el amor, o capacidades como creatividad (que no dependen centralmente de recursos económicos), pero que forman parte de la satisfacción de uno.

2.5.3 La pobreza en México

La metodología oficial para medir la pobreza en México está basada en la información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) que recopila el INEGI cada dos años. La propuesta es convocada por la Secretaría de Desarrollo Social y como resultado de su aplicación se establecen umbrales de ingreso para definir tres distintos niveles de pobreza (ENIGH, 2000).

Según información del PND 2007-2012, en México se identifican tres tipos de pobreza de acuerdo con el nivel de ingresos, la educación, el acceso a servicios básicos y de salud, la alimentación y la vivienda de la población:

1. Pobreza alimentaria: es la población que cuenta con un ingreso per cápita insuficiente como para adquirir una alimentación mínimamente aceptable.
2. Pobreza de capacidades: es la población que si bien puede cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, cuenta con un ingreso per cápita insuficiente como para realizar las inversiones mínimamente aceptables en la educación y la salud de cada uno de los miembros del hogar.
3. Pobreza patrimonial: es la población que si bien puede cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, educación y salud, cuenta con un ingreso per cápita que no le es suficiente para adquirir los mínimos indispensables de vivienda, vestido, calzado y transporte para cada uno de los miembros del hogar (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

De acuerdo con la estadística del PND 2007-2012, en México el 18% de la gente vive en pobreza alimentaria y el 47% vive en pobreza patrimonial. La ENIGH del 2005 arrojó que 9.9% de la población que vive en zonas urbanas tiene ingresos menores a 791 pesos (el umbral establecido) y 32.3% que vive en zonas rurales gana menos de 584 pesos al mes. Combinado, significa que la pobreza extrema alcanza a 18.2% de la población total. A precios de 2005 el ingreso mensual de referencia para cubrir las necesidades mínimas para las áreas de salud y educación era de 969.84 pesos para la población urbana y 690.87 pesos para la rural, cuando el ingreso mensual de referencia es de 1 mil 586.54 pesos para la población urbana y 1 mil 060.34 pesos para la rural (ENIGH, 2005).

De acuerdo con las líneas de pobreza mencionadas (umbrales), la pobreza alimentaria es un subconjunto de la pobreza de capacidades, y ésta a su vez, es un subconjunto de la pobreza patrimonial. Esto resulta del hecho de que la persona que no puede adquirir la alimentación mínima necesaria tampoco puede realizar los gastos de educación y salud considerados, que definen la línea que divide la pobreza de capacidades de la patrimonial, y así sucesivamente.

Una mirada diferente del problema de la pobreza es la perspectiva de la exclusión y la marginación social presentada por Gloria Mendicoa y Luciana Venderanda (1999). Según las autoras, la pobreza es un concepto que puede analizarse desde diferentes enfoques, cada uno con impacto para la selección de políticas de acciones y planes para combatirla. Mendicoa y Venderanda consideran que la vida política contemporánea mezcla diversos movimientos que se enfrentan a un amplio espectro de injusticia. La pobreza y la privación en sus diversos tipos son elementos constitutivos también de la injusticia, de donde parten la discriminación y la desigualdad (Mendicoa y Venderanda, 1999: 37).

La mezcla de factores político-sociales genera una inequitatividad en relación a las distintas cuestiones del bien. La reflexión sobre la justicia social como una cuestión política, social y práctica, adquiere entonces más esfuerzos y decisiones para modificar la realidad.

Raws señala que la cuestión de la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales. Más allá de que sean eficientes, funcionales, o que aporten al bien común, las leyes que las rigen deben ser justas (Mendicoa y Venderanda, 1999: 39). Raws es autor de la teoría de la justicia, donde argumenta “heurísticamente” en favor de una reconciliación de los principios de libertad e igualdad a través de la idea de la justicia como equidad. Para la consecución de este fin, es central acercarse al aparentemente insuperable problema de la justicia distributiva.

En favor de esto último Mendicoa y Venderanda comentan que el objeto primario de la justicia es la estructura básica de la sociedad; el modo en que las instituciones sociales distribuyan los deberes y derechos fundamentales y determinen la división de las ventajas provenientes de la cooperación social (Mendicoa y Venderanda, 1999: 40). Y como la estructura básica presenta profundas desigualdades se justifica entonces la necesidad de aplicar los principios de la justicia social.

Rawls postula dos principios básicos: “el velo de la ignorancia” y el “de la diferencia”. El primero lo sintetiza Rawls como “igualdad de la libertad” y marca la exigencia de igualdad en la reparación de deberes y derechos básicos. El segundo plantea que las desigualdades de riqueza y autoridad sólo son justas si producen beneficios compensatorios para todos, y particularmente para los menos aventajados de la sociedad (Mendicoa y Venderanda, 1999: 41).

Con respecto a la libertad, Rawls reflexiona a los siguientes tres aspectos: los agentes que son libres, las restricciones de los que están libres, y aquello que tienen libertad de hacer.

Las libertades básicas se presentan no sólo cuando el individuo tiene la posibilidad de ejercerlas, sino también cuando las instituciones o la población tiene el deber de no de obstaculizarlas. En función de que las desigualdades deben justificarse ante los menos aventajados, Rawls concluye: “Cada persona ha de tener un derecho igual al sistema más amplio de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertad para todos” (Mendicoa y Venderanda, 1999:46).

Otra mirada sobre la desigualdad, la pobreza y la exclusión social nos ofrece Rosanvallon, quien propone un nuevo protagonismo del Estado, como “director de largo plazo”, en tres propuestas básicas que permitirían superar las crecientes desigualdades:

1. Empezar una lucha decidida y creíble contra la desocupación.
2. Incrementar la inversión pública, básicamente en el área de educación, generando una verdadera igualdad de oportunidades.
3. Vincular la protección social a la trayectoria vital de los individuos, para evitar que los incidentes coyunturales se conviertan en determinantes de la problemática social (Mendicoa y Venderanda, 1999: 47).

La pobreza es un fenómeno que se puede analizar tanto de manera cuantitativa como cualitativa. Es un problema profundo que exige atención, al definir su origen y distanciarlo de la definición oficial, en el sentido de que la pobreza es producto de falta de alimentación,

falta de educación y/o falta de oportunidades; porque en realidad, la mala alimentación o la falta de educación no generan pobres, sino lo que los genera es la economía de exclusión.

Mendicoa y Venderanda crean un sistema de valores que evalúan a los factores de la desigualdad desde una perspectiva cualitativa. Según este sistema, la pobreza, la exclusión social y la marginalidad son parte de los factores mencionados. Las autoras los definen de la siguiente manera:

-Pobreza: Concepto con dos enfoques: económico (carencia de ingresos, bienes y servicios) y multidimensional (transferencia de los ingresos para generar capacidades mínimas aceptables).

- Exclusión: Concepto con tres enfoques: económico, político y socio-cultural. La exclusión económica indica los procesos que impiden que ciertos grupos o individuos accedan a los medios y enfoques necesarios para participar de los sistemas de intercambio productivo (capacitación, trabajo, recursos financieros). Como enfoque político la exclusión representa procesos que generan desigualdad de derechos entre los miembros de una sociedad, como acceso a la justicia; a la participación en la toma de decisiones; y a ciertos derechos civiles, políticos y sociales básicos. El aspecto socio-cultural de la exclusión incluye procesos que impiden la incorporación de las personas y grupos al quehacer y a la dinámica de la sociedad. Esto se refleja en la precariedad o la ausencia de participación en redes sociales primarias; precariedad del vínculo de individuos con instituciones sociales; ruptura entre ciertas personas o grupos con la cultura de la sociedad.

- Marginalidad: Falta de participación activa y pasiva. La primera se refiere a redes de decisión social, políticas, y otras. La segunda se refiere a la participación económica, es decir, la distribución de bienes y servicios.

El autor José Tortoza (1993) en su obra *La pobreza capitalista* analiza el concepto de la marginalidad a través de diferentes ángulos. La primera consideración que hace es en base de la estigmatización social, o sea, analiza la marginalidad como una construcción social, donde los marginados son aquellos que se “desvían de la norma (social) y, al mismo tiempo ven su conducta o su condición estigmatizada. Con base física, Tortoza considera marginados a los que reciben un fuerte rechazo por parte de la sociedad (por ejemplo, los enfermos, que son menos construidos socialmente).

Están también los “periféricos”, que no son desviados (no hay estigma), pero que tampoco son “normales”. Estos son los que pertenecen a las clases extremas de la sociedad -las clases altas o bajas-. Como último tipo del concepto de la marginalidad el autor destaca la marginalidad formada por los minusválidos (y no discapacitados o deficientes): la transformación de los discapacitados en deficientes, cuando la sociedad hace de la discapacidad un obstáculo, que a su vez convierte a la persona en “menos válida” para la vida social “estándar” (Tortoza, 1993: 57).

- Marginalidad y Exclusión: La combinación de estos conceptos se refiere a la expulsión involuntaria de ciertos individuos o segmentos de la sociedad que requieren de impulsos

desde fuera, desde quienes no están marginados ni excluidos. Las dos constituyen situaciones que atentan contra la cohesión social.

El carácter múltiple de la pobreza y sus diferentes dimensiones la asocian indudablemente con nociones como bienestar, desarrollo humano, e igualdad de oportunidades. El lado contemporáneo de los conceptos previamente mencionados, y la relación entre ellos, está presentada por el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el cual establece objetivos del beneficio social y del mejoramiento en los niveles de la vida de la población mexicana.

El PND 2007-2012 está construido sobre las ideas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Sus principales ejes rescatan los objetivos de desarrollo del milenio (reducir la pobreza, educación para todos, igualdad de la oportunidades para todos sin discriminación de género, edad, capacidades; mejoramiento de la salud maternal, infantil; sostenibilidad del medio ambiente), pero además el programa tiene sus objetivos y estrategias nacionales que lo convierten en un programa específica creado para responder a las necesidades actuales mexicanas (PND, 2007-2012).

Según Juan Lafarga, profesor-investigador de la Universidad Iberoamericana de México, el ser humano tiene una tendencia innata a la satisfacción de sus necesidades en forma armónica e integral para alcanzar así la salud, el bienestar y el desarrollo. Esta tendencia innata a proteger e impulsar el crecimiento, compartida con todos los vivientes, es la motivación básica de su conducta. El profesor considera que puesto en condiciones adecuadas para su desarrollo, el ser humano tiende a crecer en direcciones insospechadas y su comportamiento es constructivo y armónico. En cambio, en condiciones adversas, su conducta puede hacerse violenta y destructiva en contra de los demás o en contra de sí mismo⁴.

2.5.3.1 La noción del bienestar y su relación con la igualdad de oportunidades. Una reflexión general dentro del PND 2007-2012

La percepción del bienestar, de Juan Lafarga, presenta la dimensión individual del bienestar social, que está integrado por el conjunto de necesidades humanas tales como el vestido, el alimento, la vivienda, el trabajo, la realización personal, la autoestima, el reconocimiento, etcétera. Se destaca la importancia de la cobertura y la satisfacción de las mencionadas necesidades como factores determinantes para el desarrollo de cada individuo, la construcción de su comportamiento en el contexto social y la conducta correcta con respecto a los actos de solidaridad y respeto, y no de violencia y humillación a los demás. Logrando el desarrollo personal se logrará el desarrollo social.

En la relación con esto último, los autores del libro *Administración social: servicios de bienestar social*, Maria del Carmen Brancho y Jorge G. Ferrer, comentan que el bienestar social trasciende la dimensión individual para adquirir carácter social. Dentro de esto aspecto, el social es el más indicado para valorar (Brancho y Ferrer, 1996: 12).

⁴Asociación de Desarrollo Humano de México A.C. /<http://www.adehum.org.mx/> Descargado en marzo de 2008.

Una visión contemporánea de bienestar y de cómo lograrlo, apoyando al desarrollo humano de la gente, lo presenta la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Según la ONU, el desarrollo humano consiste ante todo en permitir a las personas tener una vida que valoren y en permitirles aprovechar todo su potencial como seres humanos (ONU, 2007). Se subrayan como importantes la participación en la vida social, los derechos y la seguridad, como principales ejes para el bienestar. Se hacen recomendaciones de cambios políticos y estructurales para el reducimiento de la injusticia social, la pobreza y la discriminación; se llama la atención a la necesidad de la acción unida y rápida de todos participantes en la vida política para el logro de la satisfacción social.

Siguiendo la línea del bienestar, cabe mencionar que el concepto contiene los términos de acción social y servicios sociales (Brancho y Ferrer, 1996), los cuales lo convierten en un término no estrictamente teórico y utópico, sino en uno práctico y aplicable. La aplicabilidad del bienestar se realiza a nivel individual, así como social. En el nivel social su aplicabilidad está representada por los actos y los esfuerzos gubernamentales para el mejoramiento del sector público y la satisfacción social.

En el PND 2007-2012 el concepto de bienestar tiene una visión contemporánea, orientada a los problemas y las necesidades nacionales. Una definición concreta del bienestar no puede ser reconocida, pero las características que describen toda la idea de bienestar se encuentran en cada eje del plan. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establece una estrategia clara para avanzar en la transformación de México y asume como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable como motor de la transformación del país a largo plazo, y como un instrumento para que los mexicanos mejoren sus condiciones de vida.

El Desarrollo Humano Sustentable (DHS) asume que el propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en la que todos puedan aumentar su capacidad y oportunidades en plan presente y futuro, reconociendo a la persona sus derechos. Cada persona se considera como la columna vertebral para la toma de decisiones y la elaboración de las políticas sociales públicas (PND 2007-2012).

El objetivo de las políticas sociales son las coberturas de las necesidades y la reducción de las tensiones sociales (Montagt, 2000). En tal sentido la propuesta del DHS, de aseguramiento de la satisfacción de las necesidades fundamentales de los mexicanos, como la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, la protección a sus derechos humanos, conforma la imagen conceptual de las políticas sociales mexicanas y su intención de resolver los problemas generados en la sociedad.

Otro enfoque del bienestar elaborado en la política social del PND es la igualdad de acceso a servicios públicos, la democracia y la moralidad como factores indispensables para el desarrollo de los mexicanos. Se reconoce el contenido histórico del documento en la parte "Antecedentes", en donde de manera cronológica se presentan las razones que llevaron a la situación presente los problemas actuales.

En el documento se encuentra la visión de contar con una economía competitiva que ofrezca bienes y servicios de calidad a precios accesibles, mediante el aumento de la

productividad, la competencia económica, la inversión en infraestructura, el fortalecimiento del mercado interno y la creación de condiciones favorables para el desarrollo de las empresas, especialmente las micro, pequeñas y medianas. Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede relacionar la idea de la importancia del desarrollo económico con la de desarrollo social de los mexicanos. Esto significa que las oportunidades puedan ampliarse y que es necesario que la economía crezca a un mayor ritmo y sea capaz de generar los empleos que se demandan en México. La última conclusión viene ligada con las deducciones de Carlos Bolano sobre el bienestar social, quien lo considera como producto de la intervención pública y el mercado. El autor menciona también que los alcances de la política social están condicionados por los objetivos de la política económica y por las características de los sistemas políticos (Bolano, 2006).

El eje central del PND es la “igualdad de oportunidades”, cuyo texto contiene una clara definición de los puntos centrales de acción que deben de tomarse para el logro del deseado nivel de desarrollo. La noción de igualdad de oportunidades tiene sus raíces teóricas en el liberalismo igualitario y la aspiración del desarrollo individual, al empezar la segunda mitad del siglo XX. Rawls, basando se en su teoría de justicia, analiza el concepto de la igualdad desde el punto de vista jurídico, relacionándolo con el derecho que las personas tienen básicamente de acceder al bienestar social.

Rawls da un tratamiento profundo al criterio de justicia distributiva, basado en la igualdad de oportunidades. Para afrontar las desigualdades sociales, el filósofo propone, por un lado, una concepción general de justicia donde los bienes sociales primarios son distribuidos por partes iguales entre los miembros de una sociedad. Al mismo tiempo, para regular las desigualdades aleatorias, propone aplicar el principio de diferencia, planteando que la distribución de los bienes sociales primarios se haga favoreciendo a las personas que se encuentren en peor situación (Nussbaum y Sen, 1993).

Según Rosanvallon (1996), la igualdad es la compensación de las desigualdades resultantes de la diversidad de los seres humanos. El autor la determina como un movimiento de proyección hacia el futuro, mediante el cual la sociedad procura liberar a los individuos de su historia, para permitir afrontar el porvenir que su pasado restringió en demasía (Mendicoa y Venderanda, 1999: 55).

Sobre la igualdad de oportunidades Amartya Sen discute que lo que debe de igualarse no son los bienes básicos, sino un conjunto de capacidades básicas (salud, educación, vivienda, alimentación), que le permitan a los individuos elegir en libertad (Nussbaum y Sen, 1993). En síntesis, esta visión del desarrollo consiste en promover una política redistributiva del ingreso para generar las capacidades básicas, con la idea de construir una sociedad donde no todos tengan lo mismo, pero sí en donde todos posean iguales oportunidades. En este contexto la igualdad de oportunidades de la gente denominada como “pobre” significa la creación de oportunidades para el aumento de ingreso, y así generar y realizar sus capacidades personales.

2.5.3.2 Vulnerabilidad y grupos vulnerables

Aunque por décadas se han desarrollado planes y programas en México para promover el desarrollo social, el país sigue contando con niveles de pobreza y desigualdad mucho mayores a los que corresponden a su nivel de riqueza y de desarrollo (Székely, 2007). La realidad dibujada por Székely se complementa con la existencia de diferentes grupos en la sociedad, excluidos de distintas maneras o tratados de modo diferente en términos de oportunidades de desarrollo, conocidos como “grupos sociales en situaciones de desventaja” (PND 2007-2012).

El resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado del conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales, el Plan Nacional de Desarrollo lo define como vulnerabilidad. Considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza viven en situación de riesgo.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) concibe la vulnerabilidad como un fenómeno de desajustes sociales que ha crecido y se ha arraigado en la sociedad. La acumulación de desventajas es multicausal y posee varias dimensiones. Denota carencia o ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal, e insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar situaciones en desventaja, estructurales o coyunturales (DIF, 2004).

Según José Tortoza (1993) el paso de marginación a empobrecimiento se puede producir si se está incluido en una categoría particular que es la categoría de los vulnerables. Es aquella categoría social producto de la desigualdad, con menos poder (Tortoza, 1993: 61). Los vulnerables, de acuerdo con los siguientes rasgos, son: las mujeres (con respecto al sexo); los más jóvenes y los adultos mayores (con respecto a la edad); las etnias (según su origen étnico); los pobres (los estratos sociales más bajos, según su estatus económico).

El PND 2007-2012 distingue como grupos vulnerables de la sociedad mexicana a los adultos mayores, los niños y adolescentes en riesgo de calle, así como a las personas con discapacidad. Según este programa el grupo vulnerable más representativo es el los “pobres”. En el texto se hace clara relación entre los conceptos de pobreza y vulnerabilidad, señalando que “la vulnerabilidad y la acumulación de desventajas definen situaciones en las cuales la pobreza es más permanente que en otras” (Escobar y Gonzalez de la Rocha, 2002).

Por un lado, el concepto de vulnerabilidad se distingue del de pobreza en tanto que este último lleva a cabo mediciones estáticas en ciertos momentos en el tiempo y de acuerdo a la construcción (más o menos normativa) de una línea de pobreza. Esto, según Escobar y Gonzalez de la Rocha (2002) describe a la vulnerabilidad como un concepto dinámico que alude a los procesos que se generan en las condiciones de inseguridad/seguridad del bienestar de los individuos, grupos domésticos o comunidades, ante un ambiente cambiante.

Por otro lado, la discapacidad, considerada como una limitación física, sensorial o mental (ICIDH, OMS, 1980) se relaciona con la exclusión de oportunidades educativas, laborales y de los servicios públicos (Lusting y Strauser, 2007) e incrementa la vulnerabilidad de las personas ante problemas como la desnutrición, las enfermedades y las condiciones de vida y trabajo poco seguras. De este modo, los discapacitados suelen verse excluidos de la vida social, económica y política de la comunidad, ya sea debido a la estigmatización directa o por la falta de consideración de sus necesidades en el diseño de políticas, programas y servicios sociales (Banco Mundial, 2004).

El ambiente inseguro y desfavorable para los vulnerables disminuye sus capacidades para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse de las amenazas sociales. Según la perspectiva del programa Oportunidades, el análisis de la vulnerabilidad implica tanto la identificación de las amenazas como de las capacidades que las personas tienen en el manejo de recursos y en el aprovechamiento de oportunidades.

Puede concluir entonces que se trata de una perspectiva que toma en cuenta la forma en que los individuos, las familias y grupos domésticos se resisten y/o adaptan a los cambios, los mecanismos que echan a andar para recuperarse de los efectos nocivos de las crisis económicas, o los que instrumentan con el fin de aprovechar nuevas oportunidades.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

El presente estudio constituye un esfuerzo por conocer los factores contextuales que intervienen en el estado de salud de las personas, en particular de quienes viven en los polígonos de pobreza de la zona metropolitana de Monterrey. De acuerdo con los objetivos de la investigación se considera profundizar en los siguientes aspectos: a) determinar los principales factores del entorno que caracterizan el contexto de la pobreza urbana en Monterrey; b) identificar las enfermedades importantes que están acompañadas o se relacionan con alguna discapacidad; c) analizar el uso de los servicios de salud y su importancia para el bienestar de la persona con discapacidad y su familia.

La información que sirvió de base para la realización de esta investigación fue obtenida de un estudio sobre pobreza y discapacidad en el área metropolitana de Monterrey, realizado por parte del Consejo de Desarrollo Social en el año 2005. La población investigada fue de 2043 hogares, lo que proporciona representatividad suficiente para analizar y generalizar las variables de nivel socio-económico y estado de salud de la población. El estudio se complementa con la técnica de entrevista grupal con personas de hogares con miembros discapacitados de los polígonos de pobreza en el AMM, lo que aporta mayor enriquecimiento para el análisis de la información obtenida.

En relación con lo mencionado, el presente capítulo pretende formular los componentes metodológicos de la investigación sobre la relación entre los fenómenos de pobreza y discapacidad.

3.1 Enfoque del estudio

Los objetivos de cualquier investigación forman parte de la llamada empresa social: la ciencia, la cual trata de dar respuesta a las preguntas sobre el estado del mundo (Maxim, 2002: 1). Según Nachmias y Nachmias (1981), el objetivo de las ciencias sociales es producir un cuerpo acumulado de conocimientos confiables. Como el fin de cada estudio es encontrar o confirmar la existencia, el funcionamiento y los factores que influyen en un objeto social, los autores consideran que la generación de resultados científicamente verdaderos se realiza a través de la metodología, que se refiere a un conjunto de reglas de razonamiento, de comunicación y de intersubjetividad. Este conjunto de reglas metodológicas, que se usa para obtener un conocimiento válido, constituye la base del método científico que se aplica en los estudios contemporáneos (Nachmias y Nachmias, 1981).

El término “metodología” designa el modo en que son enfocados los problemas y se busca su respuesta. En los estudios sociales se denomina metodología a la manera de realizar la investigación (Taylor y Bogdan, 1987). Por consiguiente, se puede concluir que los aspectos metodológicos alinean el proceso de investigación, por cuanto esos procedimientos son los que orientan un proyecto educativo que se pretende realizar.

La metodología científica consiste en dos métodos o enfoques centrales que emplean procesos rigurosos, sistemáticos y empíricos en su esfuerzo por generar conocimiento. Estos enfoques son el método cualitativo y el método cuantitativo. La manera de acercamiento al fenómeno de estudio determina la elección y aplicación de dichos métodos, en cuanto se busca su explicación o entendimiento (Hernández Sampieri, 2006; Taylor y Bogdan, 1987; Maxim, 2002).

De acuerdo con los objetivos del presente trabajo, el enfoque que se utiliza para generar conocimientos en la relación entre los fenómenos de discapacidad y pobreza es el cuantitativo, debido a que se intenta explicar cómo la pobreza urbana y los factores que la componen determinan e influyen en la salud de la población. La búsqueda de relación y causalidad entre las variables, así como la determinación de factores causales y los efectos consecuentes, son otros aspectos que caracterizan la forma cuantitativa de la investigación.

Hernández Sampieri define el enfoque cuantitativo como el que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Sampieri, 2006: 5). Las características del enfoque cuantitativo que forman parte del estudio pueden ser concentradas en lo siguiente:

1. Se examinan datos de manera numérica, basados en el campo estadístico: Las bases de datos que se analizan en el trabajo son datos obtenidos de la muestra seleccionada por el estudio del Consejo de Desarrollo Social.
2. Es un método hipotético-deductivo porque consiste en los siguientes pasos (Maxim, 2002: 25):
 - Plantea el problema de la posible relación causal entre pobreza y discapacidad, y construye un marco teórico basado en la revisión de las teorías explicativas de ambos fenómenos.

-De la teoría deriva hipótesis o predicciones, que proponen consecuencias empíricas u observables.

-Somete a prueba las hipótesis mediante el empleo de datos obtenidos mediante investigación (en el caso de este trabajo, a través del análisis estadístico de los datos recolectados por SEDESOL).

-Decidir si la teoría se confirma o no, se realiza con base en la congruencia de los datos recolectados (analizados) en el paso 3 con las hipótesis. Las conclusiones del estudio pretenden ser deductivas y objetivas, como características clave del método cuantitativo.

La investigación cuantitativa tiene carácter lineal: hay claridad entre los elementos que conforman el problema de investigación, en qué dirección van y qué tipo de incidencia existe entre ellos. El estudio busca conocer cuáles son los efectos y resultados de la salud de la gente que vive en situación de pobreza urbana.

Otro aspecto que se tomó en cuenta para la elección metodológica fueron los resultados de revisar bibliografía, en la que se observó que la mayor parte de los estudios relacionados con el tema tiene un corte cuantitativo (Lusting y Strauser, 2007; Gannon y Nolan, 2006; Schteingard y Sáenz, 1991). Además, la mayoría son realizados en un nivel exploratorio, obteniendo sólo una visión general de la situación. Es así como se decidió que esta investigación tuviera como fin el profundizar en el tema para producir datos más detallados y específicos acerca del problema investigado.

3.2 Alcance y diseño del estudio

El estudio tiene alcance exploratorio-descriptivo dado que pretende crear un panorama general de la relación entre pobreza y discapacidad. Se analizan dos fenómenos desconocidos como áreas de investigación en conjunto para el campo social mexicano. En este sentido Sampieri (2006: 101) destaca que “cuando la revisión de la literatura revela que tan sólo hay guías no investigadas e ideas en partes relacionadas con el problema del estudio”, el carácter exploratorio sirve para familiarizarse con los fenómenos y obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa en un contexto particular (en este caso la zona metropolitana de Monterrey).

Por otro lado, el nivel descriptivo de la investigación busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de los fenómenos analizados. La información descriptiva de la muestra servirá de base para la descripción de las tendencias de acuerdo con su frecuencia en dicha muestra. Esto contribuirá a la comprobación o rechazo de las hipótesis sobre el grado de influencia de la pobreza en la vulnerabilidad (económica, social y de salud) de las personas y el valor del rol social de cada individuo que vive en un contexto de pobreza urbana.

En cuanto al diseño de investigación, Sampieri (2006) lo define como el plan o la estrategia concebida para obtener la información que se desee. Se empleó aquí un diseño transversal, no experimental, porque se identificaron factores de pobreza urbana asociados a la presencia de discapacidad en los hijos de familias de escasos recursos que fueron entrevistadas, una vez ocurrido el fenómeno, sin manipular variables o estímulos.

El estudio transversal (Sampieri, 2006) consiste en la recolección de datos con el propósito de describir variables y su incidencia interactiva en un momento dado. El diseño tiene corte documental, porque se basa en la recuperación, el análisis, la crítica y la interpretación de datos secundarios de la encuesta del año 2005 que realizó el Consejo de Desarrollo Social. Como toda la investigación, el propósito del diseño es el aporte de nuevos conocimientos.

El análisis de los datos secundarios es determinante para la elección de la unidad de análisis del presente trabajo. Según Sánchez Aranda (2005: 221) las unidades de análisis se definen como “el cuerpo de contenido más pequeño en que se cuenta la aparición de una referencia, ya sean palabras o afirmaciones que nos interesa localizar”. La unidad de análisis corresponde a la entidad representativa del objeto específico del estudio en una medición y se refiere al qué o quién es objeto de interés en una investigación. Para el presente trabajo será el hogar que tiene un miembro con alguna discapacidad.

El análisis de los datos se basa en información de la encuesta sobre pobreza y discapacidad realizada en 2005 en el área metropolitana de Monterrey (ENDISP). Según Sarah Boshlaugh (2007), la relación entre el investigador o el equipo de investigación que está recolectando la información, determina el tipo de datos usados en un estudio. La autora define los datos secundarios como “aquellos recolectados con propósitos diferentes de las necesidades específicas de la investigación que se está desarrollando” (Boshlaugh, 2007: 2). Las fuentes de datos secundarios son estadísticas de todo tipo y los bancos de datos, así como los protocolos que contienen el conjunto de resultados numéricos en los que se concretan las investigaciones científicas realizadas, mediante encuestas, experimentos, etcétera. Sus características principales -tomadas en cuenta para el presente estudio- son:

-Ahorro en costos y tiempo, debido a que la información está previamente recolectada y organizada en formatos adecuados para uso por parte de otros investigadores (las bases de datos de la encuesta son accesibles al público en la página electrónica del Consejo de Desarrollo Social, y están organizadas en archivos Excel y SPSS).

