

ANTOLOGÍA DE TRABAJOS DE LA ESPECIALIZACIÓN EN ESTUDIOS DE OPINIÓN

DR. RUBÉN FLORES GONZÁLEZ
DR. CLAUDIO RAFAEL CASTRO LÓPEZ
(EDITORES)

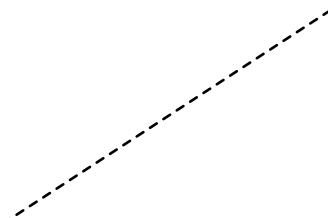
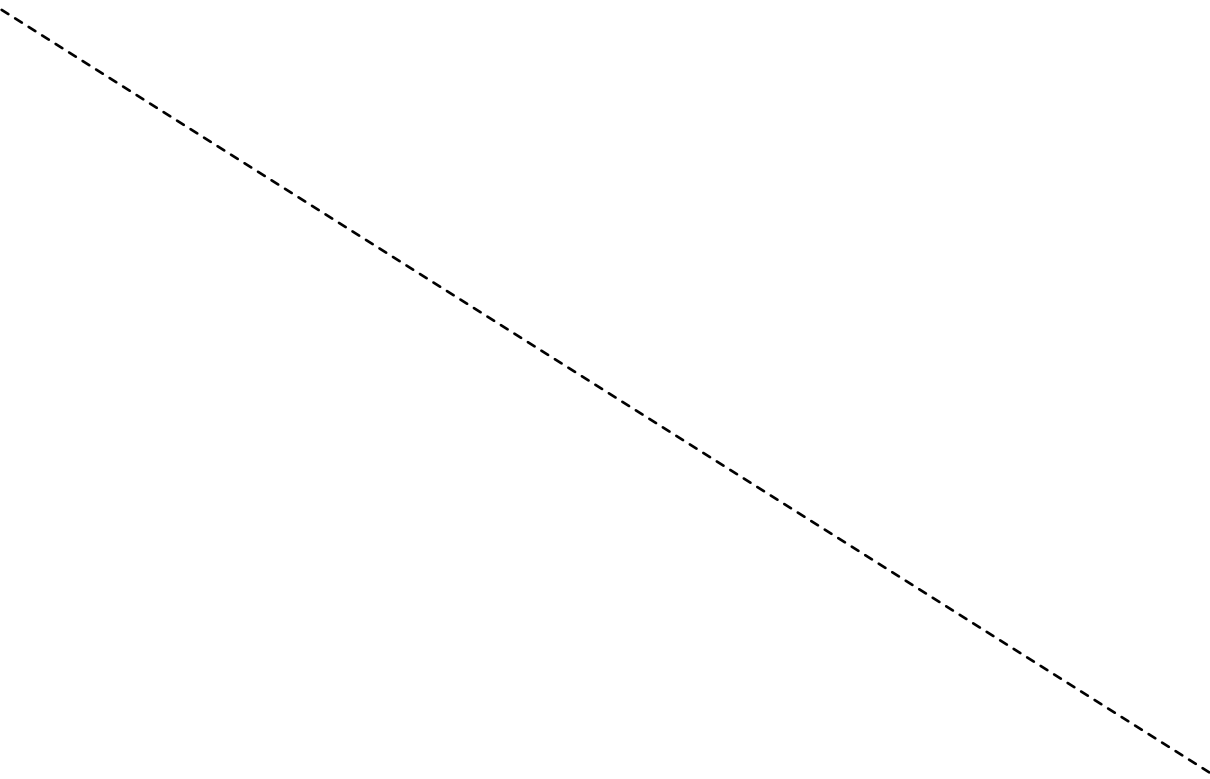


imaginari
EDITORES



COLECCIÓN TEXTOS ACADÉMICOS
DE ESTADÍSTICA

ANTOLOGÍA DE TRABAJOS
DE LA ESPECIALIZACIÓN
EN ESTUDIOS DE OPINIÓN



ANTOLOGÍA DE TRABAJOS DE LA ESPECIALIZACIÓN EN ESTUDIOS DE OPINIÓN

DR. RUBÉN FLORES GONZÁLEZ
DR. CLAUDIO RAFAEL CASTRO LÓPEZ
(EDITORES)



Editores

Dr. Rubén Flores González
Dr. Claudio Rafael Castro López

Comité Científico

Dra. Alejandra Rodríguez Estrada
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Dra. Alma Rosa Saldierna Salas
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Annia Almeyda Vázquez
Universidad de la Habana

Dr. Eric Abad Espíndola
Universidad Veracruzana

Dr. Felipe de Jesús Marañón Lazcano
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Félix Rogelio Flores
Universidad de Colima

Dr. Juan Carlos Flores Carrillo
Universidad de Colima

Dra. Nancy Molina Rodríguez
Universidad de Colima

Dra. Paola González Castro
Universidad de Monterrey

Dr. Raúl Armando Santana Rivas
Universidad Marista de Guadalajara

© Rubén Flores González

© Claudio Rafael Castro López

Antología de Trabajos de la Especialización en Estudios de Opinión

© Imaginarial Editores

Diseño editorial: Belinda Sarur Larrinaga

Editado por Bubok Publishing S.L

Primera edición septiembre de 2018

Impreso en México.

Publicación subvencionada por el Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa (PFCE) 2017 de la Secretaría de Educación Superior (SEP) en México, para apoyar a las Instituciones de Educación Superior (IES) a lograr mejores niveles de calidad en sus programas educativos y servicios que ofrecen. El recurso económico utilizado corresponde al presupuesto de la Dirección General del Área Académica Económico Administrativa y de las Vicerrectorías de la DES Orizaba Córdoba y Veracruz de la Universidad Veracruzana.