-La amplitud de la información dispuesta (la encuesta realizada por SEDESOL incluye 2043 hogares, lo que da la oportunidad para el investigador de generalizar y analizar datos que él solo difícilmente podría obtener).

-La participación y la supervisión en la encuesta por parte de especialistas en el área garantiza la calidad del trabajo, lo cual no se lograría si fuese manejada por estudiantes o personas sin experiencia (Boshlaugh, 2007: 4).

Por otro lado, el análisis de la investigación se complementa con el análisis de entrevistas grupales a partir de transcripciones y diario de campo, lo que permite destacar el contexto y las características particulares de las experiencias de las familias con miembros discapacitados. Se describen la forma de pensar y actuar con respecto al tema tratado.

3.3 Metodología cuantitativa. La Muestra

Dentro de la conformación del marco de la encuesta se diseña un esquema que permite atribuir validez externa de la ENDISP, es decir, que los resultados puedan ser generalizados para la población encuestada. El esquema se lleva a cabo de acuerdo con información de los segmentos urbanos de población de Nuevo León, basada en datos de los polígonos de pobreza elaborados por la Secretaría de Desarrollo Social federal¹. De acuerdo con la información del Consejo se indica que 43% o 1.55 millones de personas reside en zonas delimitadas por los polígonos de pobreza (CODESOL, 2008: 105).

Según el Informe de CODESOL (2008: 106) sobre la pobreza y la discapacidad en Nuevo León, el esquema del muestreo es probabilístico, estratificado y polietápico. Probabilístico porque cada elemento de la población del estudio tuvo la misma probabilidad de ser seleccionado en la muestra; estratificado porque se buscó asegurar que en la muestra hubiera personas residentes de todas las regiones que conforman los polígonos de pobreza; polietápico porque se realiza de manera secuencial, por etapas. Las unidades de muestreo para el área metropolitana consisten en zonas urbanas del norte, sur y centro del estado.

El tamaño de la muestra consiste en 2034 hogares pobres, cuyo número es el factor principal que valida el estudio para el establecimiento de conclusiones. Dentro del cuestionario de hogar se captura información sobre la vivienda, la estructura social y demográfica, las condiciones generales de salud de los integrantes, su actividad laboral e ingresos, y la existencia y características de la discapacidad (CODESOL, 2008: 104).

El carácter estratificado de la muestra determina el proceso de su selección en seis etapas:

1. Se realiza selección en cada una de las zonas urbanas de las regiones norte, sur y centro del estado. Las unidades se construyen por los municipios de la región. La selección se hace con la probabilidad proporcional de una medida de tamaño y con reemplazo. La medida de tamaño se define a partir de la información censal sobre el número de hogares donde existe al menos una persona con discapacidad, en la población que reside en los polígonos de pobreza municipal (CODESOL, 2008: 107).
2. Después de la selección de municipios se procede a seleccionar las manzanas ubicadas en los polígonos de pobreza, los cuales también se eligen con base en la probabilidad proporcional de la medida del tamaño y con reemplazo (CODESOL, 2008: 107).
3. La tercera etapa de la selección se hace con base en las viviendas: se seleccionan cinco viviendas dentro de cada manzana (CODESOL, 2008: 108).

¹ La información se elabora a partir del agrupamiento de manzanas urbanas, según el porcentaje de personas en condición de pobreza. Los polígonos de pobreza se definen como agrupaciones territoriales de manzanas, donde de acuerdo con la información del *XII Censo General de Población y Vivienda* del año 2000, más del 70% se encuentra en condiciones de pobreza. En la ENDISP participan hogares de los 51 municipios del estado (CODESOL, 2008: 104).

4. La cuarta etapa determina si en la vivienda elegida hay una persona con discapacidad (CODESOL, 2008:109).
5. Dentro de la quinta etapa de la selección se eligen los hogares que se deben incorporar. Los resultados preliminares de la encuesta muestran que en el 90% de las viviendas había solo un hogar, el cual se elegía después. Para el resto de los casos de viviendas con más de un hogar se selecciona al azar uno de ellos (CODESOL, 2008: 109).
6. En la sexta etapa del muestreo se elige aleatoriamente una de las personas de 18 años o más que integra el hogar seleccionado (CODESOL, 2008: 109).

El procesamiento de los datos se realizó en el Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 10.0 para Windows. Primero, para cumplir con el objetivo general de la investigación, con la primera hipótesis del estudio; para indagar qué factores contextuales se relacionan con la discapacidad y el estado de salud se ejecutó la descripción estadística de las variables, la mayoría de las cuales son nominales, lo que permitió determinar las frecuencias de su comportamiento. Así mismo se llevaron a cabo medidas de tendencia central para conocer en que medida los datos se agrupan o dispersan en torno a un valor determinado.

Posteriormente, de acuerdo con la segunda hipótesis de la investigación y con la búsqueda de relación causal entre pobreza y discapacidad, se realizó el análisis de regresión lineal. Previo a ello se ejecutó la prueba de correlación múltiple, con base en tres variables: uso del servicio de salud, enfermedades, e ingresos por trabajo. En base a la información obtenida se ejecutó la regresión entre la variable “ingreso por trabajo”, la cual constituyó la variable independiente, y las variables “uso de servicios de salud” y “enfermedades”, que fueron las dependientes.

3.4 Las variables y sus indicadores

De acuerdo con los objetivos del presente trabajo y en base al análisis del cuestionario de hogar se tomaron como esenciales para el desarrollo del estudio los siguientes aspectos:

Tabla 3. Variables e indicadores

Dimensión	Grupo de variables	Indicador
El hogar	1. Datos concretos del hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Región • Localidad • Municipio
	2. Personas que comparten el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas en la vivienda • Número total de personas en el hogar • Personas que comparten los mismos gastos

La persona con alguna discapacidad	3. Datos personales	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Parentesco
	4. Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades importantes • Tipo de discapacidad • Causa de discapacidad
	5. Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de servicios de salud • Lugar de atención de la salud
El contexto económico del hogar	6. Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos totales • Participación en algún programa social • Duración del trabajo

Fuente: Elaboración propia.

El apartado del hogar se elaboró para obtener información concreta sobre las personas que viven en él. Las variables que se tomaron en cuenta para el análisis cuantitativo fueron: número total de las personas (tphog), número de las personas que comparten los mismos gastos dentro del hogar (mismogas), número de hogares (nhogares), y número de personas en la vivienda (nperviv), variables que permiten analizar el monto de recursos económicos distribuidos entre los miembros de las familias. Se consideró la localidad del hogar por municipio (munihog) y región (reghog), así como también se tomó la variable tipo de hogar (tipo) cuya información permite analizar la frecuencia de la discapacidad en los hogares de la muestra.

En la segunda sección, referente a la información relacionada con las personas con discapacidad, se tomaron en cuenta variables relacionadas con el perfil sociodemográfico, el estado de salud y el acceso a servicios de salud. Dentro del perfil sociodemográfico se consideraron las variables edad, sexo y parentesco (parents 1), lo que permitió obtener las características demográficas básicas.

El grupo de variables que aborda el aspecto del estado de salud, incluye: enfermedades importantes (enfermi 1), enfermedades (enferms), uso de servicio de salud (usosld), y lugar de atención de salud (lugaratt). La información de dichas variables permitió describir y determinar el acceso y alcance de los servicios de salud gubernamentales. Asimismo se clasificaron las enfermedades más frecuentes que padecen las personas y se identificó a aquellas que presentan alguna discapacidad: mudez (mudo1); mudez permanente (mudo 2); discapacidad para oír permanente (sordo 1); discapacidad para oír (sordo 2); discapacidad para ver (ciego 1); discapacidad para ver sombras o bultos (ciego 2); discapacidad intelectual (disint 1); discapacidad intelectual-adicional (disint 4); extremidades superiores (exstrsup1); extremidades superiores permanentes (exstrsup2); extremidades inferiores (exstrinf 1); extremidades inferiores permanentes (exstrinf 2); otra limitación (otrlim1).

Con referencia al apartado “El contexto económico del hogar”, relacionado con el ingreso y la actividad laboral, las variables usadas permitieron estudiar las características económicas de los miembros del hogar (ingresos por trabajo (ingtrbj), ingresos totales (ingrstot), el tipo de ocupación en que se ubican y la condición de actividad (actividad).

El último apartado incluye la descripción detallada de los servicios y condiciones en que vive la gente de los hogares de la muestra. Se consideraron las variables luz; agua; cocina; baño; material piso (mlpis); número de cuartos (ncuart); número de dormitorios (ndormi); medio combustible para cocinar (combust); propiedad de la vivienda (propviv); si tiene: licuadora (licuado); refrigerador (refri); estufa; boiler; radio; tocadiscos (tocadis); televisor (TV); videocasetera (videocas); lavadora (lavarropa); computadora (PC); coche, teléfono (telefon).

Con estos grupos de variables se puede hacer un diagnóstico general de los miembros entrevistados de la encuesta, lo que además permite comprobar si existe relación entre las variables mencionadas de salud con las de ingreso y actividad laboral, y si existe alguna causalidad entre los indicadores económicos y la presencia de enfermedades y discapacidad.

En cuanto a la validación de la información obtenida, se consideró que el tamaño de la muestra fue representativo para hacer generalizaciones y además se utilizó como estrategia de validación externa la comparación de los resultados de la investigación con el informe de resultados de la ENDISP del CODESOL, publicado en el año 2008.

3.5 Metodología cualitativa

La investigación cualitativa, según Taylor y Bogdan (1987: 19), “es la que produce datos de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. Su elección subraya la importancia de comprender las experiencias y las múltiples realidades de las personas investigadas (Jurgenson, 2004: 29). De acuerdo con el enfoque cualitativo, después de analizar estadísticamente los hogares de la muestra de la encuesta ENDISP, para poder profundizar más en los datos y conocer experiencias vividas, percepciones y opiniones acerca del fenómeno de la discapacidad, se estableció el diálogo con personas de hogares con miembros discapacitados.

La información cualitativa se utilizó para hacer una mayor descripción del contexto en el que viven las familias y de esta manera complementar los factores que intervienen en su estado de salud. Se logró describir la discapacidad como un fenómeno social, como un producto con características del contexto social (Lusting y Strauser, 2007), como fueron la estigmatización, la vigilancia institucional y la desvaloración del rol social de las personas investigadas. Similar al cuestionario de hogar de la ENDISP, se entrevistó a miembros de hogares, en especial a padres de niños con discapacidad. Como no hubo un rango de edad para los niños ni especificación del tipo de discapacidad, esto permitió obtener información completa y diversa en cuanto a las perspectivas y las experiencias de familias con problemáticas sociales similares. Además, se consideró que, de la unidad familiar, las personas que han provisto mayor atención a los miembros discapacitados han sido sus padres.

Se realizaron dos entrevistas grupales con cinco padres de niños discapacitados. El propósito de las entrevistas se integró dentro de los objetivos específicos de la investigación; se trató de conocer cuál es el rol social del discapacitado y su familia dentro de la comunidad donde vive; cómo se percibe el trato hacia él y si existe exclusión de las personas en doble desventaja: pobres y discapacitados.

La entrevista focal se planeó a partir de la idea de que a través de esta técnica se logra un consenso en las opiniones de los miembros del grupo al analizar las experiencias familiares. La entrevista se pretendía efectuar en un solo día; sin embargo por causas no contempladas, como emergencias y problemas personales de los participantes, no se pudo concentrar el grupo focal el día planeado. Por tal motivo se realizaron dos entrevistas grupales en dos días diferentes, dentro de un lapso de dos semanas. En el grupo focal participaron cuatro mujeres y un hombre, denominados en este estudio con los siguientes códigos para asegurar su anonimato:

- P1G1- persona uno del primer grupo de entrevista;
- P2G1- persona dos del primer grupo de entrevista;
- P3G1- persona tres del primer grupo de entrevista;
- P4G2- persona cuatro del segundo grupo de entrevista;
- P5G2- persona cinco del segundo grupo de entrevista¹.

En la primera entrevista participaron tres padres de niños: P1, P2 y P3; en la segunda, dos padres: P4 y P5. Las entrevistas se realizaron por la mañana (10:30 a.m.) en el centro comunitario de CEDESOL "Valle de Esperanza", ubicado en una de las áreas de polígonos de pobreza, con duración de una hora y media cada una. La guía de la entrevista se elaboró como elemento complementario de la información posterior al análisis estadístico².

Una semana antes de la realización de la entrevista se acudió al domicilio de las familias, para establecer contacto con ellas y explicarles los objetivos académicos de la conversación. La información domiciliar fue proporcionada por el centro comunitario "Valle de Esperanza", ya que las familias están registradas como familias con miembros discapacitados ubicadas en uno de los polígonos de pobreza del AMM. De modo intencional, los informantes se seleccionaron de acuerdo con las características de la investigación. Se buscaron familias pobres con miembros con diferentes tipos de discapacidad, esto con el fin de obtener una mayor representatividad de los participantes seleccionados.

En las conversaciones preliminares se abordaron aspectos sobre la futura entrevista, explicando la intención de conocer con más detalle su vida y las experiencias que han tenido al atender a los miembros discapacitados. Una vez que se explicó el motivo de la investigación se programó la fecha y hora de la entrevista. Dentro de la primera conversación y antes de comenzar se aclaró a los participantes los aspectos importantes de la entrevista, comentando que se abordarían preguntas acerca de las condiciones de vida en el desarrollo físico y social de sus niños; el tema de salud y las enfermedades que padecen; su condición económica y el apoyo social que reciben; así como también el tema de la integración social de los niños y las familias.

¹ Las personas P4G2 y P5G2 son pareja.

² Anexo 2. Guía de entrevista.

Cabe mencionar que fue importante establecer un nivel de entendimiento con los participantes, ganar su confianza y lograr aplicar un lenguaje simple y entendible. Esto se corroboró después de los primeros 5-10 minutos de la entrevista, por medio de la constante atención hacia todos los participantes, invitándoles a la conversación y aclarando las preguntas en el momento oportuno, cuando las mismas no eran comprendidas con claridad.

El interés en la técnica de la entrevista para poder llevar a cabo la recolección de datos se basó en el argumento de que “la entrevista es un instrumento de gran precisión en la medida que se fundamenta en la interacción humana siendo el orden social” (Sierra, 1998: 277). Se determina como el encuentro cara a cara entre el investigador y los informantes, a partir de la comprensión de las perspectivas de los informantes con respecto a experiencias y situaciones expresadas con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1987: 21).

La guía de la entrevista se utiliza para asegurarse de que los temas claves sean explorados con los informantes (Taylor y Bogdan, 1987: 119). Para lograr los aspectos de “comprensión de las perspectivas” de los informantes, la guía de la entrevista se estructuró de acuerdo con once categorías: apoyo especial en la escuela, ecuación integral, enfermedades adicionales, gastos indispensables, apoyo gubernamental, trato político, asistencia social, trato médico, alimentación, necesidades de participación social, e integración social.

Una vez recolectada la información (entrevistas, observaciones y grabaciones) se pasó a la etapa del análisis y la organización de datos. De acuerdo con Martínez (2006) esta etapa consiste en categorizar, estructurar, contrastar y teorizar la información, lo que posteriormente permite la interpretación de los datos. Debido al pequeño número de entrevistas realizadas la categorización se hizo de forma manual, sin el uso de ningún software.

Para el registro del diario de campo se realizaron grabaciones de video, lo que constituyó un apoyo para el investigador al momento de realizar el estudio. Posteriormente con este material es posible aplicar una mejor observación y análisis de los datos de las entrevistas y del lenguaje no verbal de los participantes.

La interpretación de los datos se realiza desde la perspectiva fenomenológica, ya que se centra en la experiencia personal, el mundo y la experiencia vividos por los participantes (Jurgenson, 2004: 99). Esto último hace referencia a la importancia de la técnica de la entrevista, al tratar de abordar las opiniones del individuo y de “describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben” (Taylor y Bogdan, 1987: 103).

Como estrategia de validación del instrumento se utilizó el “member checking”, lo que permite una regulación interna del discurso por parte de los propios participantes. Lincoln y Guba (1985) califican a esta estrategia como “crucial” para el establecimiento de la credibilidad, ya que el member-checking:

- permite a los participantes entender y opinar sobre las acciones y las opiniones de los miembros del grupo;

- permite a los participantes corregir errores y malos entendidos sobre el tema de discusión;
- permite generalizar opiniones y acuerdos;
- permite la oportunidad de libre expresión y de agregar información adicional a la hora de la entrevista o la discusión.

3.6 El rol del investigador

De acuerdo con Creswell (2008: 76) la propuesta metodológica también contiene el rol del investigador dentro del proceso de investigación. Su rol se enfoca hacia la búsqueda de la verdad por medio de la sistematización de los procesos inherentes a la investigación, de tal modo que ésta vaya dirigida al objetivo planteado.

En relación con lo anterior, el rol principal del investigador en el presente estudio será de describir y analizar los datos secundarios, así como determinar los criterios de selección de los informantes, elaborar el instrumento de recolección de datos, realizar las entrevistas o llevar a cabo alguna otra forma de investigación directa de la conducta. Todo esto determina la importancia del investigador en el proceso de investigación.

3.6.1 Perspectivas éticas

De acuerdo con el significado de la palabra ética (*el conjunto de normas morales que dirigen la conducta humana*, según el Diccionario de la Real Academia Española, 2008) se construye también la ética profesional. De acuerdo con la definición, la presente investigación sigue las reglas éticas profesionales en el área de la investigación social, ya que no afectará de forma alguna a ningún participante o informante de la investigación.

El uso de datos secundarios excluye el trabajo directo con individuos, por un lado; por otro, se usan datos previamente calificados como éticos, de acceso y uso público. La información cualitativa, además, se usa de forma grupal y a través de códigos representativos de los participantes, lo que garantiza su anonimato.

3.7 Limitaciones del estudio

Se identifican como las principales limitaciones del estudio las siguientes:

-El uso de datos secundarios, que no ajustan totalmente con los objetivos del presente estudio, lo que limita el análisis y trae como consecuencia modificaciones en las variables (en su agrupación), las cuales no obedecen a los objetivos (por ejemplo, variables como “capturado por”, “dentro” o “fuera”, “escolaridad”, “religión”, “cuidador”, “habla lengua indígena”, “habla español”, “tratamiento”, “manzana hogar”, “ageb hogar”, “renglón del informante en el hogar”, “asistencia a la escuela”, “actividad que realizó la semana pasada”, “estado civil”, “asistencia actual a la escuela”, “condición de actividad”, “posición en el trabajo”). Otras variables no se usaron para el análisis, ya que fueron mal capturadas y las pruebas estadísticas mostraban altos niveles de error, lo que indica la falta de significancia estadística. Estas variables son: otra deficiencia; extremidades exteriores 2, 3, 4 y 5; extremidades inferiores 2, 3, 4 y 5; discapacidad intelectual 2, 3, 4, 5; 3 op 1, 3

op 2, 3 op 4, 3 op 5; sordera 2, 3, 4, 5; ceguera 2, 3, 4, 5; mudo 2, 3; otros ingresos 2, 3; uso de servicio de salud 2, 3; enfermedades 2, 3.

-El estudio data del año 2005, lo que cuestiona de cierta forma la actualidad de los resultados.

-La falta de participación en el proceso de recolección sesga el estudio en cuanto a la descripción detallada de los criterios de elaboración de la cédula.

-La base de datos de la ENDISP de CODESOL fue difícil de manejar, ya que hubo pérdida de información por deficiente captura de los datos, lo que delimitó la riqueza de los resultados. Esto influyó en el análisis correlacional y de regresión, ya que las variables que se ejecutaron se eligieron como representativas de grupo y con información completa. Para evitar sesgos en el estudio, por información no capturada, se decidió el uso de variables que disponen de datos completos. La base de datos de la encuesta se modificó en cuanto a las etiquetas de las variables, de modo que se elaboró una base de variables con elaboración propia de las etiquetas, esto con el fin de facilitar el trabajo estadístico.

-Una de las principales limitaciones del análisis cualitativo es el riesgo de sacar conclusiones apresuradas y de hacer generalizaciones al desglosar las transcripciones y notas por categorías temáticas. Esta posible desventaja se contradice con su enfoque central, que se basa en la descripción y análisis de una situación o problema desde la posición del participante.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo muestra de forma detallada el análisis y la interpretación de los resultados, lo que incluye procesos de analizar, sistematizar, ordenar y obtener conclusiones en relación con el problema del estudio. El análisis de los resultados se lleva a cabo simplificando y resumiendo la información obtenida a través de las técnicas y las metodologías (cuantitativa y cualitativa) aplicadas. A continuación se presentarán los resultados del análisis que se consideran más significativos para la presente investigación.

Como se ha visto en los capítulos anteriores, el objetivo del presente estudio consiste en determinar aquellos factores del contexto en que viven las personas con discapacidad en situación de pobreza urbana. Los resultados se presentan en dos grandes apartados; el primero se refiere al análisis cuantitativo que consiste en análisis descriptivo de 2043 hogares reconocidos por CODESOL como hogares en situación de pobreza patrimonial, esto con base en la información de los datos secundarios obtenidos en el año 2005 en la encuesta aplicada (ENDISP). Además, en función de responder a las hipótesis de la investigación, el análisis cuantitativo incluye el análisis de pruebas estadísticas, mostrando el grado de relación y predicción de causalidad entre las variables.

El segundo apartado, dedicado al análisis cualitativo, detalla los hallazgos obtenidos en la recolección realizada durante la aplicación de las entrevistas grupales y las observaciones anotadas en el diario de campo. El análisis pretende responder a los objetivos específicos de la investigación en función al modelo de pobreza-discapacidad (Strauser y Lasting, 2007),

donde la interpretación de la información discursiva permite comprender con mayor profundidad la relación entre los dos fenómenos.

4.1. Análisis cuantitativo

El análisis de datos estadísticos se basa en la encuesta del Consejo de Desarrollo Social del año 2005, fundamentado en hogares consideradas como pobres, bajo de la cobertura de los polígonos de pobreza en el AMMTY. El número de los hogares investigados es de 2043 de las 53 zonas de polígonos de pobreza en Monterrey.

Es así como de una metodología puntual, se pasa, a partir de la fecha mencionada, a la modalidad continua. Esta reformulación abarcó aspectos temáticos en función de la adecuación de las comandas de análisis de SPSS y de la presentación de sus resultados. Los pasos previos que se tomaron en cuenta antes de empezar el trabajo con los datos fueron:

1. El análisis se basa en el cuestionario, el manual y las bases de datos de hogares en los polígonos.
2. Toda la información utilizada para las metas de esta investigación fue bajada de sitio público electrónico del Consejo de Desarrollo Social de Monterrey.
3. La base de datos fue adaptada, en cuanto al mejoramiento y la rapidez de trabajar. Se modificaron nombres de variables y no se tomaron en cuenta variables que no iban a ser usadas para los objetivos del análisis de la investigación.
4. El análisis de los datos se realizó en dos etapas: análisis descriptivo de las variables, divididas en categorías de: perfil sociodemográfico del hogar, el contexto económico del hogar, y análisis de los resultados de las pruebas paramétricas de correlación lineal y múltiple, regresión y análisis ANOVA.

4.1.1 Análisis descriptivo

El análisis descriptivo es elaboración propia, y se basa en la tabla de variables y sus indicadores, según la cual se toman en cuenta las siguientes dimensiones: El Hogar, La Persona con Alguna Discapacidad, El Contexto Económico del Hogar.

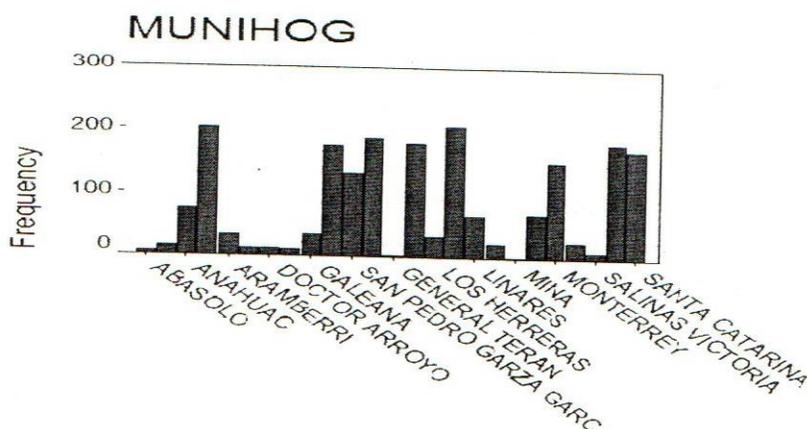
A. El Perfil del Hogar

1. Identificación geográfica del hogar

Las variables que describen la localidad geográfica del hogar elegidas por el análisis son: región hogar (reghog) y municipio hogar (munihog)¹. Los municipios con mayor concentración de hogares donde hay personas con alguna discapacidad son: Juárez (10.2%), Apodaca (9.9%), General Escobedo (9.3%), San Nicolás de los Garza (9%), Guadalupe (8.9%), García (8.7%), Santa Catarina (8.3%), Monterrey (7.5%), San Pedro Garza García (6.5%) (Grafica 3).

¹ Las dos variables son nominales, lo que significa que sus valores son mutuamente excluyentes. El análisis descriptivo en este caso incluye análisis de las frecuencias de las variables, ya que su carácter nominal no permite analizar las medidas centrales.

Gráfica 3. Municipio hogar



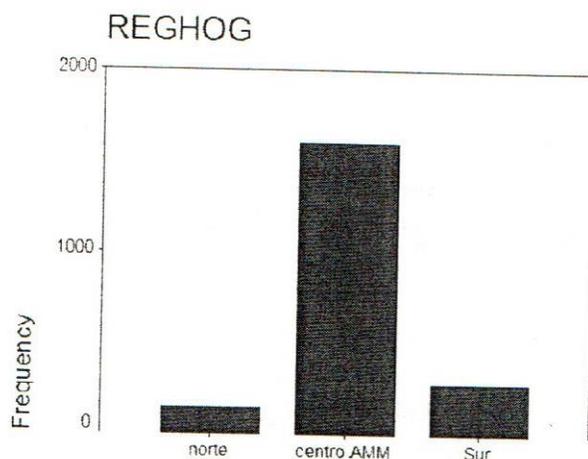
MUNIHOG

Fuente: Elaboración propia

Aunque la frecuencia de los hogares con PCD varía en los municipios del AMMTY, se puede anotar que cada municipio del área tiene ciudadanos con alguna discapacidad, lo que muestra la gravedad y la magnitud del fenómeno de la discapacidad.

En cuanto a la región geográfica y la localización del municipio dentro del AMMTY (norte, sur o centro del AMM) se encontraron los siguientes resultados:

Gráfica 4. Región municipio



REGHOG

Fuente: Elaboración propia

La gráfica 4 muestran que la mayoría de los hogares están concentrados en la zona centro del área metropolitana (78.4%), lo que incluye a 1601 hogares. El resto de los hogares están distribuidos en las zonas sur (14%) y norte (7.7%).

2. Características del hogar

Los variables que se consideraron para la descripción del hogar con personas con algún tipo de discapacidad son: número de personas en la vivienda (nperviv), comparten mismos gastos (mismogas), número de hogares (nhogares), total de personas en el hogar (tphog), tipo de cuestionario (tipod).

Se consideró la variable tipo de cuestionario, porque según las etiquetas de los valores de la variable se hizo la distinción de las PCD en grupos de edad, asistencia adicional-cuidador, personas sin discapacidad. La variable es nominal a diferencia de las otras variables que caracterizan el hogar. Su análisis arrojó los siguientes resultados:

Tabla 4. Tipo de cuestionario

TIPO					
		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	PCD de 15 a 64	316	15.5	15.5	15.5
	PCD con 65 y mas	173	8.5	8.5	23.9
	Responde cuidador de PCD de menos de 15 años	164	8.0	8.0	32.0
	Responde cuidador PCD mayores de años	270	13.2	13.2	45.2
	Responde cuidador PCD de 14 a 64	126	6.2	6.2	51.3
	Responde PSIND de y mas	994	48.7	48.7	100.0
	Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes más grandes de respuestas son por parte de PND mayores de 15 años, y las respuestas de personas sin discapacidad².

En base a la información colectada de los tipos de cuestionarios se pudo analizar la frecuencia de los hogares pobres con miembros con alguna discapacidad. Se calculó que en 51,4% de los hogares investigados hay algún miembro con discapacidad. El análisis muestra que el promedio de la gente que vive en un hogar con PCD en los polígonos de pobreza en el AMMTY es alrededor de 4 personas, cuando el rango máximo es de 20 personas y el mínimo de 1 persona.

Las variables “número de hogares”, “comparten mismos gastos”, “número de personas en el hogar” complementan con más información el análisis de las características del hogar, donde el número de hogares donde vive la PCD es uno (media 1.2) y el número de personas con que vive es alrededor de 5 (la media es igual a 4.79) (tabla 5).

² El hecho de que haya respuestas en el grupo PCD por parte del cuidador, en cuanto los discapacitados niños, adolescentes y adultos mayores, formó parte de la decisión de ampliar la información sobre la cotidianidad y las experiencias de los discapacitados, a través de las perspectivas de los cuidadores, lo que se puede ver en el apartado del análisis cualitativo.

Tabla 5. Variables número de hogares y número de personas en la vivienda

Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean
NHOGARES	2043	1	5	1.12
NPERVIV	2043	1	22	4.79
Valid N (listwise)	2043			

Fuente: Elaboración propia

En cuanto los gastos, en 1851 hogares (90.6%), las PCD comparten los gastos con el resto de los miembros del hogar. Sólo en 192 de los casos (9.4%) los gastos no se comparten entre todos.

Tabla 6. Comparten mismos gastos

MISMOGAS					
		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1851	90.6	90.6	90.6
	no	192	9.4	9.4	100.0
	Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En base de los resultados obtenidos se puede concluir que el perfil más común de los hogares en los polígonos de pobreza en el AMMTY es: habitantes de municipios situados en el centro del AMMTY (78.4%), básicamente en los municipios de Juárez (10.2%), Apodaca (9.9%), General Escobedo (9.3%), San Nicolás de los Garza (9%), Guadalupe (8.9%), García (8.7%), Santa Catarina (8.3%), Monterrey (7.5%), San Pedro Garza García (6.5%).

Los habitantes con discapacidad viven con familias donde el promedio del hogar es uno. El número de las personas con que viven es en promedio 5, como el número total de personas en el hogar es en promedio 4. En 90.6% de los hogares se comparten los gastos entre todos los miembros del hogar. Tomando en cuenta que las familias de la muestra son parte de los polígonos de pobreza del área metropolitana de Monterrey, el compartir gastos entre todos los miembros determina una desventajosa situación de poca cobertura con recursos y como consecuencia, imposibilidad de satisfacer todas las necesidades.

B. La Persona con Alguna Discapacidad

En esta dimensión se tomaron en cuenta variables relacionadas con datos descriptivos del perfil de la PCD, con su estado de salud, basándose en los tipos de discapacidad, las causas, su tratamiento y el servicio de salud en cuanto el lugar y el uso del mismo.

1. Datos personales de la PCD

Se consideran las variables edad, sexo y parentesco (parents1) para el análisis del perfil general de las personas de los hogares investigados.

Tabla7. Edad PCD

Edad					
	N	Minimu	Maximu	mean	Std. Deviatio
EDAD	2041	0	97	44.06	20.85
Valid N	2041				

Fuente: Elaboración propia

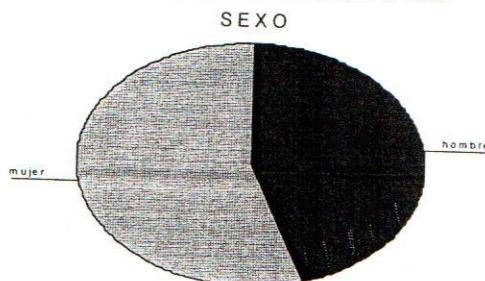
De acuerdo con SEDESOL (2008), la población con discapacidad del estado de Nuevo León se compone en su mayoría por personas de 15 a 64 años de edad (57%). Del análisis descriptivo se desprende que la media de la edad es 44.06 años, lo que se interpreta como el promedio de la edad de las personas de la muestra. En el informe de SEDESOL (2008) se destaca que en el grupo de personas de la tercera edad el 25% padece alguna discapacidad, mientras que en los menores de 15 años, el porcentaje respectivo es de 18%.

Tabla8. Sexo PCD

SEXO					
		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	HOMBRE	921	45.1	45.1	45.1
	MUJER	1122	54.9	54.9	100.0
	Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Grafica 5. Sexo PCD



Fuente: Elaboración propia

En tabla 8 y grafica 5 se puede observar que la mayor parte de la muestra corresponde a mujeres (54.9%), lo que indica que en 1122 hogares investigados, el 45.1% de los entrevistados han sido hombres y 54.9% mujeres.

La variable parentesco (parents) es nominal, con 28 características (etiquetas). El análisis de las frecuencias de sus etiquetas muestra que dentro de los hogares, 34% de los

informantes discapacitados son jefes(as) de hogar, 27.8% son esposos(as) del jefe(a) de hogar, 25.4% son hijo(as).

Tabla 9. Parentesco de la PCD con el/la jefe(a) del hogar

		PARENTS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Cum ulativ
Valid	JEFE HOGAR	695	34.0	34.1	34.1
	ESPOSO	568	27.8	27.8	61.9
	HIJO	518	25.4	25.4	87.3
	PADRE	59	2.9	2.9	90.2
	ABUELO	2	.1	.1	90.2
	HERMANO (	47	2.3	2.3	92.6
	CUÑADO (	20	1.0	1.0	93.5
	YERNO O	21	1.0	1.0	94.6
	NIETO(A	48	2.3	2.4	96.9
	SOBRINO (	6	.3	.3	97.2
	PRIMO (	3	.1	.1	97.4
	SUEGRO (	33	1.6	1.6	99.0
	OTRO	4	.2	.2	99.2
	SIRVIEN	1	.0	.0	99.2
	NO				
	PARENTES	6	.3	.3	99.5
	BISNIET	1	.0	.0	99.6
	HIJASTR	3	.1	.1	99.7
	TIO(A)	4	.2	.2	99.9
	NIETO				
	POR SU	1	.0	.0	100.0
	ABUELO	1	.0	.0	100.0
	Total	2041	99.9	100.0	
Missin	99	2	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

El hecho de que 25.4% son hijos del jefe de hogar los categoriza como dependientes del jefe, en cuanto a su independencia económica. Además, en 34% de los casos el mismo jefe de hogar es la persona discapacitada y en 27,8% el esposo del hogar es el discapacitado. Esto es un doble obstáculo económico para las familias si se toma en cuenta el hecho que el principal proveedor de los recursos para la familia es el jefe de hogar o el hombre- esposo en la familia.

2. Estado de salud

Aquí se consideraron las variables nominales enfermedades (enferms1) y enfermedades importantes (enfermi1) para diagnosticar cuales son las enfermedades más frecuentes en los hogares investigados.

La variable enfermedades importantes (enfermi1) incluye 179 valores. Del total de 2043 hogares, 7 no dieron información o no sabían si tenían alguna enfermedad, por lo que se tomó en cuenta la respuesta de 2036 hogares.

El análisis de las frecuencias de las enfermedades señaladas revela que 297 (14.5%) de las PCD tienen diabetes, 2% enfermedad de corazón, 7.9% presión alta, 1.2% parálisis cerebral. Un 61.2% opina que no tiene ninguna enfermedad que acompaña su estado de discapacidad.

La variable enfermedades (enferms1) en comparación con la variable enfermedades importantes, muestra información más específica en cuanto a cuáles son las más frecuentes

que sufren los hogares de la muestra. El número de los hogares considerados para la conclusión de los datos de la variable es igual a 2035, ya que 8 de los hogares no han dado respuesta concreta.

Tabla 10. Enfermedades

		ENFERM			
		Frequency	Percent	Valid PPercent	Cumulativ Percen
Valid	Diabetes	297	14.5	14.6	14.6
	cerebrales	20	1.0	1.0	15.6
	cancer	7	.3	.3	15.9
	corazon	211	10.3	10.4	26.3
	mental	101	4.9	5.0	31.3
	motriz	46	2.3	2.3	33.5
	epilepsia	17	.8	.8	34.3
	ocular	4	.2	.2	34.5
	tiroide	8	.4	.4	34.9
	rinon	2	.1	.1	35.0
	vesicul	1	.0	.0	35.1
	auditiv	6	.3	.3	35.4
	sist.digestiv	12	.6	.6	36.0
	ningun	1251	61.2	61.5	97.4
	sist.reproduct	1	.0	.0	97.5
	sist.respiratori	3	.1	.1	97.6
	otra	48	2.3	2.4	100.0
Total	2035	99.6	100.0		
Missin	98	1	.0		
	99	7	.3		
Total	8	.4			
Total	2043	100.0			

Fuente: Elaboración propia

Después del análisis de la variable, las enfermedades con mayor magnitud entre las personas en los hogares pobres muestran resultados similares a la variable enfermedades importantes: diabetes (14.5%), enfermedades del corazón (10,3%), 2,3% motriz, 4,9% mental o neurológica.

3. Tipo discapacidad

Se analizan variables relacionadas con el tipo de discapacidad para identificar las distribuciones de los diferentes tipos y analizar las causas de su presencia. Las variables son nominales, ya que se trata de tipos de valores que son mutuamente excluyentes. Cabe señalar que en el cuestionario no está definida la discapacidad motriz como tal, sino está analizada como una gama más amplia de estados que llevan a la discapacidad motriz como consecuencia. Se trata de las variables otras limitaciones (otrlim), extremidades inferiores (extrinf), extremidades superiores (extrsup).

El análisis de los tipos de discapacidad y las causas de su presencia se van a presentar por cada grupo. Las variables son nominales, como sus valores incluyen una gran amplitud de

características según su determinación en el manual de códigos del cuestionario del hogar (Información de las variables de hogar, Consejo de Desarrollo Social, 2005).

La división de los tipos de discapacidad está hecha según la clasificación de tipos de discapacidad propuesta por INEGI. Las preguntas en el cuestionario están dirigidas hacia características del estado físico o psíquico de la persona para que se pueda concluir y verificar después qué tipo de discapacidad se presenta¹.

El INEGI clasifica la discapacidad en dos niveles: grupo y subgrupo. A continuación se enlistan los grupos y subgrupos que conforman este clasificador.

GRUPO 1. DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

SUBGRUPO DISCAPACIDADES PARA VER

SUBGRUPO DISCAPACIDADES PARA OÍR

SUBGRUPO DISCAPACIDADES PARA HABLAR (MUDEZ)

SUBGRUPO DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE

SUBGRUPO INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

GRUPO 2. DISCAPACIDADES MOTRICES

SUBGRUPO DISCAPACIDADES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, TRONCO, CUELLO Y CABEZA

SUBGRUPO DISCAPACIDADES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

SUBGRUPO INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES MOTRICES

GRUPO 3. DISCAPACIDADES MENTALES

SUBGRUPO DISCAPACIDADES INTELECTUALES (RETRASO MENTAL)

SUBGRUPO DISCAPACIDADES CONDUCTUALES Y OTRAS MENTALES

SUBGRUPO INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES MENTALES

GRUPO 4. DISCAPACIDADES MÚLTIPLES Y OTRAS

SUBGRUPO DISCAPACIDADES MÚLTIPLES

SUBGRUPO OTRO TIPO DE DISCAPACIDADES

SUBGRUPO INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES MÚLTIPLES Y OTRAS

¹ El cuestionario de la encuesta sobre discapacidad y pobreza en Nuevo León, 2005, pueda ser revisada en el Anexo 3 del presente documento.

GRUPO 9. CLAVES ESPECIALES

SUBGRUPO TIPO DE DISCAPACIDAD NO ESPECIFICADA

SUBGRUPO DESCRIPCIONES QUE NO CORRESPONDEN AL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

SUBGRUPO NO SABE

SUBGRUPO NO ESPECIFICADO GENERAL

Las variables mudo 1, mudo 2, forman parte del grupo discapacidad para comunicar o más específicamente discapacidad para hablar (mudez). Los resultados descriptivos de mudo 1 se refieren a la capacidad de la PCD de hablar; mudo 2 se refiere a la permanencia de la mudez. Los resultados entablados y graficados son los siguientes:

Tabla 11. Mudez

MUDO1

		Frequency	Percent	Valid	Cumulativ Percent
Valid	si	1922	94.1	94.4	94.4
	no	115	5.6	5.6	100.0
	Total	2037	99.7	100.0	
9		1	.0		
	Total	6	.3		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

El 5.6% de las PCD responden que no pueden hablar (115 hogares), y 2.2% (45 hogares) opinan que su mudez es permanente (tablas 11 y 12).

Según el informe de SEDESOL (2008) más de 20% de la población de la muestra con limitación para hablar son niños, lo que influye en el proceso de aprendizaje y la comunicación con otros. Se considera que tampoco pueden entender órdenes sencillas. En la mayoría de los casos la mudez está acompañada por la discapacidad de oír.

Tabla 12. Mudez permanente**MUDO2**

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	45	2.2	2.5	2.5
	no	1725	84.4	97.3	99.8
	3	1	.0	.1	99.9
	4	2	.1	.1	100.0
	Total	1773	86.8	100.0	
Missin	8	3	.1		
	9	1	.0		
	Syste	266	13.0		
	Total	270	13.2		
Total	2043	100.0			

Fuente: Elaboración propia

Las variables sordo 1 y sordo 2 describen la población en los hogares que tienen dificultad de oír. Sordo 1 se refiere a la pregunta de si la persona entrevistada puede oír algún sonido; sordo 2 si la dificultad de oír es permanente.

Tabla 13. Discapacidad de oír**SORDO**

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	63	3.1	3.1	3.1
	no	1980	96.9	96.9	100.0
	Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra investigada, 3.1% no pueden oír ningún sonido y se categorizan como sordos, de los cuales tienen la discapacidad como estado permanente 1.2% de las personas de los hogares analizados (tabla 13 y tabla 14)

Tabla 14. Discapacidad de oír permanente

SORDO

		Frequency	Percent	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	25	1.2	1.3	1.3
	no	1908	93.4	98.4	99.6
	3	4	.2	.2	99.8
	4	2	.1	.1	99.9
	5	1	.0	.1	100.0
	Total	1940	95.0	100.0	
Syste		101	4.9		
Total		103	5.0		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

La sordera según la ENDISP es la discapacidad menos prevalente y se encuentra entre las personas de edad avanzada. Según el informe de SEDESOL (2008), las causas de este tipo de discapacidad son de naturaleza postnatal, es decir, depende en gran medida de las condiciones de vida después del nacimiento, las que puedan interferir en el estado de salud con alguna infección o enfermedad. Esto de alguna manera determina la responsabilidad personal de cada quien hacia su propia atención de salud.

En cuanto a la discapacidad para ver, los resultados muestran lo siguiente:

Tabla 15. Discapacidad para ver

CIEGO 1

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	72	3.5	3.5	3.5
	no	1970	96.4	96.5	100.0
	Total	2042	100.0	100.0	
Missin	8	1	.0		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

En 3,5% de los hogares (72 hogares) de la muestra tienen personas con discapacidad para ver; 2.7% pueden ver solo bultos (PCD en 56 hogares), 0.4% (PCD en 9 hogares) vean solo sombras; 0.1% (PCD en 3 hogares) tiene pérdida total de uno de los ojos.

Tabla 16. Discapacidad para ver sombras o bultos

CIEGO2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si, sombras	9	.4	5	5
	si, bultos	56	2.7	2.9	3.4
	no	1831	89.6	96.4	99.8
	solo un ojo es perdida total	3	.1	2	100.0
	Total	1899	93.0	100.0	
System		144	7.0		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Según el informe de SEDESOL (2008) la discapacidad para ver está con mayor concentración en la población de la tercera edad, lo que explica su presencia con el avance del ciclo de vida de las personas. Por otro lado, no se puede dejar de comentar que, más de uno de cada cuatro de los casos se deben a glaucoma o retinopatía diabética, lo que indica el problema de la información social y el nivel de la salud pública (SEDESOL, 2008). De acuerdo con lo anterior, convendría buscar formas que permitan disponer de diagnósticos preventivos para la población y evitar riesgos que puedan prevenirse con los diagnósticos clínicos.

Tabla 17. Discapacidad intelectual

DISINT1

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si, mental	197	9.6	9.7	9.7
	si, neurologico	165	8.1	8.1	17.8
	no	1675	82.0	82.2	100.0
	Total	2037	99.7	100.0	
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la presencia de algún problema permanente que lleva como consecuencia a discapacidad intelectual, en 9.6% de los hogares (197 hogares) hay personas con permanente problema mental; 8.1% (165 hogares) son hogares donde hay personas con problemas permanentes neurológicos. En 370 de los hogares (18.1%) el retraso mental o la discapacidad intelectual de algún miembro se considera como obstáculo para que esta persona haga la vida por sí mismo (tabla 19).

La alta concentración de la discapacidad tipo mental o neurológica se frecuente en los menores de edad (SEDESOL, 2008), lo que es un hecho de alto grado de preocupación, tomando en cuenta los menores niveles de escolaridad y ocupación laboral de las personas. Se cuestiona su integración en la sociedad y se determina un camino de insatisfactorio nivel de condiciones de vida, debido a los obstáculos sociales que padecen.

Tabla 18. Discapacidad intelectual 2

DISINT2

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	370	18.1	18.1	18.1
	no	1670	81.7	81.9	100.0
	Total	2040	99.9	100.0	
9		2	.1		
	Total	3	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

La discapacidad intelectual se desarrolla en un 6.4% de los casos como adicional, lo que agrava la situación de desventaja de las personas, ya que el problema intelectual es derivado como secundario, pero de igual manera tiene graves consecuencias para el desarrollo y la inclusión social de la persona.

Tabla 19. Discapacidad intelectual-adicional

DISINT4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	131	6.4	6.4	6.4
	no	1906	93.3	93.6	100.0
	Total	2037	99.7	100.0	
9		3	.1		
	Total	6	.3		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con lo analizado, la discapacidad intelectual tiene un porcentaje de 24% (suma de la discapacidad intelectual y los problemas intelectuales secundarios) de presencia en los hogares de los polígonos de pobreza, lo que muestra que en alrededor de 490 hogares de la muestra hay miembros con esta discapacidad.

La discapacidad motriz está presentada por los subgrupos de extremidades superiores (variables EXTRSUP1, EXTRSUP2) y el subgrupo de extremidades inferiores (variables

EXTRINF1, EXTRINF2) y otras limitaciones (variable OTRLIM). Después del análisis descriptivo de las variables, los resultados muestran lo siguiente:

Tabla 20. Extremidades superiores

EXTRSUP1

	Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid si	258	12.6	12.6	12.6
no	1785	87.4	87.4	100.0
Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En 258 hogares (12.6%) hay personas con alguna falta o atrofia de brazos o manos (tabla 20); en 304 hogares (14.9%) hay personas que presentan alguna limitación permanente para manejar sus brazos o manos (tabla 21).

Tabla 21. Extremidades superiores permanentes

EXTRSUP2

	Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid si	304	14.9	14.9	14.9
no	1739	85.1	85.1	100.0
Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 22. Extremidades inferiores

EXTRINF1

	Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid si	567	27.8	27.8	27.8
no	1476	72.2	72.2	100.0
Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Los análisis descriptivos muestran que en 27.8% de los hogares (576 hogares) se presentan personas a quienes les falta o tienen atrofiados los pies o las piernas (tabla 22). La

permanencia de la dificultad es en 31.3% de los hogares (640 hogares), lo que es el porcentaje más alto de las discapacidades analizadas (tabla 23.)

Tabla 23. Extremidades inferiores permanentes

EXTRINF2

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	640	31.3	31.3	31.3
	no	1402	68.6	68.7	100.0
	Total	2042	100.0	100.0	
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

De la muestra analizada, en 74 de los hogares o en 3.6% de los casos, las personas con discapacidad afirman que tienen otra discapacidad física o mental permanente que no había sido preguntada por los entrevistadores, pero que sí la consideran importante porque es un impedimento adicional en su vida cotidiana (tabla 24).

Tabla 24. Otra limitación

OTRLIM1

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	74	3.6	3.6	3.6
	no	1969	96.4	96.4	100.0
	Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Quienes padecen discapacidad motriz en mayor medida utilizan muletas o alguna prótesis (SEDESOL, 2008). Las limitaciones físicas debidas a este tipo de discapacidad se manifiestan dos veces más frecuentemente en las extremidades inferiores que en las superiores.

Es importante tomar en cuenta el nivel de discapacidades motrices y enfermedades como diabetes, y valorar en que medida esto se asocia con patrones alimentarios. Convendría que las instituciones de salud de la entidad incorporen programas preventivos para tratar de influir en la disminución de la incidencia de la discapacidad de extremidades inferiores.

De acuerdo con los resultados del *XII Censo de Población y Vivienda 2000*, las causas que dan origen a la discapacidad se presentan principalmente como consecuencia de

enfermedades y problemas relacionados con la edad avanzada o problemas desde el nacimiento. En comparación, los resultados de la ENDISP muestran resultados en donde las causas más comunes de discapacidad para el estado de Nuevo León son por enfermedad y nacimiento (ENDISP, 2008).

La encuesta refleja que mientras que la discapacidad mental o neurológica y para comunicarse son padecimientos existentes desde el nacimiento, la limitación para ver y la motriz son discapacidades producto de alguna enfermedad. La motriz también resalta por ser un porcentaje significativo consecuencia de algún accidente.

4. Atención de salud

Las variables uso de servicios de salud (USOSLD) y lugar de atención (LUGATT) ofrecen una reflexión sobre el tipo de servicio médico que recibe la gente con discapacidad en los hogares de los polígonos estudiados (privado- público), pues indican la importancia que se da al uso del servicio médico en general.

Tabla 25. Lugar de atención de salud

		LUGRATT			
		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	IMSS	1015	49.7	49.8	49.8
	ISSSTE (+	49	2.4	2.4	52.2
	Cl. Universidad	17	.8	.8	53.0
	Cl. Maestros	7	.3	.3	53.4
	Centro SALUD	594	29.1	29.1	82.5
		1	.0	.0	82.6
	No se atiende -	26	1.3	1.3	83.9
	Clinica Similares	9	.4	.4	84.3
	Metropolitan	13	.6	.6	84.9
	Caritas (enef)	3	.1	.1	85.1
	Cruz roja o verde	20	1.0	1.0	86.1
	DI	2	.1	.1	86.2
	Privado	208	10.2	10.2	96.4
	Otra	74	3.6	3.6	100.0
Total	2038	99.8	100.0		
Missin	98	4	.2		
	99	1	.0		
	Total	5	.2		
Total	2043	100.0			

Fuente: Elaboración propia

Los lugares más frecuentes de atención de la gente con alguna discapacidad son el IMSS 49.7%; 29.1% en centros de salud y 10% en privados. Cabe señalar que el IMSS es el lugar de atención se servicios para la mayoría de los hogares analizados.

De los 2043 hogares, 795 no respondieron según los valores propuestos, sino con los valores de "No responde" y "No sabe". El análisis de frecuencias de la variable nominal Uso de servicio de salud, muestra mayor frecuencia en 28% de los hogares que se atienden

en el IMSS; 19.5% en centros de salud; y 6.9% en consultorios, clínicas u hospitales privadas. El resto está distribuido entre los otros valores de la variable (tabla 26).

Tabla 26. Uso de servicio de salud

USOSLD

		Frecuenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	IMSS	572	28.0	45.8	45.8
	ISSST	22	1.1	1.8	47.6
	ISSTELEO	7	.3	.6	48.2
	Clinica universidad	7	.3	.6	48.7
	Clinica maestros	5	.2	.4	49.1
	Centro salud	399	19.5	32.0	81.1
	Im ssSolidarida	1	.0	.1	81.2
	Consultorio, clinica hospitalprivad	140	6.9	11.2	92.4
	Curandero hierbero partera	1	.0	.1	92.5
	en otro	22	1.1	1.8	94.2
	No se atiende-no enferma	18	.9	1.4	95.7
	Clinica similares	7	.3	.6	96.2
	Cl.Sim ilares	1	.0	.1	96.3
	Cl. municipal	3	.1	.2	96.6
	cl. hospital metropolitano	6	.3	.5	97.0
	Caritas	1	.0	.1	97.1
	ayudavecino	1	.0	.1	97.2
	cruzroja	3	.1	.2	97.4
	cruzverde	10	.5	.8	98.2
	seguro	2	.1	.2	98.4
	Hospitaluniversitari	2	.1	.2	98.6
	Doctorparticula	2	.1	.2	98.7
	alfa	2	.1	.2	98.9
	Hospital m unicipal Santa	1	.0	.1	99.0
	Clinica43	1	.0	.1	99.0
	Seccion50	2	.1	.2	99.2
	DIF	1	.0	.1	99.3
	ServiciosMedico Municipals	1	.0	.1	99.4
	Dispensari	1	.0	.1	99.4
	Servicios medicos SanPedro	1	.0	.1	99.5
	Seguropopular	1	.0	.1	99.6
	Clinica de SnPedro	1	.0	.1	99.7
	Nuevo Amanecer	1	.0	.1	99.8
	CampoMilitar	1	.0	.1	99.8
	Seguro medicos	1	.0	.1	99.9
	ClinicaGuadalupe	1	.0	.1	100.0
	Total	1248	61.1	100.0	
Missin	98	2	.1		
Syste	Total	793	38.8		
Total	Total	795	38.9		
		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

El perfil más común de la PCD en la muestra aplicada en los hogares de pobreza en el AMMTY es el siguiente: Más de la mitad de la población es femenina (54.9%), con edad promedio de 44 años; el rol familiar más frecuente es el de jefe(a) (34%), esposo(a) (27.8%) e hijo(a) (25.4%). Las enfermedades que se frecuentan con mayor magnitud son: diabetes (14.5%), enfermedades del corazón (10.3%), motrices (2.3%) y mentales o neurológicas (4.9%).

En los hogares el porcentaje de los discapacitados según el tipo son: 5.6% con discapacidad de hablar, 3.1% con discapacidad de oír, 3.5% con discapacidad de ver, 17.7% con discapacidad intelectual (mental o neurológica), 40.4% con discapacidad física (de extremidades inferiores o superiores), 3.6% tienen alguna discapacidad adicional (física, mental o sensorial) de la diagnosticada, 6.4% tienen alguna discapacidad adicional intelectual de la diagnosticada (mental o neurológica), 15.9% tienen problemas adicionales de columna o cabeza, y 18.1% necesita asistencia, porque no puede hacer la vida por sí mismo.

La discapacidad con mayor representatividad en la población analizada es la discapacidad física, seguida por la discapacidad intelectual mental o neurológica. La mayor frecuencia de la discapacidad motriz se explica como causa de nacimiento.

La atención médica con mayor frecuencia en las consultas se realiza en el IMSS, centros de salud o en privado. Cabe señalar que la cobertura médica de la población analizada es menos de la mitad, lo que no permite garantizar que las personas tengan acceso a alguna institución de apoyo social. Este es un factor importante en cuanto al desarrollo de la salud y la presencia o la ausencia de enfermedades.

C. El Contexto Económico del Hogar

El análisis descriptivo del contexto económico del hogar incluye variables relacionadas con la actividad realizada (activda), ingreso total (ingrtot), ingreso por trabajo (ingtrbj).

1. Características laborales

Antes de hacer el análisis económico del hogar se decidió analizar en general la ocupación más común, la remuneración mensual, la condición en que una persona del hogar trabaja, e ingresos del hogar. (Tabla 27)

Tabla 27. Condición de actividad

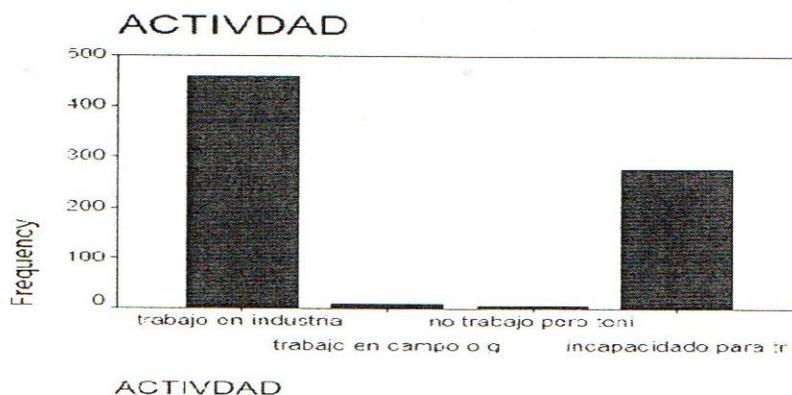
		ACTIVIDAD			
		Frecuenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	trabajo industria, comercio o	459	22.5	60.8	60.8
	trabajo en campo ganaderi	10	.5	1.3	62.1
	no trabajo tenia	7	.3	.9	63.0
	incapacitado trabaja	279	13.7	37.0	100.0
	Total	755	37.0	100.0	
Missin	99	6	.3		
	Syste	1282	62.8		
Total	Total	1288	63.0		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

El análisis descriptivo muestra que 22.5% de los miembros entrevistados de los hogares pobres trabajan en la industria, comercio o servicio, 0.5% trabajan en el campo, 13.7% son incapacitados de trabajar (tabla 27). Se observa que el trabajo que se ocupa es trabajo de mano, en industrias y en el campo, lo que demuestra situaciones laborales no bien remuneradas. Además, el alto porcentaje de personas que no realiza trabajo obedece a que algunas personas en situación de discapacidad requieren de contar con el apoyo de algún otro miembro del hogar que se encargue de su cuidado.

En la gráfica de barras de la variable se puede observar la distribución de las actividades y un pequeño porcentaje de las respuestas presentan las personas que trabajan en campo o no tienen trabajo alguno (gráfica 6).

Gráfica 6. Condición de Actividad



Fuente: Elaboración propia

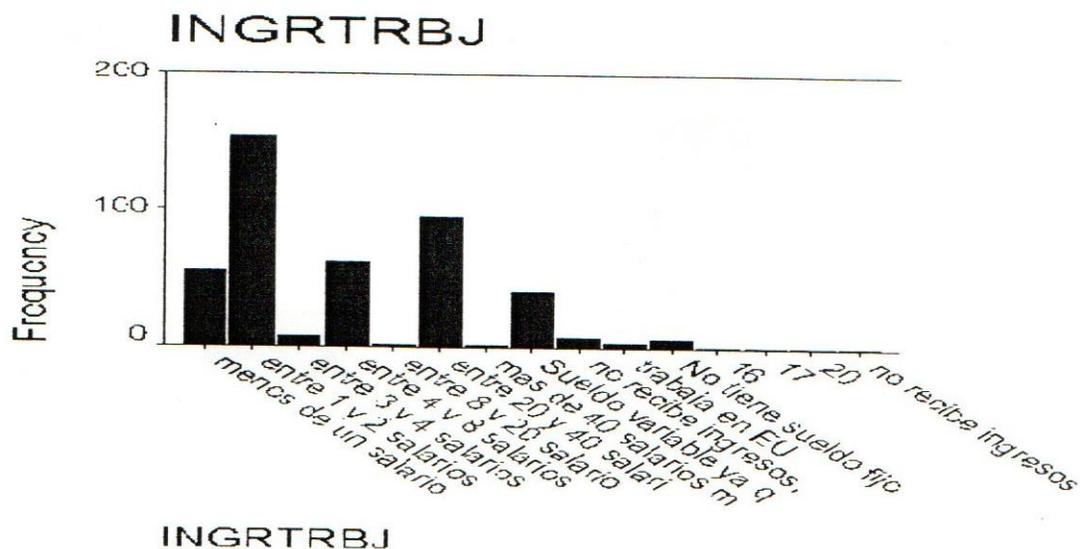
Tabla 28. Verificación condición de actividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valores válidos	Ayudo negocio familiar	41	2.0	2.5	2.5
	Vendo algunos productos	49	2.4	2.9	5.4
	Hizo productos para vender	22	1.1	1.3	6.7
	Ayudo en actividades agrícolas	1	.0	.1	6.8
	A cambio de pago plancho	20	.1	.1	8.0
	Realizo trabajos comunitarios	2	.1	.1	8.1
	No trabajo	1083	53	65	71.3

Fuente: Elaboración propia

La tabla de la verificación de la actividad muestra que en 53% de los hogares las personas entrevistadas no trabajan; sólo 2% trabaja en negocio familiar y 2.4% trabaja vendiendo productos; 1.1% hace productos para vender (tabla 28). El resto de las respuestas tiene un valor de menos de uno por ciento, por lo cual quedaron fuera de la tabla, ya que su frecuencia no tiene gran presencia en la población investigada. El porcentaje grande de personas de los hogares que no trabaja se explica por el hecho de que la mayoría de los discapacitados requiere de apoyo adicional y asistencia, lo que impide a los miembros del hogar el trabajar al mismo tiempo.

Grafica 7. Ingresos por trabajo

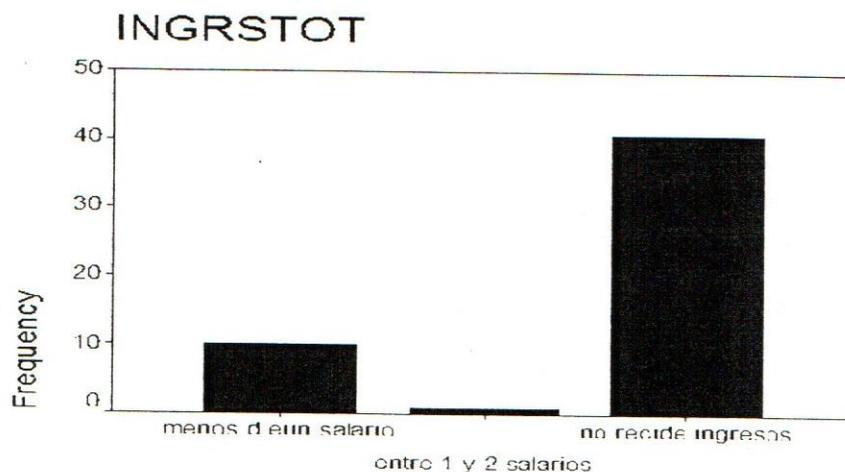


Fuente: Elaboración propia

Con objetivo de verificar y complementar la información del análisis cuantitativo, el presente estudio considera los resultados publicados por el Consejo de Desarrollo Social, en el año 2008, en el documento *Discapacidad y pobreza en Nuevo León*, donde los resultados de la encuesta, muestran que en los hogares investigados 42% de los miembros son económicamente activos y trabajan (gente de 12 y más años de edad). En el mismo documento se menciona que 65% de la población ocupada recibe ingresos predominantemente por trabajo asalariado (Consejo de Desarrollo Social, 2008).

Según la información recolectada de la ENDISP, la población que trabaja recibe ingresos de entre 1 y 2 salarios mínimos o menos de un salario (gráfica 7). Sus ingresos totales muestran, sin embargo, una doble desventaja social para las personas que residen en estos hogares, ya que a pesar de la discapacidad, los miembros de los hogares viven una situación de escasez de recursos, ya que los que reciben por actividades laborales son insuficientes para la cobertura de las necesidades del hogar, donde el número aproximado de las personas es de cinco (gráfica 8).

Grafica8. Ingresos totales

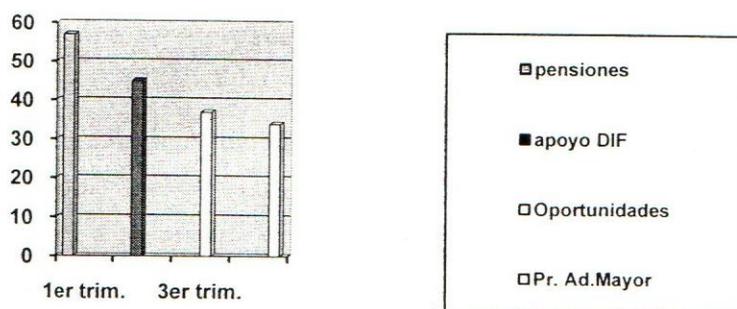


INGRSTOT

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la ENDISP publicados por el Consejo de Desarrollo Social muestran que 19,6% de los hogares recibe apoyo económico de fuentes no laborales. La distribución de los ingresos no laborales es la siguiente:

Grafica 9. Otros ingresos



Fuente: Elaboración propia

Las personas que viven en hogares de los polígonos de pobreza reciben ingresos de diferentes instituciones o programas sociales, sobre todo ingresos por pensiones (5.7%), apoyo del DIF (4.5%), del Programa Oportunidades (3.7%) y del programa estatal de apoyo a los adultos mayores (3.4%) (Consejo de Desarrollo Social, 2008).

2. Condiciones y servicios del hogar⁴

En cuanto a la disponibilidad de diferentes servicios domésticos, el análisis muestra que en 81.4% de los hogares se dispone con licuadora; 93.8% cuenta con refrigerador; 96.5% disponen de estufa, pero solo 31.2% disponen de boiler y agua caliente.

A las características del hogar se añade la tenencia de radio. 67.1% cuentan con radio, 42.7% con tocadiscos, 96.2% con televisor, 33.9% con videocasetera, 77.4% con lavadora. Sólo en 9.3% de los hogares hay computadoras y en 34.1% disponen de coche. La mitad de la población analizada cuenta con servicio telefónico, es decir, el 53.8%.

El número más común de cuartos en una vivienda es de 3, en 27.8% de los hogares; y 2 en 25.4%. En 384 de las viviendas el número de los cuartos es 4, y en 12.1% el número es de solo uno.

En cuanto al número de los dormitorios de una casa, el análisis muestra que en 41,3% los hogares cuentan con 2 dormitorios, seguidos por los hogares donde hay solo un dormitorio: 26.9%. El material más frecuente usado para la construcción de las viviendas es el cemento o firme: 75.5%; 19.8 % de los hogares está construido de madera, mosaico u otro material.

Las condiciones económicas de los hogares y su capacidad de adquisición de bienes y servicios contribuyen a mejorar el estado de bienestar de las personas, y son factor importante de estratificación económica. Cabe señalar que aunque los hogares analizados cuentan con la mayor parte de los servicios básicos, las desventajas sociales y económicas debidas a su participación laboral y el acceso a servicios sociales, reflejan la calidad de vida y consumo que enfrentan los miembros de dichas familias.

Conclusión

El contexto económico de los hogares muestra que los miembros ocupados económicamente trabajan en la industria, el comercio o los servicios, y que un gran porcentaje no trabaja (53%) debido a que las personas con discapacidad requieren apoyo y asistencia adicional, lo que impide muchos a miembros no trabajar y quedarse en la casa a cuidar a sus discapacitados.

Para quienes trabajan los ingresos salariales recibidos (67%) al mes son de menos de 2 salarios mínimos. Los hogares reciben apoyo adicional por parte de algunas instituciones y programas sociales, pero su porcentaje es menor al 20% del total de hogares. Los hogares cuentan con 2 o 3 cuartos, donde hay 1 o 2 dormitorios y servicio de agua, luz, baño y cocina.

Tomado en cuenta el promedio del número de personas que vive en un hogar (alrededor de 5), los cuartos y los dormitorios son insuficientes para la mayoría de los que viven en tales hogares.

⁴ Anexo 1 . Tablas de servicios

Cabe destacar que, aunque la mayoría de los hogares disponen de servicios domésticos como luz, agua, cocina, y comodidades técnicas como televisores, radio, caseteras, lavadoras, su estado económico les categoriza como familias que viven en pobreza patrimonial, ya que no alcanzan los niveles de cobertura para gastos de salud y acceso, lo que es una de las características principales de la pobreza patrimonial.

4.1.2 Correlaciones

El análisis de los datos cuantitativos, de acuerdo con las hipótesis y el objetivo general de la investigación, permite dar respuesta a las preguntas del diseño estadístico (transversal no experimental) de la investigación. La relación entre la pobreza y la discapacidad en la muestra poblacional se analiza y se mide a través de diversos métodos para correlacionar variables, lo que permite estimar la magnitud y la distribución de una condición en un momento dado.

Según Pagano (2006) la correlación se ocupa de establecer la magnitud y la dirección de las relaciones, y las relaciones pueden ser: lineales y no lineales (dependiendo de la exactitud de la representatividad de la relación por medio de una línea recta), positivas y negativas (relación directa o inversa entre las variables), perfectas o imperfectas (dependiendo de qué tanto todos los puntos se localizan sobre la recta o no).

Para los propósitos de la presente investigación se consideró analizar la correlación entre las variables que forman los grupos “estado de salud” e “ingresos” de las dimensiones previamente elaboradas (tabla 3. Variables e Indicadores, capítulo 3).

Se decidió buscar la relación entre las variables que indican “estado de salud” desde una perspectiva dual (sano-enfermo) y el ingreso por trabajo como indicador del nivel económico del hogar, ya que en base del análisis descriptivo se encontró que las causas principales de la discapacidad son enfermedades y después por causas de nacimiento. Eso justifica la lógica de correlacionar el ingreso por trabajo con las variables enfermedades, y uso de servicios de salud.

A continuación se presentan los resultados de las pruebas analizadas:

Tabla 50. Correlaciones

		C o r r e l a t i o n s		
		U S O S L D	E N F E R M	I N G R T R
U S O S L D	Pearson	1.000	-.011	.254 **
	Sig. (2-	.	.685	.001
	N	1248	1248	173
E N F E R M	Pearson	-.011	1.000	.147 **
	Sig. (2-	.685	.	.002
	N	1248	2035	443
I N G R T R	Pearson	.254 **	.147 **	1.000
	Sig. (2-	.001	.002	.
	N	173	443	444

** . C o r r e l a t i o n i s s i g n i f i c a n t a t t h e 0 . 0 1 l e v e l (2 -

El análisis muestra el comportamiento de las variables enfermedades (ENFERMS, variable dependiente) y uso de servicios de salud (USOSLD- variable dependiente) con respecto a la variable ingresos por trabajo (INGRTR, variable independiente). Se mostró una relación positiva entre las variables ingreso por trabajo y las enfermedades (.147), y uso de servicios de salud con el ingreso por trabajo (.254), cuando las pruebas resultaron significativas (.001 y .002), lo que permitió seguir con el análisis múltiple de regresión, ya que con esta prueba es posible hacer predicciones, así como encontrar la magnitud y el efecto que hay entre las variables.

La correlación positiva entre las variables indica la fuerza y la dirección de la relación lineal en el nivel socioeconómico y el estado de salud en que uno se encuentra. La significancia del resultado muestra que el cálculo ha sido realizado correctamente, por lo cual en términos estadísticos se puede deducir que el mayor ingreso permite a las personas más acceso a servicios médicos y viceversa.

Bajo la misma lógica se analiza la correlación entre las variables uso de servicios de salud y enfermedades, sin embargo cabe mencionar que el grado de correlación es bajo: 0.147. La direccionalidad de la relación indica que la mayor gravedad de riesgos de salud en términos de enfermedades, requiere mayores recursos y viceversa. Debido al carácter contradictorio de la dicha relación se decidió seguir con el análisis de regresión para poder determinar el nivel de la dependencia entre las variables.

Pagano (1998: 135) define la regresión como “la relación que se aplica entre dos o más variables con propósitos de predicción”. Dentro de las pruebas realizadas de regresión lineal entre las variables dependientes y la independiente se encontró lo siguiente (tabla 45):

Tabla 51. Regresión lineal 1

		Model		
Model	R	R	Adjusted R	Std. Error of the
1	.147 ^a	.022	.019	8.22

a. Predictors: (Constant), INGRTRBJ

b. Dependent Variable: ENFERMS1

ANOVA^b

Model		Sum Square	df	Mean	F	Sig.
1	Regressio	658.50	1	658.50	9.755	.002 ^a
	Residua	29770.1	441	67.50		
	Total	30428.6	442			

a. Predictors: (Constant), INGRTRBJ

b. Dependent Variable: ENFERMS1

La primera prueba de análisis de regresión calculó que el coeficiente de regresión entre las variables enfermedades (variable dependiente) e ingresos por trabajo es igual a .022, lo que indica que el comportamiento de la variable enfermedades en función de la variable ingresos por trabajo consiste en una relación de carácter débil. El nivel de significancia es igual a .002, lo que muestra que el cálculo es confiable.

Coefficients ^a

Model		Unstandardized Coefficient		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std.	Beta		
1	(Constant)	10.30	.506		20.38	.000
	INGRTR	.232	.074	.147	3.123	.002

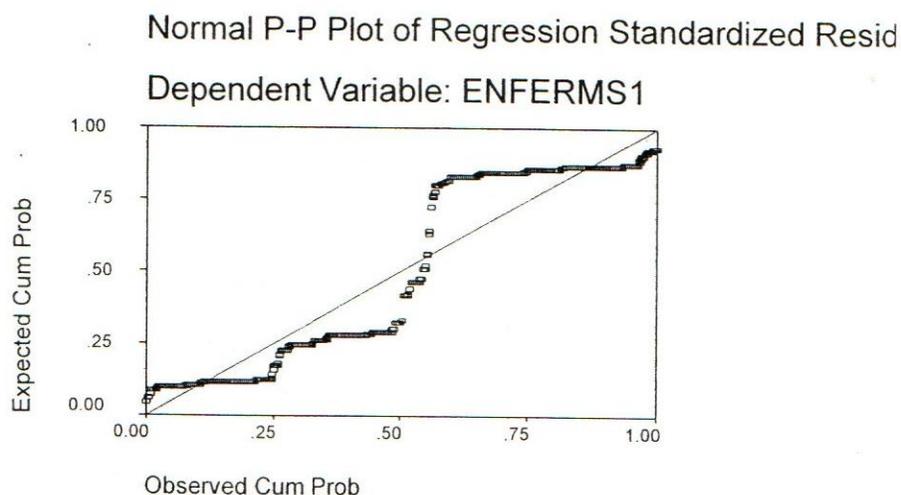
a. Dependent Variable:

Fuente: Elaboración propia

El coeficiente Beta igual a .147 muestra que tanto la variable independiente: ingresos por trabajo, puede explicar el comportamiento de la variable dependiente: enfermedades. De acuerdo con los resultados, el ingreso no es un factor que determine la presencia de enfermedades o riesgos graves para la salud, ya que la dependencia de las enfermedades de los recursos económicos es débil: 0.147.

Sin embargo, es importante señalar que aun con el carácter débil de la relación, existe una dependencia positiva entre las dos variables, lo que se puede observar desde la gráfica 10.

Grafica. 10. Regresión lineal 1



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al resultado de la segunda prueba de regresión entre las variables uso de servicio de salud (variable dependiente) e ingreso por trabajo se calculó un coeficiente igual a .064, cuando el nivel de confiabilidad es significativo y es igual a .001, lo que se interpreta como una relación positiva y fuerte entre las variables.

Tabla 52. Regresión-2

Model		b		
Mode	R	R	Adjusted R	Std. Error the
1	.254 ^a	.064	.059	6.41

a. Predictors: (Constant), INGRTRBJ

b. Dependent Variable: USOSLD1

ANOVA^b

Mode		Sum Square	df	Mean	F	Sig.
1	Regressio	482.93	1	482.93	11.75	.001 ^a
	Residua	7024.86	171	41.08		
	Total	7507.80	172			

a. Predictors: (Constant), INGRTRBJ

b. Dependent Variable: USOSLD1

El coeficiente Beta igual a 0.254 determina la dependencia entre la variable uso de servicios de salud e ingresos por trabajo. Debido a que el coeficiente es menor de 0.5 (es cuando se puede confirmar la dependencia y predecir el comportamiento de las variables dependientes) no se puede generalizar que existe causalidad entre el ingreso por trabajo y el uso de servicios de salud. Sin embargo se puede notar que en comparación con la variable enfermedades, la variable uso de servicio de salud se encuentra en mayor dependencia del ingreso, lo que es un indicador de la relación de dependencia entre la atención de la salud y la frecuencia de uso de servicios médicos en cuanto a recursos económicos.

Coefficients^a

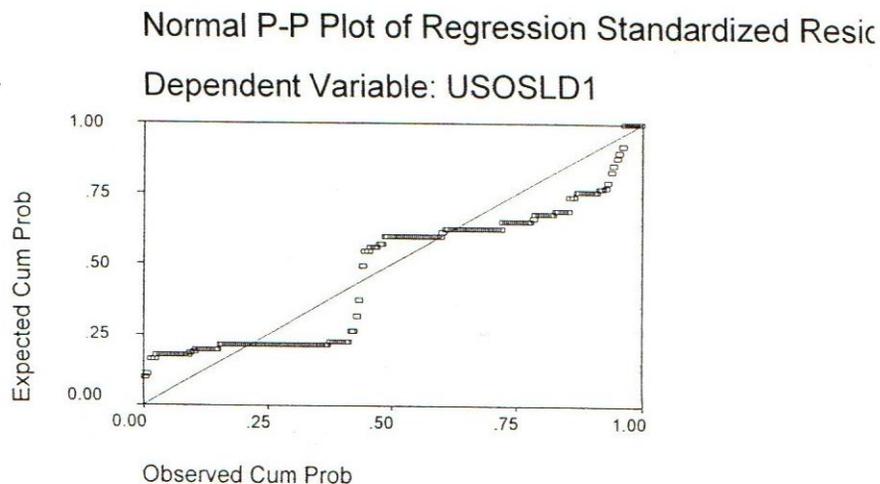
Modelo		Unstandardized Coefficient		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std.	Beta		
1	(Constant)	5.597	.593		9.435	.000
	INGRTR	.219	.064	.254	3.429	.001

a. Dependent Variable:

Fuente: Elaboración propia

Bajo de la misma lógica, en cuanto a la interpretación de la gráfica 11, Regresión 2, se puede observar el carácter positivo de la dependencia de la variable USOSLD1 en cuanto al INGRTRBJ, pero la relación no tiene un carácter fuerte debido a que el comportamiento de la relación USOSLD1 y INGRTRBJ (los puntos rojos) es diferente al comportamiento ideal, la línea de regresión (en verde).

Gráfica 11. Regresión lineal 2



Fuente: Elaboración propia

El análisis correlacional y de regresión mostró una relación positiva entre las variables dependientes enfermedades y uso de servicios de salud. Sin embargo, su magnitud no fue suficientemente fuerte como para que se puedan predecir futuros comportamientos y causalidades.

El análisis estadístico coincide con los resultados encontrados por Lasting y Staruser (2007), ya que se comprueba el carácter positivo de la relación entre factores, indicando los fenómenos de pobreza y discapacidad. Sin embargo, el carácter complejo de los mismos es la razón por la cual una predicción en el comportamiento no se puede concluir, ya que los factores que intervienen en el estado de salud son varios y no necesariamente están relacionados con factores económicos, sino con factores sociales que se van a discutir a continuación en el apartado del análisis cualitativo.

4.2 Análisis cualitativo

Con el propósito de contribuir en la identificación de las tendencias y factores contextuales de las personas que viven con discapacidad, y conocer sus pensamientos y sentimientos, se aplicaron dos entrevistas grupales a padres de niños con discapacidad. Los datos que arrojaron las mismas se analizaron con procedimientos propios de la investigación cualitativa: se hizo transcripción, hubo proceso de codificación, y se establecieron categorías y subcategorías de la información.

El análisis cualitativo aquí presentado se basa en dos tipos de categorías: inductivas y deductivas. El establecimiento de categorías inductivas resulta de un procedimiento que, como su nombre lo dice: es “inductivo”, es decir, surge a medida que se examinan los datos. Esta categoría se deriva del propio discurso de los informantes y no tiene un sustento teórico que la respalde. La categoría deductiva, por su parte, se establece con base en el marco teórico revisado y en los objetivos de la investigación, lo que resulta ser el aspecto más importante del estudio.

Tabla 53. Categorías establecidas en base de la información recolectada

Código	Categoría	Subcategoría
Problemas institucionales (PrInst)	Vigilancia institucional	Negocio de las familias Miedo institucional
Estigmatización (Estigm)	Visión e idea de lo que es la discapacidad	Actitud hacia los discapacitados Visión e idea de lo que es la discapacidad
Cohesión social (Cohsoc)	Relaciones sociales	
Rol en la sociedad (Rolsoc)	Valor social Relación con los vecinos	Trato de los niños del barrio hacia los discapacitados Relación con los niños sin discapacidad
Apoyo médico (Apmed)	Cualidad de los servicios	Trato en las instituciones médicas Trato por parte del equipo médico

Fuente: Elaboración propia

La tabla 53 consiste en seis categorías: vigilancia institucional, visión e idea de lo que es la discapacidad, relaciones sociales, valor social, relación con los vecinos, cualidad de los servicios. Las categorías surgieron como ejes centrales de los problemas, las relaciones sociales y las experiencias de las familias con los organismos de apoyo y servicio social. Cada categoría tiene subcategorías (excepto la categoría relaciones sociales), lo que permite detallar el análisis de problemáticas más particulares.

Las categorías derivadas de la revisión bibliográfica son: apoyo especial en escuela de equipo interdisciplinario; educación especial e integral de niños con discapacidad; falta de recursos económicos; alimentación; necesidades sociales; aceptación en la comunidad; enfermedades adicionales; gastos indispensables; apoyo por parte de SEDESOL; apoyo político-electoral; apoyo social; independencia (tabla 54). La información recolectada determinó la formulación de las subcategorías, donde se especifican y justifican los ejes de las categorías deductivas desde el punto del contexto particular.

Tabla 54. Categorías derivadas de la revisión de la literatura especializada

Código	Categoría	Subcategorías
Condiciones de vida (CondVida)	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo especial en escuela de equipo interdisciplinario - Educación especial y educación integral de niños con discapacidad - Falta de recursos económicos - Alimentación - Necesidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Carencia de comida saludable en el menú diario familiar Necesidad de comprensión Necesidad de casa individual para familias con discapacidad
Salud (Sld)	Enfermedades adicionales	
Condición económica (Condecon)	Gastos indispensables	Sobrevivencia
Apoyo (Ap)	Gubernamental: Por parte de SEDESOL	Iniciativa propia por parte de los papás
	Apoyo político electoral Apoyo social	
Futuro del niño discapacitado (FutDisc)	Independencia completa: educacional, laboral, familiar	Actitud de los papás hacia los niños
Integración social (IntegrSOC)	Aceptación a nivel comunidad	Necesidad de asistencia social

4.2.1 Perspectiva de los padres de niños con discapacidad respecto a la situación en que vive la gente discapacitada de hogares pobres

La experiencia común vivida por los participantes fue el tema de la entrevista al grupo específico de familias que tiene miembros discapacitados (en particular niños) y vive en desventajas económicas. Se compartieron problemas frecuentes y necesidades especiales, lo que permitió la construcción de la imagen social- rol y significado- del discapacitado pobre.

Dentro del primer eje de codificación preestablecido “condiciones de vida” derivaron varias categorías y subcategorías que permitieron por un lado representar el contexto en que viven las familias, en propias palabras de los entrevistados, y por otro lado detectar las necesidades individuales y colectivas del grupo familiar, lo que complementó la descripción de los hogares pobres con miembros discapacitados, dando detalles y caminos para reflexionar sobre la realidad social en que viven.

Dentro de la revisión teórica de la presente investigación se discutió el concepto “Condiciones de vida” como parte de la construcción del concepto de bienestar e instrumento para el desarrollo de la sociedad (*PND 2007-2012*). Continuando con esta línea de pensamiento, el desarrollo requiere un contexto de equidad social e igualdad de oportunidades (*PND 2007-2012*), lo que implica satisfacción de necesidades sociales como salud, educación, capacitación, seguridad, alimentación, y vivienda, lo que crea oportunidades para el incremento de la potencialidad productiva de las personas (Sen, 1993).

Retomando el concepto de “calidad de vida”, definido por la OMS como conjunto de componentes objetivos y subjetivos que construyen el bienestar individual, y partiendo de la información de las entrevistas realizadas, se definieron las condiciones vitales de los niños discapacitados, que formulan la calidad de su vida:

- Apoyo especial en escuela de equipo interdisciplinario.
- Educación especial y educación integral de niños con discapacidad.
- Recursos económicos que garantizan su bienestar físico y social.
- Buena y saludable alimentación.
- Satisfacción de necesidades sociales (integración social, participación en actividades sociales, tener vida independiente y espacio propio; acceso a servicios y lugares públicos).
- Factores ambientales: vivir en un ambiente sin contaminación.

Estas categorías presentan un cuadro de elementos básicos que indican la cotidianidad de los discapacitados y el nivel de su calidad de vida⁵ (por cuanto existe relación entre los conceptos de calidad y condiciones de vida)⁶. Cabe mencionar que los padres de niños

⁵ Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

⁶ La calidad de vida ha sido definida como la calidad de vida de una persona; como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, *calidad de vida* definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona

discapacitados son conscientes de los recursos indispensables para el desarrollo de los niños, como es el apoyo de un equipo interdisciplinario de especialistas en educación especial, lo que de otra forma permitiría la educación integral y la aceptación de sus hijos en áreas escolares.

Dado que se trata de una crítica que cuestiona al servicio escolar, uno de los entrevistados comenta lo importante que es para el desarrollo de su hijo: *“cuando uno tiene facilitaciones como recetas... como la psiquiatra en la secundaria y todo esto... pues por mi hijo no se pudo”* (P1G1). Según la persona entrevistada, la vida del niño discapacitado está marcada por las circunstancias: ausencia de “facilitaciones” en cuanto a educación como factor principal para el crecimiento intelectual y desarrollo de la personalidad infantil, lo que por otro lado solo puede ofrecerlo la educación integral.

La importancia de la educación consiste en la capacidad de preparar hombres autónomos, desde el punto de vista moral, respetuosos de la libertad y de la dignidad del otro⁷. La educación es el “facilitador” visualizado por los padres, que dará oportunidades a los niños para que sean independientes e integrados en la vida social⁸.

En el discurso de los entrevistados se señala la razón más importante para el impedimento del desarrollo de sus hijos: la condición económica. Desde el comienzo de la entrevista los entrevistados comentan el lugar que tiene el nivel económico para que uno pueda satisfacer las necesidades básicas del hijo. Los participantes aclaran que viven en una realidad de pobreza (P3G1): *“Faltan muchos recursos; aquí hay mucha pobreza”*. Hacen una comparación de lo importante que es el dinero con todo lo que es significativo para la existencia como persona. Lo último se observa en el siguiente discurso, cuando de forma emocional (subiendo el tono de la voz) el participante P1G1 pregunta retóricamente: *“Cuando uno no tiene, ¿qué pasa? No puedes hacer nada... Lo que se necesita es mucho, y lo que hay es poco...”*

La pobreza, como la denomina la SEDESOL (2002) es un elemento común para la identificación de un nivel de vida que no puede ser alcanzado por ciertas personas, lo que representa una adversidad socialmente inaceptable. La pobreza hace referencia a la privación de elementos necesarios para la vida humana dentro de una sociedad, y de medios o recursos para modificar esta situación (SEDESOL, 2003). Dentro del concepto de pobreza y según el discurso analizado, una familia pobre con un miembro discapacitado queda fuera de lo socialmente aceptable, ya que carece de recursos que le permitan alcanzar el nivel de vida que tiene la gente no calificada como pobre⁹.

junto a la satisfacción que ésta experimenta; y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Borthwick-Duffy, 1992; citados por Gomez Vela y Sabet, 2001).

⁷ El documento final de la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, organizada por las Naciones Unidas en 1933, pide a los Estados “orientar la educación hacia el pleno desarrollo de la persona y el reforzamiento de los derechos humanos y las libertades fundamentales”.

⁸ El punto 4.3 *Estigma y perspectivas ante el niño discapacitado: una visión paterna sobre la integración social de sus hijos*, hace una discusión más detallada en cuanto las perspectivas futuras de los niños.

⁹ Pobre se denomina a la persona que vive por debajo de la línea de pobreza. Según el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares, 2002) existen diferentes líneas

El impacto social que tiene la pobreza puede observarse en las características de los hogares investigados, en cuanto a la carencia de alimentos, la propiedad de la vivienda y la carencia de trabajo como fuente de recursos económicos. Estas necesidades reflejan un problema que no tiene solución para las personas y hogares donde faltan los recursos económicos. En palabras de uno de los relatores, el dinero con que dispone es suficiente solo para comprar productos, a veces de baja calidad, pero que sean accesibles económicamente. *"P2G2: Lo que uno puede comprar es lo más económico... Lo más económico. Ahorita que todo subió..."*

El fragmento anterior hace alusión implícita a la categoría "carencia de alimentación saludable", ya que durante la entrevista se mencionó que el menú de las familias incluye productos económicos, donde se busca la cantidad y no la calidad. De forma explícita el discurso de una de las entrevistadas integra la idea del consumidor de las familias pobres con miembros discapacitados: *"P2G2: Por esto lo que se come son puras sopas... y lo demás. Ya que pollo, que jabón, y ropa... no alcanza..."*

Según Cattaneo (2000) la cultura de la alimentación del consumidor pobre recurre a la lógica de la optimización, donde las dimensiones que mueven el vínculo alimentación-pobreza son la necesidad y no el gusto, la materialidad frente a los significados, el cuerpo frente a la conciencia y los sentimientos, como si el cuerpo, los pensamientos y los sentimientos fueran diferentes niveles. Por esto el consumo, de acuerdo con la autora, representa un signo de status y se convierte en lugar de diferenciación entre clases y grupos sociales.

La falta de comida nutritiva y sana, la que provee todos los elementos necesarios para que un individuo esté sano, se asocia con el problema de la desnutrición. Con base en el discurso de los entrevistados sobre su menú cotidiano puede observarse que estas familias no reciben las cantidades y tipos de elementos necesarios para tener un buen estado de salud, lo que pone en riesgo el desarrollo físico del niño discapacitado.

Cattaneo (2000) comenta que la desnutrición es un fenómeno complejo y de alta diversidad, que se origina de la particularidad de la familia y la situación por la que se atraviesa, pero en general se reconoce que la pobreza es un factor importante para la presencia de la desnutrición. Esta situación de la salud de los discapacitados tiene efecto sobre el estado psíquico y social del niño. La comida determina su integración en cuanto a socialización con los demás, ya que los estímulos biológicos cuando están satisfechos permiten a la persona realizar actividades y tener comportamientos que no obedecen a lo biológico, sino a lo social-comunicativo, de socialización e integración en el grupo.

Los cambios en el comportamiento de un niño bien alimentado son significativos para la familia, ya que eso influye a la dinámica familiar¹⁰, generando esperanzas para una mejor

en México, según la población del área geográfica. En el área rural (<15,000 personas) la línea es de 31.12 pesos/persona/día. En el área urbana (≥15,000 personas) de 44.95 pesos/persona/día.

¹⁰ En términos del nivel de apego familiar.

El impacto social que tiene la pobreza puede observarse en las características de los hogares investigados, en cuanto a la carencia de alimentos, la propiedad de la vivienda y la carencia de trabajo como fuente de recursos económicos. Estas necesidades reflejan un problema que no tiene solución para las personas y hogares donde faltan los recursos económicos. En palabras de uno de los relatores, el dinero con que dispone es suficiente solo para comprar productos, a veces de baja calidad, pero que sean accesibles económicamente. *"P2G2: Lo que uno puede comprar es lo más económico... Lo más económico. Ahorita que todo subió..."*

El fragmento anterior hace alusión implícita a la categoría "carencia de alimentación saludable", ya que durante la entrevista se mencionó que el menú de las familias incluye productos económicos, donde se busca la cantidad y no la calidad. De forma explícita el discurso de una de las entrevistadas integra la idea del consumidor de las familias pobres con miembros discapacitados: *"P2G2: Por esto lo que se come son puras sopas... y lo demás. Ya que pollo, que jabón, y ropa... no alcanza..."*

Según Cattaneo (2000) la cultura de la alimentación del consumidor pobre recurre a la lógica de la optimización, donde las dimensiones que mueven el vínculo alimentación-pobreza son la necesidad y no el gusto, la materialidad frente a los significados, el cuerpo frente a la conciencia y los sentimientos, como si el cuerpo, los pensamientos y los sentimientos fueran diferentes niveles. Por esto el consumo, de acuerdo con la autora, representa un signo de status y se convierte en lugar de diferenciación entre clases y grupos sociales.

La falta de comida nutritiva y sana, la que provee todos los elementos necesarios para que un individuo esté sano, se asocia con el problema de la desnutrición. Con base en el discurso de los entrevistados sobre su menú cotidiano puede observarse que estas familias no reciben las cantidades y tipos de elementos necesarios para tener un buen estado de salud, lo que pone en riesgo el desarrollo físico del niño discapacitado.

Cattaneo (2000) comenta que la desnutrición es un fenómeno complejo y de alta diversidad, que se origina de la particularidad de la familia y la situación por la que se atraviesa, pero en general se reconoce que la pobreza es un factor importante para la presencia de la desnutrición. Esta situación de la salud de los discapacitados tiene efecto sobre el estado psíquico y social del niño. La comida determina su integración en cuanto a socialización con los demás, ya que los estímulos biológicos cuando están satisfechos permiten a la persona realizar actividades y tener comportamientos que no obedecen a lo biológico, sino a lo social-comunicativo, de socialización e integración en el grupo.

Los cambios en el comportamiento de un niño bien alimentado son significativos para la familia, ya que eso influye a la dinámica familiar¹⁰, generando esperanzas para una mejor

en México, según la población del área geográfica. En el área rural (<15,000 personas) la línea es de 31.12 pesos/persona/día. En el área urbana (≥15,000 personas) de 44.95 pesos/persona/día.

¹⁰ En términos del nivel de apego familiar.

expresión emocional del niño discapacitado, ya que los padres ven al niño más sociable y activo.

P4G2: El come bastante, ahorita, come bastante y come bien y toda la gente que lo ve hace mucho: ¡Ah, Beto, nombre que bien estas!

P5G2: Sí, o sea, más platicador, más...

Dentro de los factores importantes para el desarrollo integral de los niños, los padres señalan las condiciones del medio ambiente, ya que resulta que tienen un efecto directo sobre la condición de la salud.

P5G2: Y luego cuando yo me vine aquí a Monterrey, que fue en mil noventa... en el noventa, ¿no? El noventa, si yo me vine aquí a Monterrey y yo me lo traje. Yo no se lo deje a su papá (ruido, no audible), me lo traje aquí, se me enfermó de fiebre intestinal, de fiebre... este; que no quería comer nada, todo, decía el doctor que está contaminado; el agua, que le daba de comer y todo lo que le hacía, tortillas de harina, no dice: 'no, está contaminado, esta contaminado' y fue cuando se me adelgazó...

Se encuentra una similitud entre lo discutido en el planteamiento de la presente investigación por Schteingard y Sáenz (1991) y el Informe de la Organización Panamericana de la Salud (2001), según lo cual se considera que los factores del ambiente, y en especial la contaminación, son los factores –causas– primordiales de la discapacidad. Se observa que las enfermedades causadas por factores ambientales tienen un mayor riesgo para los niños, ya que sus defensas inmunológicas no han sido desarrolladas ampliamente, lo que aumenta la probabilidad de que adquieran como consecuencia una discapacidad.

El discurso de los padres nombra un aspecto más que tiene en común con el nivel de actividad del niño: el espacio propio del niño dentro de la casa. Es de gran importancia para el niño discapacitado el desarrollo de conceptos espaciales familiares para que pueda moverse por sí mismo e investigar el mundo circundante y como resultado final socializarse con él. Uno de los padres afirma, comparando el lugar donde vive la familia por el momento, y su casa anterior: *"P5G2: No, allí éramos tres familias porque yo nada más tenía un cuarto, pero ahora es diferente; es mejor... y a Beto le gusta, platica más."*

A primera vista, el hecho de que las familias con personas con discapacidad tengan oportunidad de tener un espacio físico propio, habla de una buena relación entre el estado (por parte del DIF) y los ciudadanos que forman el grupo de los vulnerables¹¹. Cabe mencionar los aspectos positivos de esta relación: el mejoramiento de la actitud de los

¹¹ Entrega Monterrey viviendas especiales: Casas adaptadas para personas con problemas de discapacidad y que por su condición económica difícilmente podrían acceder a un crédito de vivienda convencional. Las propiedades están ubicadas en la Colonia Valle de la Esperanza, en el sector de La Alianza, y que cuentan con adaptaciones especiales para personas con capacidades diferentes. Son personas previamente seleccionadas, estudiados sus casos en particular por el DIF, pero el común denominador de todas estas personas es que son de muy bajos recursos y con problemáticas de algún tipo de discapacidad (*Segundo Informe Gobierno Municipal 2003-2006*).

niños discapacitados y su socialización con el mundo alrededor. Sin embargo la creación de una colonia con familias con miembros discapacitados lleva como consecuencia un alto nivel de marginación y dificultad en cuanto a la integración de los discapacitados en la sociedad.

Según la ONU y el PNUD (2001)¹² la integración social de las personas con discapacidad consiste en su participación en todos los ámbitos de la sociedad: en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio, cultura, servicios sociales, de manera que sus derechos sean los mismos que el resto de la población.

De acuerdo con lo anterior, la reflexión sobre el grado de integración dentro de la comunidad y del propio barrio lleva a la observación de que las familias están excluidas en lo referente a la participación de sus hijos en actividades escolares especiales o en centros de educación especial, lo que limita el desarrollo de su potencial. La lejanía de la colonia, además, del centro de la ciudad, donde están ubicadas las estructuras sociales de mayor importancia, se convierte en un obstáculo, ya que los gastos de transporte impiden sus intenciones y necesidades de ser atendidos por tales estructuras. *"P3G1: No puedo realizar nada. No puedo llevarlo a médico... y para que entre en guardería tengo que ir de aquí a Churubusco por unos papeles, para meterlo entonces; para registrarlo..."*

La obstaculización de la cohesión social entre los hogares pobres con miembros discapacitados se contradice con el propósito del *PND 2007-2012* que habla de un Desarrollo Humano Sustentable, creador de una atmósfera "en la que todos puedan aumentar su capacidad y oportunidades en plan presente y futuro". Esta controversia con las políticas sociales públicas nos lleva a una realidad donde "los pobres y los marginados discapacitados forman parte de la población que aún no se ha integrado en la vida moderna y que aspiraban a ello sin lograrlo, debido a que las infraestructuras urbanas básicas, productivas y de servicios (educación, salud, vivienda, etcétera) no crecían lo suficientemente rápido, lo que generó un modo de integración no basado en la equidad" (Fonseca, 2001: 18). La explicación básica de los padres es la falta de recursos para sobrevivir y para incluirse en el círculo de vida social: *"P4G2: Y aunque uno no quiera el dinero para uno, pues si es muy necesario..."*

El dinero tiene el significado de algo indispensable para la realización de cualquier tipo de participación en la sociedad. El dinero compra no solo alimentación, ropa y medicamentos, sino que es un facilitador de las relaciones sociales. Esta visión neocapitalista de la vida refleja el sistema económico-político del país, donde la ideología neoliberal ha creado relaciones mercantiles entre los miembros de la sociedad, y entre el ciudadano y las instituciones estatales, donde se han materializado el servicio y el apoyo de los vulnerables (Méndez, 1998). *"P4G2: Me han dado mucha, mucha ropa... ¡Mejor dame cien pesos! No, cual dame cien pesos, ciento cincuenta, pero es que tienes tus necesidades..."*

Es importante mencionar que los padres no tienen una forma de acceder al apoyo económico si no buscan alternativas para que se integren en el ámbito laboral y de esta forma proveer lo necesario para su familia.

P3G1: Pues sí, lo que necesito es más recursos, trabajo, para que pueda mantener mi casa, mi hijo... trabajo, porque para comprar la despensa... ni modo, y para la papelería que piden y esto, para que te dan la despensa... para todo eso te piden dinero para papelería. Y si uno no tiene, allí te pasa... no cadenas. No sabes de qué se trata entonces...

El apoyo que otorga el Estado a través de CODESOL a cada familia donde hay una persona con discapacidad es igual a 500 pesos mensuales¹³, lo que es insuficiente en el caso de los padres que no pueden trabajar porque están cuidando a sus hijos las 24 horas. Según el discurso de una de las relatoras, el apoyo gubernamental no satisface las necesidades de compras indispensables, lo que es un factor de preocupación: *"P2G1: Y no se puede comprar medicamentos... ahorita por tomar dos pastillas dos veces, y para el mes se acaba para comer... Una o dos veces y ya..."*

El discurso muestra claramente la dependencia de las finanzas y los apoyos económicos para la existencia, ya que cuando hay escasez o falta de recursos esta situación se convierte en un factor de peligro para la salud y para su mantenimiento. Se percibe un costo emocional de los padres de niños discapacitados, el que surge de la incapacidad que sienten por la situación de desempleo y la responsabilidad de ser padres de niños que requieren atención especial. Esta situación convierte el rol de los padres en una combinación chocante, la que incluye cualidades y responsabilidades paradójicas.

Por un lado los padres deben de cumplir con el rol de ser padres y por otro deben ser proveedores de asistencia social. Según la legislación mexicana, el concepto de asistencia social se entiende como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (Artículo 3 del Capítulo I, Disposiciones generales de la Ley de Asistencia Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004).

La carga de cuidar un niño especial lleva a los padres a excepciones como la de P3G2, que dice: *"Yo con el mío me desespero..."* La responsabilidad para que un niño discapacitado sea atendido de forma adecuada requiere de ayuda que no siempre se facilita y se llega entonces a momentos de desesperación y frustración por parte de los padres. Según estudios realizados en el instituto de Política Social en la Universidad de York (Social Policy Research Unit (SPRU, 2007) algunos de los resultados de investigar la identidad de padres con niños discapacitados fueron la pérdida de la identidad personal y la necesidad de tener un bienestar físico y emocional.

Dentro del concepto de pérdida de la identidad, el estudio señala que se consideran como deseados para ser recuperados: el trabajo, el interés personal hacia la vida social y las

¹³ De acuerdo con el Programa de Apoyo de Personas con Discapacidad, SEDESOL.

relaciones personales. En las entrevistas de la presente investigación hay similitudes con los resultados del estudio del SPRU en cuanto al deseo de trabajar y ser incluido en una vida laboral y social diferente a la que se vive. Este deseo de cambio no tilda a los padres como “menos responsables” con sus hijos, sino que refleja el segundo resultado de la investigación de SPRU, donde los padres tienden a guardar su bienestar y buscar formas de ser fuertes justamente para seguir cuidándolos.

Los padres de la investigación del SPRU, así como los de la presente investigación coinciden al reconocer el apoyo adicional que existe por parte de centros y escuelas de atención a niños discapacitados, ya que estos servicios les dan tiempo en algunos casos para hacer otra actividad y desestresarse del “trabajo” constante que significa el cuidado de sus hijos.

Finalmente se puede describir una imagen compleja de lo que caracteriza a los hogares pobres con miembros discapacitados: el concepto de “condiciones de vida”. Se trata de un significado que alude a cuestiones de estabilidad emocional, seguridad económica y relación con el entorno social, que quedan todavía por desarrollarse en cuanto al logro de un desarrollo integral¹⁴.

4.2.2 Estigma y perspectivas sobre el niño discapacitado: la visión paterna de la integración social del hijo

Una de las categorías preestablecidas en el presente análisis es sobre el futuro de los niños discapacitados desde la perspectiva de sus padres. Se decidió crear la categoría debido a la importancia de construir una posible proyección del futuro del niño, ya que los padres son los que tienen mejores intenciones, deseos para sus hijos y además conocen sus habilidades y capacidades. Dentro del análisis se encontró relación entre el discurso del futuro del niño y su nivel de participación en las actividades sociales, lo que permitió la combinación de las dos categorías y sus derivadas subcategorías.

Como seres sociales, las personas se desarrollan para lograr la participación, la igualdad y la contribución de las metas personales y comunes. Hoy día “la defensa de la diversidad consiste en una constante búsqueda de soluciones inclusivas para el futuro de los seres humanos” (Gracia, 2003). En esta línea de pensamiento la categoría “futuro” se refiere a las expectativas de la integración del niño en el ámbito escolar y familiar, en el mercado laboral, como parte una participación en la vida social. La manera en que los padres visualizan a sus hijos en el futuro es positiva y optimista: (P1G1): “*Pa' mi hijo... pues que lo mejor que sea para su vida...*”

Como sus expectativas vitales son acerca de una vida independiente, donde los hijos van a ser activos y realizados en cuanto a la ocupación laboral, teniendo familia, uno de los entrevistados dice: “*P3G1: Pues que sea independiente, que trabaje... que tenga un hijo...*”

¹⁴ Según la ONU, la concepción del Desarrollo Integral propone conciliar los objetivos económicos y los sociales, para atenuar las discapacidades.

quiero que se cuide mucho, que se desarrolle y crezca, que estudie mucho y que trabaje para mantenernos a todos (ríe)...

Se crea un patrimonio que se construye a través de la inclusión social, donde las diferencias personales no significan motivos de discriminación ni de exclusión. Según García (2003) la visión idealista del futuro de los discapacitados se puede lograr cuando todas las personas vivan y sientan como iguales, cuando se sitúan igualdad de normas, procedimientos y actividades que permitirán una verdadera inclusión y solidaridad personal. Sin embargo, se encuentra una controversia con el discurso de los padres en cuanto a la “verdadera inclusión”.

P1G1: Tiempo para que la gente empieza a verlo bien...

P3G1: Tiempo para aceptar...

Esta falta de pertenencia al colectivo, Adell (2002) la denomina “exclusión”. El reconocimiento del “diferente”, así como su aceptación e inclusión requieren de tiempo e información, para que el “desconocido” pueda ser comprendido. En este sentido, queda mucho por hacerse, en cuanto a inversión de esfuerzos por parte de los miembros de la sociedad, hasta que pueda lograrse una comprensión del discapacitado y sus necesidades, una cohesión y respeto mutuo con el resto de los miembros.

El problema de la aceptación por parte de los demás, según Adell (2002), no reside tan solo en las disparidades entre los más favorecidos y los menos de la escala social. Los padres comparten la impresión de que el entorno social incomoda y al mismo tiempo limita los deseos de participación e inclusión en el grupo, al inducir actitudes de aislamiento y sentimientos de incompreensión. Esta barrera social crea una situación personal y familiar que demarca los dinamismos vitales como la afectividad, la confianza, y la reciprocidad en el grupo social con que residen.

P1G1: Pues pues ahorita se me está recordando que no lo he podido sacar, pero eso es lo que la sociedad no dispone, lo que uno pide y quisiera. Será difícil... y pues, desde que mi hijo es así requiere más, como más humanidad... Y tiene amigos de la primaria que le ayudan a salir, pero todavía falta en el barrio...

P2G1: A lo mejor le da miedo de estar con gente como nosotros, pero tienen que pensar, comprender, socializar, porque además tienen que pensar ¿por qué nosotros actuamos así? ¿Por qué nos escondemos a veces? ¿La gente no piensa o qué?

En los anteriores fragmentos se delinea el tema de la estigmatización social, ya que no aceptar de forma completa al otro, al discapacitado, es porque el socialmente diferente es difícil de ser comprendido. Según López (2007: 14) la discapacidad suele presentarse como algo excepcional, frente a lo normal, como algo cargado de negatividad, por eso los valores con que se asocia frecuentemente son de miedo, enfermedad, dificultad, tristeza, inferioridad. Dicha estigmatización se transparenta en la siguiente descripción de un entrevistado: “P4G2: Me decían (en la calle) ¿qué andas haciendo? Me decía ¿a dónde vas? Después le dije: al psicólogo ¿Al psicólogo? ¿Está loco o qué? Le dije: ¿por qué?”

El narrador refleja una opinión común sobre el apoyo psicológico que se provee a los discapacitados y sus familias. La etiqueta de “loco” señala el desconocimiento acerca del trato psicológico en cuanto a la terapia, la rehabilitación y la reintegración de los discapacitados en la sociedad. La falta de información y conocimiento acerca de la discapacidad es lo que produce reacciones de distancia y observación de lo “diferente” entre los discapacitados y los “normales”: *“P2G2: En la calle todos se le quedan viendo y no sé, no sé... es un muchacho igual.”*

Según Goffman (1968) las expectativas sociales que tiene la gente acerca de la “indeseable diferencia” es lo que produce estigma, al convertirla en alguien “menos apetecible” y hasta inferior con respecto a la figura de una “persona total y corriente”. Esta negación de comprensión y falta de solidaridad llega al extremo en algunas ocasiones: *“P1G1: Luego, hay gente que si estás (señala el niño discapacitado) o hay problema y se tapan los oídos, yo no sé... ¿y quién no tenga problemas y no lo hace?...”*

La escasa sensibilidad establece un comportamiento de ignorancia artificial del problema, lo que lleva a los narradores a interrogaciones inductivas y filosóficas: *“¿y quién no tenga problemas y no lo hace?”*, con lo que se justifica la situación de discriminación en que se encuentra el hogar y en particular el miembro discapacitado. La pregunta refleja la frustración que produce la incompreensión de tener un hijo discapacitado.

Es importante mencionar la imagen de la discapacidad que la gente percibe según el discurso de los padres. Se introduce una imagen visual del fenómeno, lo que en parte excluye los otros tipos de discapacidades que no tienen una expresión física o sensorial.

P3G1: A mi hijo no se le nota que tiene algo...¹⁵

S: A lo mejor depende de la discapacidad...

P3G1: Sí...

P2G1: Es que de ella es visual... La gente lo ve...

En cuanto la percepción social de la discapacidad, Goffman (1968) afirma que un de los estigmas corresponde a las “abominaciones del cuerpo”, lo que se relaciona con las situaciones empíricas en que se encuentran los discapacitados ante los ojos de las personas “normales”, ya que se acepta la convivencia física con los discapacitados, sólo cuando su forma no es notable.

Dentro del discurso de los padres en relación con la categoría “futuro del niño discapacitado” se encontró una ilusoria percepción de la realidad, lo que mostró una cronificación¹⁶ de la forma en que esperan que se desarrollen sus hijos. Los padres quieren ver a sus hijos de forma más común, con trabajo, familia, hijos, futuro. Su deseo de ver al hijo participando en la vida social se transforma de alguna forma en un deseo anormal, en cuanto la discapacidad, su diagnóstico y las capacidades del niño.

¹⁵ El niño tiene discapacidad mental, causada por hidrocefalia.

¹⁶ Gras y Hernández (2004) hablan del trauma crónico en los padres que resulta después del nacimiento de un niño discapacitado. Este trauma desequilibra su bienestar, lo que trae como consecuencia la errónea proyección del futuro del niño y un constante trato de “normalizar” su actitud.

P2G1: Yo quisiera que me hablara, que esté conmigo a gusto, que tengo nietos, que esté más adelantado... lo que pasa es que lo quiero mucho y quiero tenerlo para ponerlo que aprenda, pero ya me desespero porque quisiera... Ahorita, ahorita que sí cambia... psicológicamente y debido por sí.

Se observa una desesperación en el discurso del narrador, un deseo de cambiar la realidad, de normalizarla. La constante responsabilidad y asistencia especial que requiere el niño afecta la forma de sentir y reflexionar sobre su situación, ya que el agotamiento de la constante atención disminuye la sensibilidad y provoca pensamientos de búsqueda de soluciones para “normalizar” al niño: *“P5G2: Yo lo tenía en una escuela especial y estuvo también en escuelas particulares, porque como... como es... Cuando cumplió sus seis años, ya ve que lo ponen en el kinder y pues... nunca se pudo desarrollar...”*

El deseo de los padres de ver al niño “desarrollado”, al igual que otros niños, muestra la ilusión del control de la situación de la discapacidad, ya que se trata de “normalizar” aquello que no puede hacerse en vez de lo que se puede hacer. Esta situación se asocia a la excesiva dependencia de los padres y a la sobreprotección que éstos suelen dar al niño con discapacidad.

P5G2: Y le lavo sus dientes y le digo yo: mira, Beto. Le digo porque a veces anda uno de malas y cansada; le digo: ¡Tú te puedes lavar los dientes, Beto! Tú, no haces nada mijo, estas sentado todo el día. Pero no lo puedo hacer que se acostumbre, él a lavarse los dientes. Él se rasura, según él se rasura, yo como quiera lo baño y él...

P4G2: No, Beto, bien tranquilo.

P5G2: Haga de cuenta un niño, que si no lo hace, él no.

Tomados bajo la óptica de la discapacidad, los padres de niños discapacitados construyen una imagen de ellos como individuos que necesitan atención y vigilancia constante. Estas actitudes de protección crean en la persona una sensación de dependencia hacia el entorno familiar, lo que afecta los niveles de su autonomía, limita sus iniciativas y las inquietudes para explorar el ambiente. Es necesario considerar la forma en que los padres se comportan con sus hijos, ya que se observa una actitud como de niños que no van a crecer. La percepción que se tiene de la cotidianidad del niño se relaciona con las necesidades básicas y formas de diversión más comunes: *P5G2: “Él comiendo y viendo tele es feliz...”*

La noción de la vida, las reglas y las normas se les explican de forma dual y simple: “bueno-malo”, “lo que se debe y de no hacer”

P4G2: No mijito, es importante que... mira, compré esta camisa o este pantalón y me dice: ¿A ver por qué? Y dice: “porque me porto bien”. Él mismo dice.

P5G2: No tiene malicia ni nada.

Esta visión de los padres hacia “el niño que no crece” se relaciona con el temor que sienten ante el futuro en que ellos no van a estar para cuidarlos; no van a tener el control sobre los actos de los hijos; no van a ser dueños de las situaciones de riesgo en las cuales los hijos

pueden caer. La preocupación por el futuro está presente y se observa en el siguiente discurso:

P5G2: Pues, mire, yo el futuro, este, yo siempre le he pedido a Dios nuestro Señor que me no lo deje con vida porque nadie lo va a ver como lo vemos nosotros, aunque sean sus hermanos... Y eso es lo que me preocupa... Hasta se me va el sueño; hasta como a las dos, tres de la mañana me vengo quedando dormida...

P4G2: Sí porque, como ella o como nosotros, nadie lo va a ver...

En el discurso anterior se aprecia una realidad de alteraciones emocionales, donde la falta de creencia que alguien pueda ayudar y construir un mejor futuro para el niño discapacitado, resulta en reacciones diferentes de los miembros en el seno familiar. Lo que se espera es un futuro que tiene su terminación y se describe una realidad, con falta de esperanzas. El sentimiento de temor y preocupación por el futuro muestra al mismo tiempo un triste escenario donde el entorno social-familia, parientes, e incluso instituciones involucradas con problemáticas sociales, no se consideran como suficientemente “confiables” para proveer soporte para el crecimiento y la construcción de una vida digna e independiente del niño discapacitado.

La información de la categoría “futuro del niño discapacitado” y las relacionadas categorías y subcategorías “estigmatización”, “integración social”, “actitudes de los papás hacia los niños”, “visión de lo que la discapacidad es”, forma un cuadro analítico que refleja una situación en la cual los niños discapacitados y sus familias viven en un entorno que todavía no acepta a “los diferentes”, en donde los estigmas sociales dirigen las actitudes, las relaciones y las cercanías entre las personas, donde además los mismos miembros de la familia limitan al discapacitado en la construcción de su futuro por medio de la sobreprotección o de los temores que llevan a las familias a actitudes y pensamientos radicales.

4.2.3 Relaciones formales: instituciones y apoyos adicionales

Al hacer este trabajo se consideró pertinente analizar la información alusiva a las relaciones que se dan entre la gente discapacitada y las instituciones oficiales gubernamentales, ya ofrece una idea de la calidad de la atención que se recibe, e igualmente puede observarse el significado que esta gente le otorga a las organizaciones públicas mexicanas. Según la Ley General de Personas con discapacidad (2008), las acciones sociales tienen como fin el mejoramiento de las circunstancias del carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo. Las personas discapacitadas tienen derecho a la plena participación e igualdad de oportunidades en las actividades económicas y sociales, igualdad de acceso a la salud, a la educación y a los servicios de rehabilitación (Ley general de personas con discapacidad, 2008: Artículo 2). Bajo tales derechos, la integración de los discapacitados es una responsabilidad mutua: por un lado del Estado benefactor, y por otro lado, de la sociedad.

El hecho de que la discapacidad se defina como una condición que requiere de atención médica, rehabilitación y tratamiento individual¹⁷, hace que requiera también de una

¹⁷ Dentro de los conceptos legales acerca de lo que es la “Persona con discapacidad” y la “Rehabilitación”, (Ley General de las Personas con Discapacidad, 2008: Artículo 2).

estrategia de actividades especiales, basada en las deficiencias individuales. Sin embargo, la situación de pobreza y desempleo general obstaculiza el acceso de las familias a los servicios públicos para sus miembros discapacitados, ya que los servicios tienen su valor monetario, lo cual dificulta su uso: *P1G1: Es poco lo que se paga, pero a veces no se puede... y es poco.*

Las familias entrevistadas residen en casas que han sido otorgadas por el DIF como parte del proyecto municipal cuyo principal requisito para el repartimiento de casas ha sido la consideración de familias con miembros discapacitados. Los beneficiarios tienen que pagar una cuota mensual mínima, establecida en las obligaciones del contrato de dicho proyecto. Sin embargo, cabe mencionar que este apoyo otorgado por el gobierno municipal desarrolla una relación de falta de confianza y comportamiento negativo en cuanto al cumplimiento de las obligaciones beneficiarias y la “vigilancia” oficial institucional.

P1G1: A veces llegan del DIF. Nos “cuidaban”.

P2G1: Verdad..

P3G1: Cuatro veces, ¿verdad? (se dirige a las otras dos mujeres, buscando confirmación).

P1G1: Es como decimos nosotros: “Ellos quieren estar contigo mientras que se hacen artículos de manualidad, para que las desvalen”

P3G1: Pues, vinieron aquí solo para “sacarnos las trampas” (ríe).

La compra de la vivienda que el estado provee a las familias pobres con miembros discapacitados contradice en sí el corte asistencial de los apoyos sociales y las intenciones oficiales de independizarles, dándoles propiedad. Su actitud de constante vigilancia causa molestia y desconfianza producidas por el miedo que da la falta de seguridad de la vivienda, la cual está bajo el control de los agentes institucionales. Se muestra una forma de intervención por parte del DIF que rebasa los límites de la vigilancia normal, ya que se construye una relación inequitativa de poder y dependencia.

P2G2: Sí, nos amenazaban. Ya no podíamos ni hablar, si hablábamos bien, y siempre nos sacaban... siempre en la calles, siempre fuera de la casa.

P5G2: Sí, nos prohibieron hasta tener perros, gatos, pájaros...

P1G1: Todas ellas quieren checarlo todo, porque... es mas, te van a echar al DIF, como ya mandaron a los del DIF que así esta persona golpea a esta persona y que lo otro, ya ni puedes dejar a los niños solos, porque querían que estamos con ellos... Pero eso lo que pasó, en que estábamos nosotros... ¿nos iban a sacar o qué? Me decían que no me ponga en ese plan, porque “sabe que le podemos quitar la casa”.

De acuerdo con López Peláez (2006) las nuevas demandas de la población dependiente, o de las personas discapacitadas, deben ser resueltas en función de un principio básico de democracia, donde las instituciones deben de garantizar las condiciones mínimas del ejercicio de la condición del ciudadano, lo que implica el derecho de ser independiente y libre. Eso implica la dirección de las políticas sociales dirigidas particularmente a identificar y eliminar obstáculos para la participación completa de las personas discapacitadas, lo que les permita vivir de forma independiente y tomar las decisiones relacionadas con sus propias vidas. Dentro del discurso de los participantes se marca una trayectoria de ausencia de autonomía personal, causada por la situación de desempleo que

desvaloriza su rol como miembros plenos de la sociedad, lo que explica su obediencia de seguir las reglas de las instituciones de apoyo social:

P1G1: Pero eso, lo que pasó, en que estábamos nosotros... ¿nos iban a sacar o qué?

P2G1: Porque es difícil para nosotros encontrarnos trabajos...

El concepto de trabajo se puede interpretar como indicador de las percepciones de los participantes acerca de su posición y respeto en la sociedad. Se entiende que los sujetos se valorizan a través de la ideología política neoliberal¹⁸, donde cada uno aporta según sus posibilidades y el único derecho que se posee es depender del mercado laboral, que garantiza las condiciones necesarias para el avance económico y social¹⁹. De tal forma, los padres se sienten sin poder para intervenir y sin respeto por parte de los oficiales, ya que su papel en la sociedad depende de su estatus económico y la falta de ocupación laboral.

El discurso determina asimismo las relaciones entre las familias y los partidos políticos, donde se enfrenta la situación de atención cíclica, temporal y con carácter de uso mutuo. El interés por estabilizar una relación tiene iniciativas de ambos lados, ya que las familias buscan apoyo, comprensión, que se escuche su voz, y los partidos por su lado buscan el futuro electorado.

P5G2: Y hablar por teléfono de su cuenta... le hablo a fulano y le hablo a zutana, pero los candidatos, ni uno le hace caso... El PRI nos ayudaba mucho con las despensas de ellos, nomás entró el PAN y como que ya no.

P4G2: Allí es donde le paro, no sí, tienes razón, es que tratamos de no pasarnos de las cien llamadas para pagar, no me acuerdo que quintos; no, hay veces que sí me paso, que me prendo hablando, pensando que nos van a ayudar los del partido político. No nadie nos ayuda...

Mientras la búsqueda de apoyo por parte de las familias es constante, porque las necesidades no respetan tiempos, la búsqueda política de los discapacitados y sus familias tiene carácter temporal y está aplicada a periodos electorales: *"P4G2: Este año va a salir el alcalde, el señor Madero... vino como una o dos veces. Ahorita nadie nos hace caso y nadie se mete con nosotros, ni hace bien."*

El apoyo político refleja la actitud gubernamental dentro de los programas sociales, donde la prioridad tiene sus momentos de importancia y las acciones un carácter temporal en cuanto a la solución de los problemas. Si bien se muestra una política asistencialista, se crea una contradicción entre las acciones y objetivos de las políticas sociales, ya que lo que se ofrece es una ayuda mínima para que mejore la calidad de vida de las familias en un momento electoral, pero no se crea un camino de construcción de soluciones permanentes, lo que hace habla de una responsabilidad poco involucrada en la vida del grupo investigado.

¹⁸ Según Sieglín y Ramos Tovar (2009), los individuos son un efecto; están formados por la ideología que define las relaciones de poder entre los sujetos en una sociedad.

¹⁹ Carmen, A. (2004). "El estado de bienestar social y el neoliberalismo ante los derechos laborales". *Revista de Ciencias Sociales*, Vol X, No. 1, pp. 70-82.

Cabe mencionar la percepción de falta de camino que sienten las familias, ya que la situación en la que están las hace buscar modos de atraer la atención política, aun sabiendo el carácter temporal del apoyo. En este sentido se cuestiona el carácter de la política social empleada en este caso para matizar las necesidades y servir a intereses políticos temporales.

Dentro de las relaciones institucionales de las familias es importante mencionar la atención médica que reciben, ya que puede reflexionarse sobre su calidad y sobre la satisfacción y el nivel de confianza que tienen los discapacitados y sus familias en cuanto el cumplimiento de uno de sus derechos constitucionales: el de apoyo médico.

La gente discapacitada, por su condición, requiere de una mayor atención médica en cuanto el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de enfermedades que puedan agravar sus impedimentos físicos y mentales. De acuerdo con el discurso de las familias, falta compromiso a nivel institucional que pueda garantizar el mantenimiento de la salud de los discapacitados: *"P2G2: Y no siempre dan recursos, o más como para medicamentos."*

Esta situación es preocupante, ya que las condiciones de salud de los discapacitados, la mayor parte de las veces, requiere de una constante dependencia de medicamentos que regulan y ayudan su funcionamiento físico y mental.

Otra observación del discurso identifica la relación entre el médico y el discapacitado, donde se encuentran varias aportaciones negativas, en base a la experiencia vivida. Cabe mencionar la percepción que tiene la gente de la forma en que se atiende a los discapacitados ("como perros"), donde la culpa de la condición en que está el niño se relaciona con la calidad del servicio proveído. *"PIG1: Ya después de que no se ha aliviado mi hijo, por culpa de unos de los doctores en el hospital, y que sigue con sus síntomas hasta la fecha..."*

Los familiares no exigen una atención especial, sino un respeto, un trato normal, diferente a lo que viven "como si fueras de lo más bajo del mundo". La desvaloración del rol social del discapacitado pobre, según el modelo pobreza-discapacidad (2007), es lo que explica la negligencia médica²⁰, ya que se "desindividualiza" la aplicación particular de los servicios médicos y sociales. Esta falta de atención personalizada las familias la relacionan con el estatus económico que ocupan en la sociedad, debido a que su imagen es negativa, como de personas receptoras de atención gratuita, de dependientes de un sistema en el cual los servicios proveídos tienen precio.

P2G1: Aquí en México todo es privado y es muy caro, y el médico y el tratamiento y todo... y pos ellos nada más vienen por el dinero para que les paguen...

PIG1: Y en el hospital no se comportan bien. Una vez mi hijo acababa de salir de cirugía y tenía tres días despierta aquí... no lo inyectaron y esta vez, pues estaba mi marido allá en el hospital. Y hazte cuenta que allí la gente es dura porque no tienes paciencia con gente diferente... Esa no es la manera en que uno se debe juzgar. Entonces quedamos allí y de repente llegó la enfermera y mi hijo fue recién operado, y tenían que cambiarlo con lo de la cama y todo eso, y ellos llegan e hijole; llegan y hazte cuenta que mi hijo todo en vendas y ellos lo agarran como perro de los pies y la pierna. ¡Y mi hijo despierto!... Nombre, es muy

²⁰ Cuando el proveedor de servicios de salud no cumple con "la norma de cuidado" requerida.

difícil, y mi hijo grite y grite como que me entró mucha desesperación, se agarró a gritarle a ellas: ¡Bájalo! ¡Bájalo! Pero como ellas eran fresas no entendían. Entonces lo que él hizo ya desesperado, haz de cuenta, que le dio un trancazo a una de ellas y ya de volada, allí pos' empezó a llorar y empezamos a ver como estaba el niño recién operado. Estaba así y él se quedó así. No teníamos los recursos porque no éramos de aquí pa' que nos ayuden; no teníamos manera, ¿por eso vas a pisotearnos? No vas a estar tratándonos de esa manera, como quiera, y entonces me bajé con el de trabajo social y empezamos a hablar...

El acceso a los servicios de salud tiene su costo económico, lo que es el mayor obstáculo para obtener una mejor calidad de atención. Los entrevistados consideran que la pertenencia al sector clasificado como de escasos recursos precondiciona la conducta médica, de forma que el trato es negligente y de poca sensibilidad. Cabe mencionar que el trato de los médicos, según el discurso de los entrevistados, se basa en la “diferencia”, lo que indica una falta de aceptación y conocimiento sobre cómo atender gente con discapacidad.

Existe un concepto negativo acerca del sector de la salud pública, ya que se considera que las familias no reciben el apoyo necesario. Además, el personal médico se califica como “fresas”, lo que metafóricamente su incompetencia y falta de sensibilidad y conocimiento para trabajar con discapacitados. Esta doble crítica y discriminación (por un lado las familias con miembros discapacitados y por otro el personal médico) trae como efecto un mayor descuido de los discapacitados, ya que la experiencia emocional insatisfecha disminuirá en el futuro las intenciones de consulta médica. Tales experiencias reflejan además la política institucional hospitalaria, que prioriza a los clientes del sistema según características discriminatorias, lo que choca con los principios constitucionales del Programa Nacional del Salud en México 2007-2012²¹.

4.2.4 Las relaciones sociales como indicadores del rol y el valor social de los discapacitados

La discapacidad no es una situación solo individual o de la familia, ni solo del entorno, sino un fenómeno de toda la sociedad. Es un problema por el que la comunidad en su conjunto, al aceptar los “diferentes”, reconoce su valor social. Por medio de las relaciones entre los discapacitados, sus familias y otros miembros de la sociedad (vecinos y personal médico) se analizó el papel del discapacitado dentro de su ambiente, así como el grado de aceptación y respeto que tiene, los que indica su integración y el valor que la comunidad le otorga.

Barton (1998: 24) afirma que “ser discapacitado supone experimentar la discriminación, la vulnerabilidad y los asaltos abusivos a la propia identidad y autoestima... La discapacidad es una forma de opresión que implica limitaciones sociales”. De tal forma, el comportamiento hacia los “diferentes” ejemplifica el comportamiento común y aceptado,

²¹ Dentro del principal eje del plan se pretende una “democratización de la salud”, lo que implica generar condiciones para facilitar el acceso a los servicios a toda la población, independientemente de su situación económica o lugar de residencia. Esto se denomina “Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población”, partiendo de la equidad y la calidad de los servicios.

ya que las actitudes conductuales y sociales muestran en un primer vistazo la aceptación o no del diferente en el grupo: los vecinos y niños en la colonia conviven con los niños discapacitados para realizar juntos actividades de juego. Sin embargo, esta aceptación no es igual a integración, ya que el trato refleja generalmente la actitud de dirigirse a una persona de menos importancia y calidad.

P4G2: Pero que pienso que ellos (los vecinos) tienen una costumbre que ponen música y lo ponen a bailar (al niño discapacitado) y están risa y risa y risa...

P5G2: No, sí, sí se hablan muy bien, pero no sé, es que los niños de acá tienen otras...

P4G2: Otras costumbres...

P5G2: Eso a mí no me gusta, porque como le digo, lo buscan a Betito y se lo traen para acá, lo ponen a bailar y luego están risa y risa de él...

En el espacio público de la vecindad, los discapacitados se aceptan “como diversión de otra gente” (P5G2). Se muestra una falta de entendimiento de la discapacidad, de forma que el sujeto es devaluado. Esto deriva del hecho de que detrás de la “diversión” el niño discapacitado se percibe como distinto, como incapaz de hacer lo mismo que el resto de los niños, incapaz de jugar los juegos que manejan. Se le otorga entonces un rol teatrero, humorístico, lo que permite tener su “boleto de entrada” en el grupo.

Como se menciona en el discurso arriba, los niños vecinos muestran un comportamiento indirectamente negativo hacia los discapacitados, ya que se burlan de ellos. Cabe mencionar que los padres de niños especiales consideran y definen la actitud de los vecinos como “otras costumbres”, lo que lleva a la reflexión de que esta actitud es común y está aceptada en la comunidad como tal, de modo que se ha convertido en hábito.

Es importante hacer notar que además de la desvaloración del miembro discapacitado, las familias se encuentran en una situación de constante juzgamiento y observación por parte del entorno de los vecinos. Se percibe una doble discriminación, ya que la gente se aísla no solo de los discapacitados, sino de sus familias: “P2G1: A lo mejor les da miedo de estar con gente como nosotros, pero tienen que pensar, comprender, socializar... porque además tienen que pensar, ¿por qué nosotros actuamos así? ¿Por qué nos escondemos a veces?”

El discurso construye una línea de comunicación “ellos-nosotros”, donde la división se basa en la falta de comprensión de las dos partes: las familias consideran que la gente tiene que buscar la forma de acercarse y comprender su mundo, pero por otro lado los vecinos no pueden acceder, ya que las barreras son puestas por parte de las familias “escondiéndose”.

El discurso de los padres muestra el miedo de enfrentar la situación de desconocimiento por parte de los otros, ya que se trata de evitar el malestar de la incompreensión. Se acepta el sentido de ser una familia diferente, que requiere de una mayor comprensión, lo que sensibiliza su percepción de cada reacción externa (como la curiosidad, el simple acercamiento o cualquier conversación), algo que es visto con una carga negativa.

P5G2: Dicen que por qué lo tengo encerrado. No está encerrado; cuando me tocan la puerta a todos los pasos, pero no me gusta que se rían de él, no me gusta y tampoco que aprenda cosas, porque muchas veces dicen dime con quien andas y te diré quien eres...

P1G2: La gente te ve normal pero no saben. Si de repente estás bien unas veces quieres estar solo, y como los tenemos nosotros (los niños discapacitados). Lo que queremos nosotras es que traten de comprendernos; hay que pensar que una persona le pasa un accidente, no debemos de hacer eso, pero la gente lo piensa o no lo piensa. No sé...

Los otros, los vecinos, son los que tienen malos hábitos y comportamiento en los ojos de los padres. Se prefiere no “mezclarse” con ellos para que el niño no aprenda malos hábitos. Esta reacción de protección paterna tiene relación con el sentido de coherencia social que se asocia con un mejor ajuste moral, físico y social, ya que lo que se busca es una esperada “buena” actitud para sus hijos (de acuerdo con su entendimiento de lo que debe “ser”).

Para Antonovski (1987, 1991) el sentido de coherencia²² es “una orientación que expresa la posesión de un sentimiento estable y profundo, en la confianza de que los factores internos y ambientales pueden producirse, habiendo una alta probabilidad de que las cosas se comporten como razonablemente cabe esperar” (Lusting y Strauser, 2007). Esto incide igualmente en la creación de condiciones de actuar o permanecer pasivo ante comportamientos relacionados con la discapacidad y los problemas de actitud hacia los discapacitados.

Se observa un bajo sentido de coherencia entre las familias con miembros discapacitados y su entorno social, ya que las relaciones se basan en un bajo nivel de comprensión, donde – en voz de P1G1– “no te comprenden”. Lo anterior, según el modelo de pobreza-discapacidad, encierra emociones negativas que se asocian con una menor habilidad para manejar situaciones de riesgo, así como un menor esfuerzo para enfrentar situaciones que exponen su estado de salud. Por último, revela problemas de balance de conflictos con el mundo exterior.

De este modo el comportamiento de los padres encuentra explicación, ya que el encerramiento en casa es una consecuencia de la baja cohesión del barrio, pero al mismo tiempo es una medida que conlleva como resultado un aislamiento adicional del niño y de la familia en general, lo que obstaculiza su inclusión y desarrollo social.

²² El sentido de coherencia según Antonovski incluye tres conceptos básicos: nivel de comprensión, habilidad de manejar la situación, nivel de significancia.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

El presente estudio es una aproximación general de dos fenómenos sociales: la pobreza y la discapacidad, y la búsqueda de la relación causal en la presencia de discapacidad entre las familias pobres del área metropolitana de Monterrey. Se hace énfasis en las familias con miembros discapacitados, ubicadas en los polígonos de pobreza urbana, y los datos del análisis de la investigación se respaldan con fundamentos teóricos y conceptuales, a fin de describir y comprender con mayor profundidad la relación entre ambos fenómenos.

El modelo norteamericano de pobreza y discapacidad, de Strauser y Lusting (2007), se utilizó como base de orientación metodológica: diseño de estudio, técnicas utilizadas, recopilación de la información necesaria, elaboración de dimensiones y categorías preestablecidas de análisis. Cabe mencionar que el modelo no pudo aplicarse en su totalidad, dado que fue creado con base en características diferentes del contexto mexicano. Por tal motivo, dentro del presente capítulo se muestra un modelo particular, elaborado en base a los conocimientos y los resultados adquiridos durante todo el proceso de investigación.

El estudio se realizó en dos niveles de análisis: cuantitativo y cualitativo. Dentro del corte cuantitativo se hizo análisis descriptivo y correlacional de la información disponible: la encuesta realizada por SEDESOL en el año 2005 (ENDISP). Desde un punto de vista metodológico, el análisis cuantitativo nos permitió generalizar y deducir afirmaciones acerca de la importancia de la pobreza como factor multidimensional que influye y predispone la presencia de situaciones que pueden considerarse “de riesgo” para la salud.

El análisis cualitativo, por su parte, con el lenguaje de los entrevistados, construyó un punto importante en la comprensión subjetiva de la discapacidad y su carácter dependiente del entorno social. Las vivencias obtenidas como resultado de la combinación “discapacidad en contexto de pobreza” mostraron el lado específico de la discapacidad, como lo indica el rol y el significado que el discapacitado pobre tiene dentro de la sociedad.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la muestra aleatoria del estudio de pobreza y discapacidad en Nuevo León (2005) incluye 2043 hogares, de los cuales en el 51.4% hay miembros con alguna discapacidad (tabla 6). Este número representa una alarmante situación, donde la búsqueda tiene que girar alrededor de las causas que implican su alta incidencia. Esto quiere decir, como indican Jenkins y Rigg (2003), que existe un efecto pre-selectivo para la gente que padece discapacidad, que deriva del contexto en que viven.

El estudio cuantitativo buscó la comprobación de las hipótesis diseñadas en el planteamiento del problema, donde se discutió y cuestionó el impacto causal de la pobreza en cuanto al aumento del riesgo de la discapacidad y de la vulnerabilidad económica, social y de salud de la gente.

Los hallazgos del análisis descriptivo mostraron que aunque la mayoría de los hogares cuenta con su propia vivienda y comodidades de servicios, no se puede hablar de buenas condiciones de vida en el sentido definido por la Organización Mundial de la Salud, ya que la situación económica (bajos ingresos y desempleo); la situación de salud (poca asistencia y búsqueda de servicios médicos); así como el estado de salud (una significativa presencia de variedad de enfermedades) describen un imagen desventajosa de las condiciones de vida.

Cabe señalar que aunque existen instituciones y diferentes programas sociales que ayudan a los hogares a recibir apoyo adicional, los usuarios de estos servicios son menos del 20%, lo que indica una limitada cobertura de la población que lo requiere. Además, el apoyo en sí, resulta insuficiente, ya que el monto mensual que reciben las familias es menos de un salario mínimo. Lo anterior, agregado al hecho de que la mitad de la población investigada es desempleada, requiere acciones de política social cuya finalidad pueda lograr el bienestar y el desarrollo económico y humano de las personas (*PND 2007-2012*).

El efecto de la pobreza se nota en la presencia del alto número de discapacitados en los polígonos, en las enfermedades que padecen y en la asistencia a centros médicos. La influencia de factores económicos, administrativos, políticos y socioculturales (como es el acceso a los servicios de salud, la accesibilidad a los servicios de pago, la política y el sistema administrativo de la salud pública, y la actitud hacia los pobres y los discapacitados) describe un perfil del usuario público con muchos obstáculos para poder recibir apoyo médico y prevenir situaciones de riesgo.

La discapacidad, como problema de salud pública, ha tenido una influencia directa por parte de los programas de gobierno como es el seguro popular y los diferentes proveedores de servicios de salud. Sin embargo, los resultados estadísticos muestran que no hay una

cobertura médica suficiente (tabla 29), lo que puede considerarse como una falla en el sistema público de salud e ineficacia de los programas anunciados.

Desde la perspectiva de Urquieta-Salomon, Figueroa y Hernández-Prado (2008) se afirma la importancia de la intervención pública y de la atención médica, ya que de esto depende el propio entendimiento de la salud y la información sobre las medidas posibles que se pueden tomar en cuanto a la propia prevención.

Por lo anterior, el efecto de la pobreza de vulnerabilizar a quienes la viven, tiene una dimensión social, ya que las limitaciones económicas y de salud pública construyen un imagen de otras limitaciones como son la exclusión y la discriminación, cuyos principales indicadores son la falta de acciones políticas gubernamentales y de programas sociales de mayor cobertura y resultados para los beneficiarios.

Por otro lado, los hallazgos cuantitativos encontraron una relación positiva entre las condiciones económicas, el estado de salud y la actitud propia hacia la salud, indicada por el uso mismo de los servicios médicos. Aunque la relación no mostró una causalidad fuerte, su carácter positivo señala que se reconoce la importancia del factor económico para el desarrollo físico, en particular ante la presencia de discapacidad.

Las variables usadas en estas pruebas son representativas para los dos fenómenos, sin embargo no son las únicas que construyen sus "esqueletos" conceptuales. Esto explica por qué una fuerte relación entre pobreza y discapacidad, tomada desde la perspectiva de dichas variables, no pudo comprobarse, ya que sus naturalezas multidimensionales requieren un enfoque más amplio, con más indicadores por investigar.

El análisis de la información obtenida con las entrevistas logró, no obstante, determinar otros factores importantes que enriquecieron la construcción del modelo de los factores de pobreza que predisponen la discapacidad como fenómeno social. La combinación de consideraciones ambientales, individuales, culturales y sociales, de acuerdo con el discurso de los entrevistados, constituye la aproximación por comprender el carácter de la discapacidad y sus relaciones con el entorno social.

Es importante mencionar que la satisfacción de las necesidades individuales y sociales, como parte del concepto "calidad de vida", cumple un rol significativo ante la presencia de la discapacidad. Se encontró que, aunque la calidad de vida es una percepción individual, los participantes comparten una visión común en cuanto a la importancia de los recursos económicos para el desarrollo integral de la persona, incluyendo acceso a servicios escolares, oportunidades laborales, integración y participación en la vida social.

Los análisis confirmaron la doble desventaja de los discapacitados pobres, ya que sienten y viven bajo una doble discriminación, formando parte de dos grupos vulnerables en la sociedad: el de los pobres y el de los discapacitados (Wolfenberger, 2000; citado por Strauser y Lusting, 2007).

De acuerdo con la postura de la OMS sobre el concepto de "calidad de vida" se puede comentar, a partir de las condiciones de vida y las experiencias vistas, que la satisfacción de

las necesidades individuales y sociales de las personas con discapacidad no han sido cumplidas, ya que queda mucho por hacerse para lograr la verdadera inclusión social y el acceso a los servicios escolares, las oportunidades laborales y el mejoramiento de los servicios sociales que les proveen apoyo.

A pesar de que las familias viven en situación de pobreza patrimonial, el discurso de los entrevistados deja claro el mensaje de que la calidad de los productos y servicios que se les ofrecen no garantizan lo necesario para el desarrollo físico y social de los miembros de la familia, en particular de los miembros discapacitados, lo que repercute en la participación en actividades escolares, la compra de medicamentos, etcétera.

Otra desventaja para los hogares pobres con miembros discapacitados, que cabe mencionar, es la estigmatización por parte de la sociedad, lo que lleva como consecuencia actitudes de discriminación también para sus familias. Esta “falta de representatividad”, como la denominan Nolan y Ganon (2006) de las familias y sus miembros en el entorno social resulta en una reacción de “doble exclusión”, ya que las mismas familias elaboran actitudes de sobreprotección ante “los demás”, hacia “los otros”. Se crea un escenario de grupos de “diferentes”, donde la desigualdad económica y el estigma social impiden el proceso natural de inclusión social.

Los hallazgos encontrados muestran cambios internos dentro de la familia, como resultado de la exclusión. Toman entonces una postura de “normalizar” al miembro discapacitado, en cuanto a su educación y actitudes hacia los otros, su ocupación laboral, su visión de conformar una familia, con el fin de lograr una mayor aceptación de su diferencia. Esta actitud muestra la percepción que tiene la sociedad de cómo debe de ser una persona para que sea aceptada en el grupo, lo que Goffman (1968) explica con las “abominaciones del cuerpo”, o que una persona “diferente” sea aceptada solo cuando su diferencia no es notable.

Sin duda alguna el análisis cualitativo de la investigación adquiere una parte importante del modelo de Staruser y Lusting (2007), ya que se logró una mayor aproximación y profundidad en la comprensión del rol social que tiene la gente en doble desventaja: ser pobre y discapacitado a la vez. El relacionar el rol social con la discapacidad y la pobreza implicó retomar diferentes indicadores: por un lado las relaciones con el Estado y las instituciones oficiales, y por otro, las relaciones sociales con gente del entorno en el que viven.

La experiencia institucional de las familias mostró una incongruencia entre los objetivos oficiales de apoyo social y las actitudes particulares de los funcionarios que representan en la práctica las políticas de las organizaciones gubernamentales. Las familias perciben la atención oficial como insuficiente, inadecuada y discriminatoria, ya que el resultado del contacto consiste en la falta de confianza en los proveedores de los servicios de apoyo social; una sensación de falta de sensibilidad con el problema que padecen las familias; la creencia de que la atención tiene una duración temporal; y además, que ésta se determina por el estatus económico y la gravedad de la situación problemática.

La desvaloración del discapacitado pobre es un efecto con doble lado, ya que las relaciones sociales dentro de la comunidad también muestran una falta de comprensión y actitud hacia el diferente, de modo que se deprecia y deshumaniza su presencia. Se puede hablar de una nueva forma de inclusión de los discapacitados, una inclusión por su diferencia, una inclusión con el fin de “divertirse con” y “burlarse” del diferente. Esta situación trae como efecto un cerramiento y alejamiento de las familias con miembros discapacitados de las familias “normales”, lo que produce una falta de unión social y comprensión a la situación de convivir con gente diferente.

En base de lo concluido sobre el rol social que se da a la gente en un contexto de escasos recursos, se puede enfatizar sobre la importancia que tiene el contexto económico para el reconocimiento social de las personas. De acuerdo con lo discutido hasta el momento se justificó uno de los objetivos de este trabajo: que la pobreza es un factor determinante en la construcción de redes sociales, como es por ejemplo la relación entre las personas vulnerables y el acceso a los servicios públicos. Tal relación señala los obstáculos que son para la gente que vive en pobreza acceder y tener mejor calidad de asistencia pública, así como al apoyo médico hospitalario, el apoyo social que provee el DIF, etcétera.

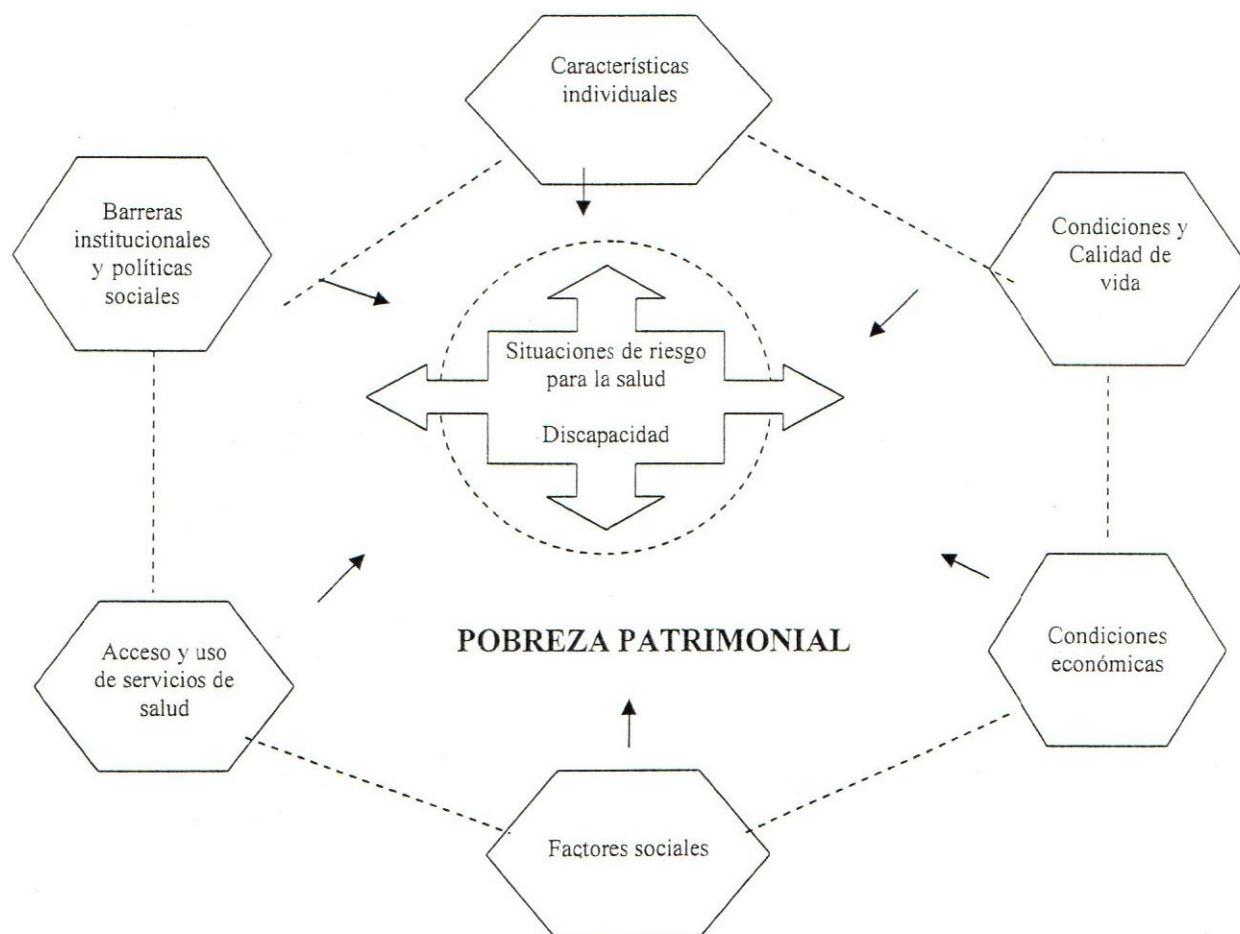
Esto tiene un efecto directo y negativo para los usuarios por las consecuencias en cuanto a su bienestar físico y social. También se crea una falta de cohesión social debido a la doble desvaloración dada por los mismos miembros de la comunidad a los “diferentes” en la sociedad, lo que indica un problema de dos niveles: estructural e intersocial (entre los miembros de la sociedad).

5.1 Modelo explicativo del estudio

De acuerdo con los hallazgos del estudio se construyó el modelo explicativo de la relación pobreza-discapacidad, donde los factores con mayor importancia son indicados por su efecto directo ante la presencia de la discapacidad.

A continuación se presenta el modelo:

Figura 4. Modelo explicativo del estudio



Fuente: Elaboración propia

El modelo presenta seis grupos de factores que predisponen situaciones de riesgo para la salud y la presencia de la discapacidad:

Condiciones de vida y calidad de vida: dentro del concepto elaborado por la OMS, los indicadores de este grupo son: el número de personas en la vivienda; la administración de los gastos entre los miembros de la familia; el ambiente sin contaminación; la alimentación nutritiva; la participación escolar y laboral; el acceso a servicios y lugares públicos; la integración social.

Características individuales: se consideran las predisposiciones genéticas y de nacimiento; enfermedades que se padecen con mayor frecuencia; la responsabilidad personal en cuanto su propia salud.

Factores sociales: se refiere a la estigmatización social; la desvaloración del rol social; la exclusión y la discriminación de los vulnerables en la sociedad.

Condiciones económicas: se incluyen los recursos económicos y los apoyos adicionales con que se dispone; las oportunidades laborales y el tipo de la actividad que se realiza.

Servicios de salud: acceso y uso de los servicios.

Barreras institucionales: se refiere a la accesibilidad y la calidad de los apoyos públicos; el trato institucional.

Todos los factores funcionan en un ambiente de pobreza patrimonial, donde las relaciones entre los grupos son de carácter múltiple, lo que significa que cada factor está relacionado de forma equitativa con los otros factores y que cada uno de ellos tiene efecto directo ante la presencia física o social de la discapacidad.

En sí, la cadena de factores simboliza el efecto de “bola de nieve” donde se enfatiza el simple hecho de que cada factor está acompañado en su efecto por al menos dos factores más, lo que resulta en una cadena de consecuencias para los grupos de personas que viven en desventaja económica.

Los factores del modelo son riesgos para la presencia de la discapacidad como un fenómeno social, ya que las barreras institucionales, los problemas económicos, las condiciones de vida, son obstáculos que limitan el acceso o el derecho de usar servicios públicos y sociales. De esta manera, de acuerdo con los hallazgos cualitativos del análisis, las condiciones económicas han sido un obstáculo para que los informantes puedan tener acceso a servicios médicos, escuelas con atención especial para los niños discapacitados, alimentarse bien y nutritivamente.

Las consecuencias de los obstáculos mencionados determinan la calidad de vida y el rol social de las personas, ya que de no lograrse la satisfacción de las necesidades básicas y sociales, esto genera riesgos para el bienestar físico, lo mismo que exclusión social e insensibilidad institucional.

Cabe mencionar que la discapacidad también se relaciona de forma “múltiple” con los grupos de factores, ya que el carácter de desventaja social lleva como consecuencia la presencia de alguno de los factores mencionados. Este carácter de doble influencia entre los factores indicados y el fenómeno de la discapacidad es la característica principal del binomio pobreza- discapacidad, ya que no se puede salir del círculo vicioso entre los dos conceptos. Así por ejemplo, la discapacidad es un obstáculo para las personas discapacitadas y sus padres, de incluirse en el mercado laboral, lo que de forma directa

determina e influye en su estado económico y el acceso a servicios públicos que tienen carácter monetario. La desventaja económica que padecen las familias con miembros discapacitados es un factor de doble exclusión y discriminación, ya que las personas se categorizan como doblemente vulnerables: de escasos recursos y con discapacidad.

5.2 Sugerencias para futuras investigaciones

Una de las contribuciones básicas de la presente investigación es la determinación de los principales factores contextuales de la pobreza urbana que influyen en la presencia de situaciones con mayor riesgo para la salud.

Debido al complejo carácter de la pobreza como fenómeno social, no se pudo destacar cuál de sus múltiples dimensiones tiene mayor efecto en relación con la salud de la gente. En tal sentido queda abierta para futuras investigaciones la profundización en una de las representaciones de la pobreza y el analizar su impacto en cuanto a la presencia de enfermedades crónicas y discapacidades. Cada factor en el modelo elaborado puede ser un nuevo campo de investigación dentro del área social y académica.

Otra línea de investigación puede situarse en el estudio comparativo entre los estratos sociales y la frecuencia con que se encuentra en ellos la discapacidad. Esta comparación dará mayor razón a la hipótesis "Los ingresos tienen una relación positiva y causal ante la presencia de la discapacidad". Además un estudio de este tipo puede explicar con mayor detalle los factores que intervienen en el estado de salud, y qué efectos y consecuencias tienen en cuanto el desarrollo físico y social de las personas que viven en dichos contextos.

No debe de olvidarse como tema de interés el lado social de la discapacidad, su representación en la sociedad, las perspectivas y percepciones de los mismos discapacitados como reflexión sobre su grado de integración social. En su totalidad el fenómeno de la discapacidad tiene rasgos físicos y sociales para la persona que la padece. Sin embargo su efecto social lleva como consecuencia exclusión y discriminación para toda la familia del discapacitado. Esta injusticia social, con raíz la discapacidad de una persona, aumenta sus fronteras, determinando nuevos factores, razones y efectos para investigar y explicar.

5.3 La relación pobreza-discapacidad y su atención por parte del Trabajo Social

Según la definición internacional y el objetivo general del Trabajo Social, la profesión del Trabajador Social "promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para lograr un mayor bienestar. Haciendo uso de las teorías sobre comportamiento humano y sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en aquellos puntos en los que las personas interactúan con sus respectivos entornos. Los principios de derechos humanos y justicia social son fundamentales para el Trabajo Social" (IASSW y IFSW: 2001).

Se destaca el rol del "promotor" de la profesión, lo que indica que el trabajo social a través de las investigaciones puede contribuir al desarrollo informativo y científico de los profesionistas, lo que permitirá una mayor sensibilización con la temática y el problema de investigación. Todas las acciones están dirigidas hacia el cambio social, lo que dentro del área de la investigación puede materializarse en trabajo de campo, acciones para el mejoramiento de las prácticas de trabajo con los grupos de pobres y discapacitados, así

como propuestas de mejoramiento de las políticas sociales dirigidas a la creación de normas y servicios con el fin de mejorar las condiciones de vida de los grupos vulnerables.

El modelo social de la discapacidad requiere de un enfoque más amplio de trabajo, donde las necesidades y las condiciones cotidianas de la gente requieren asimismo de un diagnóstico detallado y profundo. En tal sentido el Trabajo Social puede trabajar en la elaboración de un modelo de diagnóstico especial, enfocado en la detección de necesidades de este grupo de población, tomando en cuenta la importancia de colaborar en un futuro con un equipo interdisciplinario (dentro de la etapa de intervención), ya que la discapacidad y la pobreza son fenómenos que ameritan atención desde diferentes áreas del conocimiento.

BIBLIOGRAFIA

- Abberly, P. (1998). Trabajo , utopia e insuficiencia. En L. Barton: *Discapacidad y Sociedad*. Ed. Morata, Madrid
- Adell, B (2002) Exclusión Social: origen y características. *Curso Formación en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos*, Murcia.
- Amate, A. y Velásquez, A. (2006). *Discapacidad: Lo que todos debemos saber*. Washington: Organización Panamericana de Salud.
- Asociación de Desarrollo Humano de México A.C. [en línea].
<http://www.adehum.org.mx/> (página consultada el 24 de marzo del 2008).
- Banco Mundial (2000-2001). *Attacing poverty*. Anual report
[en línea] <http://www.worldbank.org/html/extpb/2001/wbar2001.htm>
(página consultada el mes de agosto de 2008).
- _____. (2004). *Discapacidad y desarrollo inclusivo en América Latina y el Caribe*
[en línea] <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,contentMDK:20286156~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html> (página consultada el mes de noviembre de 2007).
- Barba, C. (2006). *¿Reducir la pobreza o construir ciudadanía social para todos? América Latina: Regímenes de bienestar en transición al iniciar el siglo XXI*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Barnes, C. (1998) "III. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental". En: Barton, L. *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Ediciones Morata.
- Barton, L. (1998). "I. Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos". En: *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Ediciones Morata.
- Beltrán, M. (2003). "Funcionalismo, estructuralismo, teoría de sistemas". En: Giner, S. (coord.). *Teoría sociológica moderna*. Pp. 75-94. Barcelona: Ariel.
- Boltvinik, J. (1994). "La pobreza en América Latina. Análisis crítico de tres estudios". En: *Frontera Norte*. Vol.6, No.1, pp.31-60. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- _____. (2003). "Conceptos y medición de la pobreza. La necesidad de ampliar la mirada". En: *Papeles de Población*. Núm. 38, pp.9-25. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

- Boshlaugh, S. (2007). *Secondary data sources for public health: A practical guide*. Cambridge University Press [en línea] http://assets.cambridge.org/9780521870016/excerpt/9780521870016_excerpt.pdf (recuperado de la web en noviembre de 2008).
- Brancho, M. y Garcés Ferrer, J. (1996). *Administración social: servicios de bienestar social*. Pp.11-12. Madrid: Siglo XXI.
- Cáseres, J. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson.
- Casado, D. (1995). *Ante la Discapacidad: Glosas Iberoamericanas*. Buenos Aires: Lumen.
- Carmen, A. (2004). "El estado de bienestar social y el neoliberalismo ante los derechos laborales". En: *Revista de Ciencias Sociales*. Vol. X, No. 1, pp. 70-82.
- Cattáneo, A. (2000). Ponencia presentada en las Jornadas de Nutrición organizadas por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Consejo de Desarrollo Social (2005). *Segundo informe de actividades* [en línea] http://www.nl.gob.mx/pics/edito/multimedia/52725/INFORME_DesSocial2005.doc (recuperado de la web el mes de marzo del 2007).
- _____ (2005). *Apoyo a personas con discapacidad* [en línea] <http://www.nl.gob.mx/?P=apoyodiscapacidad> (recuperado de la web el mes de noviembre del 2007).
- _____ (2006). *Focalización espacial de la pobreza Patrimonial* [en línea] <http://www.itesm.mx/egap/cp/pres/15pres.pdf> (recuperado de la web el mes de abril del 2008).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (2006). *El CONEVAL reporta cifras sobre la evolución de la pobreza en México*. No. 001, México [en línea] http://ceidas.org/documentos/Centro_Doc/Comunicado_CONEVAL_evolucion_pobreza.pdf (recuperado de la web el mes de agosto del 2008).
- Creswell, J. (2008). *Research Design*. Los Angeles: SAGE.
- Dudzik, P., Elwan, A. y Metts, R. (2000). *Disability Policies, Statistics, and Strategies in Latin America and the Caribbean: A Review* [en línea] <http://www.iadb.org/sds/doc/Rev2bEditedDisability-PolicyDudzikElwanMetts.pdf> (recuperado de la web el mes de marzo del 2008).

- Escobar, A. y Gonzales de la Rocha, M. (2002). *Evaluación cualitativa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México [en línea] <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=336139> (recuperado de la web el mes de septiembre del 2008).
- Flores, G. (1999). "El modelo médico y el modelo social de la discapacidad: un análisis comparativo". En: Ribeiro, M. y López, R. *Políticas sociales sectoriales: tendencias actuales, Tomo II*. San Nicolás de los Garza: UANL.
- Fonseca, R. (2001). "Integración social y equidad en la perspectiva del desarrollo humano". En: PNUD, 1ª.ed., pp.11-29. Tegucigalpa [en línea] http://www.undp.un.hn/publicaciones/coleccion/DH_1.pdf (recuperado el día 1 de mayo de 2009).
- García, R. (2003). *El futuro de las personas con discapacidad en el mundo*. Ed. Fundación ONCE y Capítulo Español del Club de Roma
- Gil, J. y otros (1994). *Espacio urbano y salud*. México: Universidad de Guadalajara.
- Goffman, I. (1968). *Estigma. La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrurtu editores.
- Gras, R & Hernández, R. (2004, junio). Mujer y salud: Trauma y cronificación en madres de discapacitados. *Anales de psicología*. Vol.20, Núm. 1, pp.47-54. Universidad de Murcia
- Gutiérrez, G. (1985). *Metodología de las ciencias sociales II*. México: Harla.
- Human Rights Worldwide Organization (2003). *World Report 2003* [en línea] <http://www.hrw.org/wr2k3/americas8.html> (recuperado de la web en el mes de noviembre del 2007).
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2000). *XII Censo General de población y vivienda* [en línea] http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_INEGI_XII_Censo_general_de_poblacion_y_vivie (recuperado de la web el mes de noviembre del 2007).
- _____ (2000). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* [en línea] <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/metodenigh2000.pdf> (recuperado de la web el mes de agosto del 2008).
- _____ (2001). *Presencia del Tema de Discapacidad en la Información Estadística, Marco Teórico-Metodológico*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

- _____ (2005). *XII Censo General de población y vivienda. Resultados definitivos*
 [en línea]
<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/integracion/inegi324.asp?s=est&c=11722> (recuperado de la web el mes de agosto del 2008).
- Jenkins, S. y Rigg, J. (2003). "Disability and Disdvantage: selection, onset and duration effects". En: *Center for Analysis of Social Exclusion (CASE)* [en línea]
<http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/CASEpaper74.pdf>
 (página consultada el 21 de abril de 2008).
- Jiménez, M., Gonzales y P. Martín, J. (2001). "International Classification of Functioning, Disability and Health". En: *Revista Española de Salud Publica*. Vol. 76, No. 4. Madrid [en línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272_002000400002_&lng=en&nrm=iso (recuperado de la web en febrero de 2008).
- Kasnitz, D. y Shuttleworth, R. (2001). "Anthropology in disability studies". En: Rogers, L. y Swadence, B. *Semiotics and Disability: Interrogating categories of difference* [en línea]
<http://books.google.com/books?hl=bg&lr=&id=iq9fWwkTO8sC&oi=fnd&pg=PA19&dq=%22Kasnitz%22+%22Anthropology+and+disability+studies%22+&ots=fmjltKbdZi&sig=7uoRmajD3-lDNBCrh6mjDbZnRS4#PPR5.M1> (recuperado de la web el mes de abril de 2008)
- LASSW y IFSW (s/f). Supplement of International Social Work. *International Definition of Social Work Profession*. Pp.88/128
- Laundry, M. y otros (2007). "Poverty, disability and human development. A global challenge for physiotherapy in the 21th century". En: *Physiotherapy*. No. 93, pp. 233-234. Recuperado el 27 de diciembre de 2007 de la base de datos EBSCO HOST Research Database.
- Ley de Asistencia Social (2004). Artículo 3 [en línea]
<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPD.pdf>
 (recuperado de la web el mes de abril de 2009)
- Ley General de las Personas con Discapacidad. (2008). Artículo 2 [en línea]
<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPD.pdf>
 (recuperado de la web el mes de abril de 2008)
- López, A. (2006). "Democracia, discapacidad y dependencia: ¿qué papel juega la noción de ciudadanía en las declaraciones y recomendaciones internacionales?" En: *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, No. 65, pp.13-23. Madrid.

- Lusting, D. y Strauser, D. (2007). "Causal Relationship between Poverty and Disability". En: *Rehabil Couns Bull.* No. 50, pp. 194-202. Recuperado el 26 de diciembre de 2007 de la base de datos EBSCO HOST Research Database.
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Lincoln, Y. y Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Maxim, S. (2002). *Métodos cuantitativos aplicados a las ciencias sociales*. Editorial Cátedra.
- Mendicoa, G. y Veneranda, L. (1999). "II. 2. Perspectivas para una concepción emergente de la pobreza". En: *Exclusión y Marginación Social. Nuevas perspectivas para su estudio*. Buenos Aires: Secretaría de Desarrollo Social.
- Montagt, T. (2000). *Política Social. Una Introducción*. Capítulo 1, pp.19-27. Barcelona: Ariel.
- Nachmias, D. y Nachmias, C. (1981). *Research Methods in the Social Sciences*. 2a edición. St. Martin's Press
- Nussbaum, M. y Sen A. (1996) *La calidad de vida*. Pp. 29-118. México
- Oliver, M. (1998). "II. ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?". En: Barton, L. (comp.), *Discapacidad y Sociedad*. Pp. 34-58. Madrid: Ediciones Morata.
- Olazábal, T. (1994). "Condiciones espaciales de la pobreza urbana y una propuesta para su disminución". En: *Frontera Norte*. Vol.6, No.1, pp.61-76. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Organización Mundial de Salud (2002). The *international classification of functioning, disability and health* [en línea] <http://www.who.int/classifications/icf/en/http://www.who.int/classifications/icf/site/intros/ICF-Eng-Intro.pdf> (recuperado de la web el mes de noviembre del 2007).
- Organización de Inclusión Internacional (2004). *Reporte anual* [en línea] <http://www.inclusion-international.org/sp/> (recuperado de la web el mes de noviembre del 2007).
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* [en línea] <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/overview.html> (recuperado de la web el mes de noviembre del 2007).

http://www.onu.org.pe/Upload/Documentos/unfpa_youth_swop_spa.pdf
(recuperado de la web el mes de abril del 2008).

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (2007). Presidencia de la República, México
[en línea]
<http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=cuerpos-policiacos>
(página consultada el día 24 de agosto del 2008).

De Lorenzo, R. (2003). *El Futuro de las Personas con Discapacidad en el Mundo*. Ed:
Fundación ONCE y el Capítulo Español del Club de Roma

Real Academia Española (2008). *Diccionario de la lengua española*
[en línea] <http://www.rae.es/rae.html>
(recuperado de la web el mes de noviembre de 2008).

Ritzer, G. (2005). *Teoría sociológica clásica*. 3ra. edición. Madrid: McGraw Hill.

Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistemática*. Barcelona: Gedisa

Sáenz, O. y Schteingart, M. (1991). Ambiente, salud y pobreza urbana: una perspectiva para el estudio de los asentamientos populares. En: *Demos, No. 4* [en línea]
<http://www.ejournal.unam.mx/dms/no04/DMS00416.pdf> (recuperado de la web el mes de abril de 2008).

Sampieri, R. (2006). *Metodología de investigación*. 4ta edición. México: McGraw-Hill.

SEDESOL (2003). *Medición del desarrollo: México 2000-2002* [en línea]
http://sedesol2006.sedesol.gob.mx/subsecretarias/prospectiva/medicion_pobreza/mediciondesarrollo2002.pdf (revisado el día 29 de abril de 2009).

Segundo Informe Gobierno Municipal 2003-2006 (2006) [en línea]
<http://www.monterrey.gob.mx/pdf/fraccion11/2doinforme.pdf> (recuperado el día 1 de mayo de 2009).

Sieglin, V. y Ramos, M. (2009). "Políticas identitarias, reformas educativas y salud mental en el magisterio mexicano". Pp. 139-160. En: *Identidades corporativas y profesionales*. México: Ed. UNAM.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2004). "Situación actual y perspectivas de los derechos de la infancia y la adolescencia en México". En: *Primer Foro Nacional*, No. 2. México [en línea]
www.dif.gob.mx/downloads/Infancia/ForoNacionalInfancia.pdf (recuperado de la web el mes de agosto del 2008).

Social Policy Research Unit. (2007). *Outcomes por Parents with Disabled Children*.
University of York, England.

- Solano, L. (2005, abril). "La ceguera es la segunda causa de discapacidad en México: INEGI". En: *La Jornada*. <http://www.jornada.unam.mx/2005/04/29/a03n1cie.php> (recuperado de la web el mes de abril del 2008).
- Székely, M. (2005). *Números que mueven al mundo: La medición de la pobreza en México*. Pp.13. México: Coeditores.
- Székely, M. (2007). "Una nueva percepción de la discriminación en México". En: *Este País*. No. 190. Recuperado el 27 de diciembre de 2007 de la base de datos INFOURMEX.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Piados Ibérica.
- Tortosa, J. (1993). *La pobreza capitalista*. pp. 56-64. Ed. Tecnos.
- Urquieta-Salomon, J. y otros (2008). "El gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad: un análisis en población pobre de México". En: *Salud Pública México*. Vol. 50, No. 2, pp. 136-146 [en línea] http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200007&lng=es&nrm=iso (recuperado de la web en abril de 2008)
- United Nations Development Programme (2007). *Human Development Reports*. Sitio de Naciones Unidas [en línea] <http://hdr.undp.org/en/humandev/> (página consultada el día 28 de marzo del 2008).
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease* [en línea] http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf (recuperado de la web el mes de noviembre del 2007)
- _____. (2000). "Estimates of DALE in 191 countries: methods and results". En: *Global programe of evidence for health policy*, No. 16, pp. 1-80. [en línea] <http://www.who.int/healthinfo/paper16.pdf> (recuperado el 21 de marzo de 2008).
- _____. (2007). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Génova, 1946. [en línea] http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (recuperado el 13 de abril de 2008).

ANEXO 1. TABLAS DE SERVICIOS

Tabla 29. Luz

LUZ

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	2029	99.3	99.4	99.4
	no	13	.6	.6	100.0
	Total	2042	100.0	100.0	
Missin	9	1	.0		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 30. Agua

AGUA

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	dentro de la vivienda	1710	83.7	83.9	83.9
	fuera de la vivienda,				
	dentro del	224	11.0	11.0	94.9
	de la llave	30	1.5	1.5	96.3
	no disponen				
agua	75	3.7	3.7	100.0	
Total		2039	99.8	100.0	
Missin	9	4	.2		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 31. Cocina

COSINA

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1821	89.1	89.5	89.5
	no	214	10.5		10.5
	Total	2035	99.6		100.0
Missin	9	8	.4		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 32. Baño

BANO

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1695	83.0	84.5	84.5
	no	311	15.2		15.5
	Total	2006	98.2		100.0
Missin	9	37	1.8		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 33. Materia piso

MLPIS

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	tierra	94	4.6	75.6	4.6
	cemento o firme3	1543	75.5		80.2
	madera mosaico u otro	405	19.8		100.0
	Total	2042	100.0		100.0
Missin	9	1	.0		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 34. Número de cuartos

NCUART

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	0	13	.6	.6	.6
	1	247	12.1	12.1	12.7
	2	519	25.4	25.4	38.1
	3	567	27.8	27.8	65.9
	4	384	18.8	18.8	84.7
	5	171	8.4	8.4	93.1
	6	77	3.8	3.8	96.9
	7	27	1.3	1.3	98.2
	8	11	.5	.5	98.7
	9	7	.3	.3	99.1
	10	5	.2	.2	99.3
	11	1	.0	.0	99.4
	99	13	.6	.6	100.0
	Total	2042	100.0	100.0	
Missin	98	1	.0		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 35. Número de dormitorios

NDORMI

	Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid 0	21	1.0	1.0	1.0
1	549	26.9	26.9	27.9
2	844	41.3	41.3	69.2
3	454	22.2	22.2	91.4
4	120	5.9	5.9	97.3
5	33	1.6	1.6	98.9
6	10	.5	.5	99.4
7	3	.1	.1	99.6
9	2	.1	.1	99.7
11	4	.2	.2	99.9
12	1	.0	.0	99.9
99	2	.1	.1	100.0
Total	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 36. Medio combustible para cocinar

COMBUS

	Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid gas	1937	94.8	95.7	95.7
electricida	16	.8	.8	96.5
petrole	3	.1	.1	96.6
lena -	66	3.2	3.3	99.9
otra	2	.1	.1	100.0
Total	2024	99.1	100.0	
Missin 9	19	.9		
Total	2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 37. Propiedad de la vivienda

PROPVIV

	Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid propia y totalmente pagada	1580	77.3	77.3	77.3
propia y la pagand	122	6.0	6.0	83.3
rentada o prestad	136	6.7	6.7	90.0
recibida por atencion	181	8.9	8.9	98.8
asentamiento federal	1	.0	.0	98.9
reubicacio gubernament	13	.6	.6	99.5
99	4	.2	.2	99.7
Total	1	.0	.0	99.8
	5	.2	.2	100.0
	2043	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 38. Tiene licuadora

LICUADO

	Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid si	1664	81.4	81.6	81.6
no	374	18.3	18.4	100.0
Total	2038	99.8	100.0	
Missin 9	5	.2		
Total	2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 39. Tiene refrigerador

REFRI

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1916	93.8	93.9	93.9
	no	125	6.1		
	Total	2041	99.9		
Missin	9	2	.1	100.0	100.0
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 40. Tiene estufa

ESTUFA

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1972	96.5	96.6	96.6
	no	69	3.4		
	Total	2041	99.9		
Missin	9	2	.1	100.0	100.0
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 41. Tiene boiler

BOILER

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	637	31.2	31.2	31.2
	no	1404	68.7		
	Total	2041	99.9		
Missin	9	2	.1	100.0	100.0
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 42. Tiene radiocasete

RADIO

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1371	67.1	67.2	67.2
	no	670	32.8	32.8	100.0
	Total	2041	99.9	100.0	
Missin	9	2	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 43. Tiene Tocabiscos

TOCADIS

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	872	42.7	42.7	42.7
	no	1169	57.2	57.3	100.0
	Total	2041	99.9	100.0	
Missin	9	2	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 44. Tiene Televisor

TV

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1965	96.2	96.3	96.3
	no	76	3.7	3.7	100.0
	Total	2041	99.9	100.0	
Missin	9	2	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 45. Tiene videocasete

VIDEOCAS

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	692	33.9	33.9	33.9
	no	1349	66.0	66.1	100.0
	Total	2041	99.9	100.0	
Missin	9	2	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 46. Tiene lavadora

LAVAROPA

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1582	77.4	77.5	77.5
	no	459	22.5	22.5	100.0
	Total	2041	99.9	100.0	
Missin	9	2	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 47. Tiene computadora

PC

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	190	9.3	9.3	9.3
	no	1849	90.5	90.7	100.0
	Total	2039	99.8	100.0	
Missin	9	4	.2		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 48. Tiene coche

COCHE

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	696	34.1	34.1	34.1
	no	1345	65.8	65.9	100.0
	Total	2041	99.9	100.0	
Missin	9	2	.1		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 49. Tiene teléfono

TELEFON

		Frequenc	Percen	Valid	Cumulativ Percen
Valid	si	1100	53.8	54.0	54.0
	no	930	45.5	45.6	99.6
	telefono de	8	.4	.4	100.0
	Total	2038	99.8	100.0	
Missin	9	5	.2		
Total		2043	100.0		

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA GRUPAL

Guía de entrevista grupal

Buen día a todos!

Me gustaría explicarle el objetivo de la reunión que estamos realizando hoy con el apoyo del centro comunitario "Valle de Esperanza". Se trata de una discusión abierta, de aproximadamente 1 hora u 1 hora y media, donde cada uno de ustedes va a tener la libertad y la oportunidad de expresar su opinión sobre varias temas relacionadas con su experiencia como padres de hijos con discapacidad. La entrevista se va a grabar para tener registro de la información, pero todas sus respuestas serán utilizadas anónimamente, así como toda la información obtenida se va a utilizar para los propósitos de la investigación.

Vamos a empezar con un breve cuestionario que les pido que me llenen con preguntas generales de Ud y su hijo -a , que está en la primera página. En la segunda página de su formato le pido su autorización sobre el uso de la información para este investigación, por lo cual les agradeceré si me lo firman por favor.

Temas para el focus grupo:

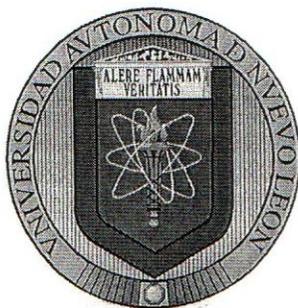
- ¿ Qué opinan sobre la importancia de las condiciones de vida en que uno vive para el desarrollo físico, mental, social de la persona? ¿ Uds piensan que condiciones de vida influyen al desarrollo de sus hijos?
- ¿ Cómo, de qué forma_?
- ¿ y que tan importante es el ambiente en que uno vive para su estado de salud?
- ¿Cuál es la importancia de la condición económica para la salud de uno y en especial de su hijo? ¿ Cómo cambiaría la situación de discapacidad de su hijo en caso que su familia cuente con mayores recursos económicos?
- ¿ Reciben algún apoyo gubernamental? ¿ Qué opinan sobre el apoyo que el gobierno provee? ¿ Es suficiente? ¿ Que falta? – si es dinero, cómo el dinero pudiera mejorar su vida?
- ¿ Reciben apoyo médico o social? ¿ que tipo de calidad de atención médica Uds cree que recibe?
- ¿ Cual cree que será el futuro para su hijo? – en nivel personal lo ve con su propia familia, hijos?, en nivel más amplio- social, ¿ lo ve integrado en la sociedad, con trabajo por ejemplo?
- ¿ Uds creen que la sociedad está preparada para dar espacio a niños con discapacidad? ¿ qué falta para que se integran el la sociedad?

Favor de contestar con (X) donde se requiere y llenar el siguiente formato :

Sexo	Masculino		Femenino			
Edad						
Trabaja:	Si			No		
¿ En qué trabaja?						
¿ Otro miembro del hogar trabaja?	Si			No		
Ingreso familiar semanal						
La casa donde vive es:	Propia		Renta		Otro	
¿ Cuántas personas forman su familia?						
¿ Cuántas personas en su familia sufren discapacidad?						
Tipo de discapacidad de su hijo/a	Motriz	Visual	Auditiva	Mental	De lenguaje	Otra
Enfermedades que padece						
Causa de la discapacidad	Enfermedad	Nacimiento	Accidente	Otra causa		

¡Les agradecemos su participación!

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



LA POBREZA URBANA EN MONTERREY Y SU RELACIÓN CON EL
FENÓMENO DE LA DISCAPACIDAD: UNA APROXIMACIÓN GENERAL

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE USO DE LA INFORMACIÓN

Por medio de la presente **AUTORIZO** el uso de la información que he proporcionado de manera exclusiva para el análisis académico de esta investigación, misma que asegura la confiabilidad de mi identidad y datos personales.

Lugar:

Fecha:

Firma:

ANEXO 3. ENDISP 2005

0.2

7-1
+ Hz

1407002

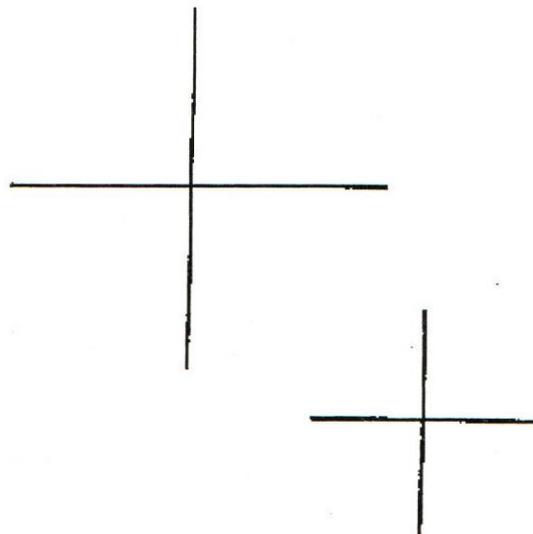
207

ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDAD Y POBREZA

①

(ENDISP 2005)

Cuestionario de Hogar



PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

N
U
M
E
R
O

D
E

R
E
N
G
L
Ó
N

1.1 IDENTIFICACIÓN

Le voy a preguntar sobre algunas características de las personas que viven en este hogar.

Por favor, dígame el nombre de las personas que viven en su hogar, empezando por el jefe o la jefa de familia. Deme también el nombre de los niños(as), ancianos(as) e incluya también a los sirvientes que duermen aquí.

1.3 EDAD
¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?
Menos de 1 año

00

97 años o más

97

No sabe

98

NR

99

1.2 VERIFICACIÓN DE LISTA

Entonces en total son:

(Verificar y corregir la lista)

(ANOTE EL NOMBRE DE CADA PERSONA EN EL HOGAR, DE ACUERDO A SU EDAD Y DE MAYOR A MENOR)

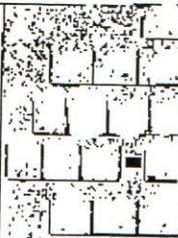
(Circule el número de renglón de la persona que proporciona la información)

Edad

01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

CUESTIONARIO DE HOGAR DE LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDAD Y POBREZA, NL. 2005

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

REGIÓN _____	
MUNICIPIO _____	
LOCALIDAD _____	
AGEB _____	
MANZANA _____	

CONTROL DE CUESTIONARIO

FOLIO _____	
NÚMERO DE HOGAR _____	
CUESTIONARIO _____	
RENGLÓN DEL INFORMANTE _____	

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

CALLE, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO *(entre dos calles)*

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR COLONIA, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL, COMUNIDAD, ASENTAM. CÓDIGO POSTAL

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

RESULTADO DE LA VISITA

NÚMERO DE VISITA	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
FECHA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES	DÍA MES	DÍA MES	DÍA MES
NOMBRE DE ENTREVISTADOR (A)				
CLAVE DE ENTREVISTADOR (A)				
HORA DE INICIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN
HORA DE TÉRMINO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA MIN
DURACIÓN (MINUTOS)				
RESULTADO (*)				

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- 01.- ENTREVISTA COMPLETA
- 02.- ENTREVISTA INCOMPLETA
(ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)
- 03.- NADIE EN CASA
- 04.- AUSENTES TEMPORALES
- 05.- SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN

- 06.- INFORMANTE INADECUADO
- 07.- ENTREVISTA APLAZADA *(HACER CITA)*
- 08.- VIVIENDA DESHABITADA
- 09.- VIVIENDA DE USO TEMPORAL
- 10.- OTRO *(ANOTAR)*

SUPERVISIÓN, VALIDACIÓN, CODIFICACIÓN Y CAPTURA

	SUPERVISADO POR	VALIDADO POR	CAPTURADO POR
NOMBRE			
FECHA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES

Residentes, hogares y lista de personas

N U M E R O D E R E N G L O N	Número de personas	Gasto común	Número de hogares	N U M E R O D E R E N G L O N
	<p>¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda contando a los niños(as) chiquitos(as) a los ancianos y sirvientes?</p> <p><input type="text"/></p> <p>(Ayuda con números)</p>	<p>¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para la comida?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Si 1 (Pase a la lista de personas en la pestaña)</p> <p>No 2</p>	<p>Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para la comida contando el de usted?</p> <p><input type="text"/></p> <p>(Ayuda con números)</p> <p>Entrevistador (a):</p> <p>Si hay más de un hogar en la vivienda por favor aplique un cuestionario diferente para cada hogar.</p>	
01				01
02				02
03				03
04				04
05				05
06				06
07				07
08				08
09				09
10				10
11				11
12				12
13				13
14				14
15				15

3 SI EN EL HOGAR HAY MÁS DE 15 PERSONAS, UTILICE OTRO CUESTIONARIO Y CONTINÚE CON LA LISTA

(Una vez en presencia de la persona, preséntese de la siguiente manera):

BUENAS (AS) TARDES, MI NOMBRE ES: _____ ESTAMOS HACIENDO UNA ENCUESTA SOBRE CONDICIONES DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS. POR ESTE MOTIVO QUISIERA QUE USTED ME PERMITIERA HACERLE UNAS PREGUNTAS. NO HAY RESPUESTAS BUENAS, NI MALAS. LOS DATOS QUE ME PROPORCIONE SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES Y SE USAN EXCLUSIVAMENTE PARA ESTUDIOS ESTADÍSTICOS. AGRADECERÍAMOS MUCHO SU COLABORACIÓN.

1. DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

NÚMERO DE REGISTRO	1.4 SEXO		1.5 PARENTESCO		1.6 ENFERMEDADES "IMPORTANTES"			1.7 TRATAMIENTO			
	¿(Nombre) es hombre o mujer?		¿Qué parentesco tiene (nombre) con (jefe (a) de hogar)? ¿Qué es (nombre) de (jefe (a) de hogar)?		¿(Nombre) ha tenido o tiene :?			(Encuestador, si la persona padeció cualquiera de las enfermedades de la pregunta anterior, haga la siguiente pregunta. En caso contrario, no pase a (9))			
	Hombre	1			(Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa). Acepta varias respuestas.			¿(Nombre) ya recibe tratamiento por este (os) padecimiento (s)?			
	Mujer	2			Diabetes	1	Si todos				
	NR	9			Una enfermedad del corazón	2	Si algunos				
					Derrame cerebral	3	No				
					Esclerosis múltiple	4	NR				
					Cáncer (cualquier tipo)	5					
					Presión arterial alta	6					
					Otra	7					
					NR	9					
01	1	9	JEFE DE HOGAR 01					1	2	3	9
02	1	9						1	2	3	9
03	1	2						1	2	3	9
04	1	2						1	2	3	9
05	1	2						1	2	3	9
06	1	2						1	2	3	9
07	1	2						1	2	3	9
08	1	2						1	2	3	9
09	1	2						1	2	3	9
10	1	2						1	2	3	9
11	1	2						1	2	3	9
12	1	2						1	2	3	9
13	1	2						1	2	3	9
14	1	2						1	2	3	9
15	1	2						1	2	3	9

2. LENGUA INDÍGENA Y
CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA		PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS	
1.8 USO DE SERVICIOS DE SALUD		2.1 LENGUA INDÍGENA	2.2 LENGUA INDÍGENA
Cuándo (nombre) tiene problemas de salud, ¿dónde se atiende habitualmente? (Se acepta más de una opción)		¿(Nombre) habla alguna lengua indígena?	¿(Nombre) habla también español?
N U M E R O D E C U M P L I D O S	En el Seguro Social (MSS) 01	Si 1	Si 1
	En el ISSSTE 02	No 2 Pase a 2.3	No 2
	En el ISSSTELEÓN 03	No sabe 8	No sabe 8
	En la Clínica de la Universidad 04	NR 9	NR 9
	En la Clínica de Maestros 05		
	En PEMEX, Defensa o Marina 06		
	En la Clínica Nova 07		
	En la Clínica de Vidriera 08		
	En el Centro de Salud (SSA) 09		
	En el IMSS-Solidaridad 10		
	En consultorio, clínica u hospital privado 11		
	Curandero, hierbero o partera 12		
	En otro lugar 13		
	No se atiende/ no se enferma 14		
	No sabe 98		
NR 99			
01		1 2 8 9	1 2 8 9
02		1 2 8 9	1 2 8 9
03		1 2 8 9	1 2 8 9
04		1 2 8 9	1 2 8 9
05		1 2 8 9	1 2 8 9
06		1 2 8 9	1 2 8 9
07		1 2 8 9	1 2 8 9
08		1 2 8 9	1 2 8 9
09		1 2 8 9	1 2 8 9
10		1 2 8 9	1 2 8 9
11		1 2 8 9	1 2 8 9
12		1 2 8 9	1 2 8 9
13		1 2 8 9	1 2 8 9
14		1 2 8 9	1 2 8 9
15		1 2 8 9	1 2 8 9

3. CARACTERÍSTICAS LABORALES

PARA LAS PERSONAS DE 8 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

3.1 CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

La semana pasada (nombre):

(Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa)

N
Ú
M
E
R
O
D
E
R
E
N
G
I
A

- trabajo en industria, comercio o servicios? 01
- trabajo en el campo o la ganadería? 02
- no trabajó, pero tenía trabajo? 03
- busca trabajo? 04
- ¿Es estudiante? 05
- ¿Se dedica a los quehaceres de su hogar? 06
- ¿Está jubilado (a) o pensionado (a)? 07
- ¿Está incapacitado (a) permanentemente para trabajar? 08
- ¿No trabaja? 09
- NR 00

Pase a 3.3

Pase a 4.2

Pase a 3.2

Pase a 4.2

3.2 VERIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

Además de (condición 4.1) ¿la semana pasada (nombre):

(Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa)

- ayudó a trabajar en un negocio familiar? 1
- vendió algunos productos (ropa, cosméticos, alimentos)? 2
- hizo algún producto para vender (alimentos, ropa, artesanías)? 3
- ayudó a trabajar en las actividades agrícolas o en la cría de animales? 4
- a cambio de un pago realizó otro tipo de trabajo (lavó, planchó o cosió)? 5
- realizó trabajos comunales 6
- ¿No trabajó? 7
- NR 9

Pase a 3.5

Pase a 4.2

01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

PARA LAS PERSONAS DE 8 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

NÚMERO DE REGISTRO	3.3 ACTIVIDAD AGROPECUARIA	3.4 TRABAJO A TIEMPO COMPLETO	3.5 POSICIÓN EN EL TRABAJO
	¿La semana pasada (Nombre) se dedicó a realizar actividades agrícolas? 1 actividades ganaderas? 2 Actividades forestales? 3 No sabe 8 NR 9	¿(Nombre) se dedica a su trabajo principal (actividad) de tiempo completo? ... 1 de tiempo parcial? ... 2 No sabe 8 NR 9	¿(Nombre) en su trabajo principal (actividad) de la semana pasada fue: (Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa) empleado(a) u obrero(a)? (empresa de 1 a 5 trabajadores) 01 empleado(a) u obrero(a)? (empresa de 6 o más trabajadores) 02 jornalero(a) o peón de campo? 03 patrón(a), socio o empleador(a)? (contrata de 1 a 5 trabajadores) 04 patrón(a), socio o empleador(a)? (contrata 6 o más trabajadores) 05 Trabajador(a) por su cuenta? (no contrata trabajadores) 06 Trabajador(a) a destajo? 07 Trabajador(a) sin pago en el negocio o predio familiar? 08 Profesionalista independiente 09 No sabe 04 NR 04
01	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
02	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
03	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
04	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
05	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
06	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
07	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
08	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
09	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
10	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
11	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
12	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
13	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
14	1 2 3 8 9	1 2 8 9	
15	1 2 3 8 9	1 2 8 9	

PARA LAS PERSONAS DE 8 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

NÚMERO DE RENDILÓN	4. INGRESOS	4.2 OTROS INGRESOS	4.3 TOTAL INGRESOS
	4.1 INGRESOS POR TRABAJO	¿(Nombre) recibe ingresos de:	¿Cuanto recibe (nombre) en total por (ingresos de 4.2)?
	En total, ¿cuánto gana al mes por su trabajo (o actividad)?	el Programa del Adulto Mayor 01	(Encuestador, mostrar la tarjeta de ayuda con los siguientes rangos de ingreso)
	¿El prestador muestra la tarjeta de ayuda con los siguientes rangos de ingreso?	jubilación o pensión? 02	¿Será menor de un salario mínimo (A lo más \$1,360)? 01
	¿Será menor de un salario mínimo (A lo más \$1,360)? 01	ayuda de familiares desde otro país? 03	¿Entre 1 y 2 salarios mínimos (Más de \$1,360 y menos de \$2,720)? 02
	¿Entre 1 y 2 salarios mínimos (Más de \$1,360 y menos de \$2,720)? 02	ayuda de familiares desde dentro del país? 04	¿Entre 2 y 4 salarios mínimos (Más de \$2,720 y menos de \$5,440)? 03
	¿Entre 2 y 4 salarios mínimos (Más de \$2,720 y menos de \$5,440)? 03	alquiler (renta) o intereses bancarios? 05	¿Entre 4 y 8 salarios mínimos (Más de \$5,440 y menos de \$10,880)? 04
	¿Entre 4 y 8 salarios mínimos (Más de \$5,440 y menos de \$10,880)? 04	despensa del DIF? 06	¿Entre 8 y 20 salarios mínimos (Más de \$10,880 y menos de \$27,200)? 05
	¿Entre 8 y 20 salarios mínimos (Más de \$10,880 y menos de \$27,200)? 05	ayuda de PROCAMPO? 07	¿Entre 20 y 40 salarios mínimos (Más de \$27,200 y menos de \$54,400)? 06
	¿Entre 20 y 40 salarios mínimos (Más de \$27,200 y menos de \$54,400)? 06	ayuda de PROGRESA antes OPORTUNIDADES? 08	¿Más de 40 salarios mínimos (Más de \$54,400)? 07
	¿Entre 40 y 80 salarios mínimos (Más de \$54,400 y menos de \$108,800)? 07	desayuno escolar? 09	No recibe ingresos 97
	¿Entre 80 y 160 salarios mínimos (Más de \$108,800 y menos de \$217,600)? 08	Beca o ayuda de otras instituciones? 10	No sabe 98
	¿Entre 160 y 320 salarios mínimos (Más de \$217,600 y menos de \$435,200)? 09	ayuda de otro Programa Social Estatal o Federal 11	NR 99
	¿Entre 320 y 640 salarios mínimos (Más de \$435,200 y menos de \$870,400)? 10	¿Otro tipo? 12	
	¿Entre 640 y 1280 salarios mínimos (Más de \$870,400 y menos de \$1,740,800)? 11	Ninguno 98	
	¿Entre 1280 y 2560 salarios mínimos (Más de \$1,740,800 y menos de \$3,481,600)? 12	NR 99	
	¿Entre 2560 y 5120 salarios mínimos (Más de \$3,481,600 y menos de \$6,963,200)? 13	(Acepte varias respuestas)	
	¿Entre 5120 y 10240 salarios mínimos (Más de \$6,963,200 y menos de \$13,926,400)? 14		
	¿Entre 10240 y 20480 salarios mínimos (Más de \$13,926,400 y menos de \$27,852,800)? 15		

5. OTROS ASPECTOS

6. DISCAPACIDAD

PARA LAS PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

N
U
M
E
R
O

D
E

P
E
N
S
I
O
N

5.1 RELIGIÓN

5.2 ESTADO CIVIL

¿Cuál es la religión de (nombre)?

¿Actualmente (nombre):

(Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa)

- Católica 1
- Adventista 2
- Testigo de Jehová 3
- Otra 4
- No sabe 8
- NR 9

- vive en unión libre? 1
- es separado (a)? 2
- es divorciado (a)? 3
- es viudo (a)? 4
- es casado (a) sólo por el civil? 5
- sólo por la iglesia? 6
- por lo civil y por la iglesia? 7
- es soltero (a)? 8
- NR 9

6.1 MUDO 1

6.2 MUDO 2

6.3 MUDO 3

¿(nombre) habla?

¿(nombre) tiene dificultad PERMANENTE para hablar?

¿(nombre) tiene esa limitación por:

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- NR 9

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- NR 9

(Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa)

- Nacimiento 1
- Enfermedad 2
- Accidente 3
- Otra causa 4
- No sabe 8
- NR 9

NÚMERO DE PENSIÓN	5.1 RELIGIÓN									5.2 ESTADO CIVIL									6.1 MUDO 1			6.2 MUDO 2			6.3 MUDO 3				
	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
01	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
02	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
03	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
04	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
05	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
06	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
07	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
08	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
09	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
10	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
11	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
12	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
13	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
14	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9
15	1	2	3	4	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	8	9	1	2	8	9	1	2	3	4	8	9

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

NÚMERO DE RENGLÓN	6.4 SORDERA 1		6.5 SORDERA 2		6.6 SORDERA 3		6.7 SORDERA 4		6.8 SORDERA 5	
	¿(nombre) es sordo (s), es decir, no puede oír NINGÚN sonido?		¿(nombre) tiene dificultad PERMANENTE para oír lo que se dice?		¿(nombre) tiene esa limitación por: (Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa)		¿Hace cuánto que (nombre) tiene esta limitación para oír?		Según lo que te han diagnosticado, ¿esta limitación de (nombre) es temporal o permanente?	
	Si	1	Si	1	Nacimiento	1	Menos de un año	00	Temporal	1
	No	2	No	2	Enfermedad	2	No sabe	98	Permanente	2
	No sabe	8	No sabe	8	Accidente	3	NR	99	No tiene diagnóstico (resp)	3
	NR	9	NR	9	Otra causa	4			No sabe	8
					No sabe	6			NR	9
					NR	9				
								Años completos		
01	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
02	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
03	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
04	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
05	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
06	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
07	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
08	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
09	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
10	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
11	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
12	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
13	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
14	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
15	1 2 8 9		1 2 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

N U M E R O D E R E N G L O N	6.9 CEGUERA 1		6.10 CEGUERA 2		6.11 CEGUERA 3		6.12 CEGUERA 4		6.13 CEGUERA 5	
	¿(nombre) es ciega?		¿(nombre) sólo ve sombras o bufos?		¿(nombre) tiene esa limitación por		¿Hace cuánto que (nombre) tiene esta limitación para ver?		Según lo que le han diagnosticado, ¿esta limitación de (nombre) es temporal o permanente?	
	Si	1	Si, sombras	1	Nacimiento	1	Menos de un año	00	Temporal	1
	No	2	Si, bufos	2	Enfermedad	2	No sabe	98	Permanente	2
	No sabe	8	No	3	Accidente	3	NR	99	No sabe	8
	NR	9	No sabe	8	Otra causa	4			NR	9
			NR	9	No sabe	8				
					NR	9				
								Años completos		
01	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
02	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
03	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
04	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
05	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
06	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
07	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
08	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
09	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
10	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
11	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
12	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
13	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
14	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	
15	1 2 8 9		1 2 3 8 9		1 2 3 4 8 9				1 2 3 8 9	

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

NÚMERO DE REGISTRO	6.14 DISCAPACIDAD INTELLECTUAL	6.15 DISCAPACIDAD INTELLECTUAL 2	6.16 DISCAPACIDAD INTELLECTUAL 3	6.17 DISCAPACIDAD INTELLECTUAL 4	6.18 DISCAPACIDAD INTELLECTUAL 5	6.19 DISCAPACIDAD INTELLECTUAL 6
	¿(nombre) tiene en forma PERMANENTE algún tipo de problema mental o neurológico?	¿(nombre) tiene algún retraso o discapacidad intelectual que le dificulte hacer su vida por sí mismo?	¿(Qué retraso o discapacidad intelectual tiene (nombre)? (Encuestador, no lea opciones. Puede registrar varias respuestas)	¿(nombre) tiene algún otro tipo de retraso o discapacidad intelectual?	¿(nombre) tiene esa limitación por: (Leer las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa)	¿Hace cuánto que (nombre) tiene esta limitación?
	Si, mental 1 Si, neurológico 2 No 3 NS 8 NR 9	Si 1 No 2 NS 8 NR 9	Síndrome de Down 1 Autismo 2 Asperger 3 Hiperactividad 4 Déficit de atención 5 Epilepsia 6 Otra 7 NS 8 NR 9	Si 1 No 2 NS 8 NR 9	Nacimiento 1 Enfermedad 2 Accidente 3 Otra causa 4 No sabe 8 NR 9	Menos de un año 00 No sabe 98 NR 99
01	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
02	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
03	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
04	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
05	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
06	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
07	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
08	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
09	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
10	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
11	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
12	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
13	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
14	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
16	1 2 3 8 9	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

NÚMERO DE REGISTRO	6.20 EXTREMIDADES INFERIORES		6.21 EXTREMIDADES INFERIORES 2		6.22 EXTREMIDADES INFERIORES 3		6.23 EXTREMIDADES INFERIORES 4		6.24 EXTREMIDADES INFERIORES 5	
	¿(nombre) le falta o tiene atrofiados alguno de los pies o piernas?		¿(nombre) tiene alguna limitación PERMANENTE para mantenerse de pie, moverse o caminar?		¿La limitación de los pies o piernas de (nombre) es de nacimiento o fue posterior?		¿Esta limitación de (nombre) fue a causa de enfermedad o de accidente?		¿Hace cuánto tiempo que tiene (nombre) esta limitación en sus extremidades inferiores?	
	SI	1	SI	1	Nacimiento	1	Enfermedad	1	Menos de un año	00
	No	2	No	1	Posterior	2	Accidente	2	No sabe	98
	No sabe	8	No sabe	8	No sabe	5	Edad Avanzada	3	NR	99
	NR	9	NR	9	NR	9	Otra causa	4		
							No sabe	8		
							NR	9		
									Años completos	
01	1	2	8	9	1	2	8	9		
02	1	2	8	9	1	2	8	9		
03	1	2	8	9	1	2	8	9		
04	1	2	8	9	1	2	8	9		
05	1	2	8	9	1	2	8	9		
06	1	2	8	9	1	2	8	9		
07	1	2	8	9	1	2	8	9		
08	1	2	8	9	1	2	8	9		
09	1	2	8	9	1	2	8	9		
10	1	2	8	9	1	2	8	9		
11	1	2	8	9	1	2	8	9		
12	1	2	8	9	1	2	8	9		
13	1	2	8	9	1	2	8	9		
14	1	2	8	9	1	2	8	9		
15	1	2	8	9	1	2	8	9		

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

NÚMERO DE RESPUESTA	6.25 EXTREMIDADES SUPERIORES	6.26 EXTREMIDADES SUPERIORES 2	6.27 EXTREMIDADES SUPERIORES 3	6.28 EXTREMIDADES SUPERIORES 4	6.29 EXTREMIDADES SUPERIORES 5
	¿(nombre) le falta o tiene atrofiados alguno de los brazos o manos?	¿(nombre) tiene alguna limitación PERMANENTE para manejar sus brazos o manos?	¿La limitación de los brazos o manos de (nombre) es de nacimiento o fue posterior?	¿Esta limitación de (nombre) fue a causa de enfermedad o accidente?	¿Hace cuánto tiempo que tiene (nombre) esta limitación en sus extremidades superiores?
	Sí 1 No 2 No sabe 8 NR 9	Sí 1 No 2 No sabe 8 NR 9	Nacimiento 1 <small>Pasa a 6.30</small> Posterior 2 No sabe 8 NR 9	Enfermedad 1 Accidente 2 Edad 3 Avaricia 4 Otra causa 4 No sabe 8 NR 9	Menos de un año 00 No sabe 98 NR 99
					Años completos
01	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
02	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
03	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
04	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
05	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
06	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
07	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
08	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
09	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
10	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
11	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
12	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
13	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
14	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	
15	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 3 4 8 9	

PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA

NÚMERO DE REGISTRO	6.30 OTRA LIMITACIÓN	6.31 OTRA LIMITACIÓN 2	6.32 CUIDADOR	6.33 CUIDADOR 2	6.34 CUIDADOR 3
	¿(nombre) tiene alguna otra limitación física o mental PERMANENTE que no le haya yo preguntado y le impida hacer su vida por sí solo?	¿Que otra deficiencia PERMANENTE tiene (nombre)?	¿(nombre) puede hacer la mayoría de sus actividades por sí mismo o requiere de una persona que le auxilie la mayor parte del tiempo?	¿La persona que cuida a (nombre) es alguno de los familiares que habitan aquí mismo o es alguien que viene de fuera a cuidarlo?	¿De los miembros del hogar, quien es el principal cuidador de (nombre)? (ENCUESTADOR: Registre el número de región que corresponde al cuidador principal)
	SI 1 No 2 <i>1/30</i> No sabe 8 NR 9	No sabe 98 NR 99	Solo 1 Auxilio 2 No sabe 8 NR 9	Familiar 1 Externo 2 <i>Fase a 7.1</i> Nadie lo cuida 3 No sabe 8 NR 9	No sabe 98 NR 99
01	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
02	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
03	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
04	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
05	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
06	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
07	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
08	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
09	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
10	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
11	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
12	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
13	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
14	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	
15	1 2 8 9		1 2 8 9	1 2 3 8 9	

7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

7.1 ¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?	
Si.....	1
No.....	2
NR.....	9

7.2 ¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de agua entubada:	
(Leer todas las opciones)	
dentro de la vivienda?.....	1
fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?.....	2
de la llave pública?.....	3
¿No disponen de agua entubada?.....	4
NR.....	9

7.3 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?	
tierra.....	1
Cemento o firme.....	2
Madera, mosaico u otros recubrimientos.....	3
NR.....	9

7.4 ¿Tiene esta vivienda un cuarto para cocinar que no se use como dormitorio?	
Si.....	1
No.....	2
NR.....	9

7.5 ¿Tiene letrina o excusado esta vivienda:	
(Leer todas las opciones)	
dentro de la vivienda?.....	1
fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?.....	2
No tiene.....	3
NR.....	9

7.6 ¿Tiene el excusado (baño) conexión con agua?	
Si.....	1
No.....	2
NR.....	9

7.7 ¿Posee descarga directa a:	
Fosa séptica.....	1
Al aire libre.....	2
Al río o arroyo.....	3
A letrina.....	4
NR.....	9

7.8 ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda sin contar el baño y la cocina?	<input type="text"/>
---	----------------------

7.9 ¿Cuántos cuartos de esta vivienda se usan para dormir?	<input type="text"/>
--	----------------------

7.10 ¿Cuál es el combustible que normalmente utiliza para cocinar?	
Gas.....	1
Electricidad.....	2
Petróleo.....	3
Leña / Carbón.....	4
NR.....	9

8. ACTIVOS DEL HOGAR

8.1 ¿Esta vivienda es:	
(Leer todas las opciones)	
propia y totalmente pagada?.....	01
propia y la están pagando?.....	02
rentada o alquilada?.....	03
prestada?.....	04
recibida por el Programa de Atención Integral?.....	05
Otro (especifique).....	<input type="text"/>
No sabe.....	98
NR.....	99

8.2 ¿Tiene en su hogar:							
	<table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>NR</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </table>	Si	No	NR	1	2	9
Si	No	NR					
1	2	9					
a) licuadora?.....	<input type="text"/>						
b) refrigerador?.....	<input type="text"/>						
c) estufa de gas?.....	<input type="text"/>						
d) calentador para agua, (boiler)?.....	<input type="text"/>						
e) radio o radiograbadora?.....	<input type="text"/>						
f) tocadiscos, modular o equipo de discos compactos?.....	<input type="text"/>						
g) televisor?.....	<input type="text"/>						
h) videocasetera?.....	<input type="text"/>						
i) lavadora de ropa?.....	<input type="text"/>						
j) computadora?.....	<input type="text"/>						
k) automóvil o camioneta propio?.....	<input type="text"/>						
l) teléfono?.....	<input type="text"/>						

8.3 ¿Cuántos metros cuadrados de construcción tiene esta vivienda?	<input type="text"/>
--	----------------------