ISBN: 978-84-685-2853-3

Aviso Legal: No se permite la reproducción total o parcial de este libro ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Arts. 229 y siguientes de la Ley Federal de Derechos de Autor y Arts. 424 y siguientes del Código Penal).



imaginarial[©]

E D I T O R E S

www.imaginarioeditores.com

Contenido

Presentación	11
1. Abstencionismo electoral juvenil en el distrito electoral diez de Xalapa, Veracruz Alim Getze Mani Edén Vásquez Feria Jeysira Jaqueline Dorantes Carrión	13
2. Espectaculares políticos: Análisis de su impacto y percepción en el electorado de la ciudad de Xalapa, Veracruz Miguel Ángel Lagunes del Moral Claudio Rafael Castro López	35
3. Valoración del servicio de agua potable en la ciudad de Xalapa, Veracruz Maritzel Ortega Márquez Olivia Márquez Fernández	65
4. Percepciones ciudadanas sobre corrupción en Xalapa, Veracruz a través de un modelo de Ecuaciones Estructurales Patricia Avilés Casas Claudio Rafael Castro López	93
5. Estudio de opinión sobre las principales causas de separación o divorcio en los habitantes de la ciudad de Xalapa, Veracruz Alma Rosa Córdova Aguilar Laura Oliva Zarate	123

6. Medios de comunicación: Factores decisivos del voto electoral

Raúl Adrián Salas Domínguez
Guadalupe Aurora Maldonado Berea

151

7. Inducción a la validez y confiabilidad de instrumentos de medición en estudios de opinión

Israel Huesca Domínguez
Sofía Huerta Pacheco
Sergio Hernández González
Claudio Rafael Castro López

179

8. Voces de la montaña: estudio de representaciones sociales sobre la salud materno infantil, en mujeres de una comunidad rural en Veracruz

Ana Gabriela Perroni Marañón
Jeysira Jacqueline Dorantes Carrión
Guadalupe Amescua Villela
Simoneta Negrete Yankelevich
Alejandra Núñez de la Mora

213

Presentación

Desde el año 2012 la Especialización en Estudios de Opinión es un posgrado de la Universidad Veracruzana del que se han titulado, a la fecha, treinta y dos estudiantes, los trabajos recepcionales desarrollados en el seno de la Especialización han logrado destacar por su calidad académica y la pertinencia de sus resultados.

A seis años de su creación, el presente libro hace una recopilación de los proyectos más sobresalientes de este posgrado, los estudiantes que los llevaron a cabo fueron reconocidos con mención honorífica en la obtención de su título profesional.

Los temas abordados son diversos; de opinión electoral, como se observa en los proyectos de Alim Getze Mani Edén Vásquez Feria, Miguel Ángel Lagunes del Moral y Raúl Adrián Salas Domínguez; quienes discuten sobre las influencias que pueden tener en el voto los medios de comunicación masiva, la estrategia publicitaria asumida por un candidato o la cultura de la región.

Maritzel Ortega Márquez aborda percepciones ciudadanas sobre servicios públicos; con observaciones sobre la opinión de los habitantes del municipio de Xalapa acerca del servicio prestado por la Comisión Municipal de Agua Potable y Saneamiento.

En cuestiones de política no electoral, Patricia Avilés Casas ofrece un panorama sobre la percepción de la corrupción entre la ciudadanía de Xalapa, durante una época muy difícil en la que el Estado de Veracruz protagonizó la nota nacional sobre los escándalos por desvíos de fondos, inseguridad y desconfianza política.

Apostando por la innovación metodológica, Israel Huesca Domínguez señala la importancia de confiabilizar y validar de forma sistemática los

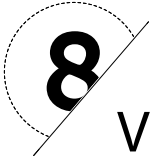
instrumentos con que se mide la opinión pública y propone una serie de métodos para que los estudiosos de la opinión puedan asegurarse de que sus escalas, encuestas y cuestionarios realmente midan lo que desean medir.

Tocando el punto en el que lo familiar y lo íntimo se unen con los asuntos públicos, Alma Rosa Córdova Aguilar describe las razones principales por las cuáles el número de divorcios aumenta año con año entre las parejas Veracruzanas. Finalmente, Ana Gabriela Perroni Marañón ofrece un panorama sobre las Representaciones Sociales en la salud materno infantil de mujeres en una zona rural del estado de Veracruz.

Los estudios realizados, como podemos observar, abarcan una variedad de tópicos que en años recientes han sido tema de discusión mediática a nivel nacional. En ese sentido, las discusiones puestas sobre la mesa por los estudiantes están respaldadas en todos los casos por observaciones empíricas, directas y rigurosas. También han sido supervisadas y respaldadas por los académicos de la Especialización, que en algunos casos aparecen como coautores de los trabajos aquí presentados.

Sin más, los invito a leer los trabajos que se incluyen en el presente libro, esperando que sean de utilidad para conocer la opinión vigente de un importante segmento de la población, principalmente en la región centro del estado de Veracruz.

Dr. Rubén Flores González
Coordinador de la Especialización en Estudios de Opinión



Voces de la montaña: estudio de representaciones sociales sobre la salud materno infantil, en mujeres de una comunidad rural en Veracruz, México

Ana Gabriela Perroni Marañón
Jeysira Jacqueline Dorantes Carrión
Guadalupe Amescua Villela
Simoneta Negrete Yankelevich
Alejandra Núñez de la Mora

Introducción

Las condiciones de marginación y vulnerabilidad derivadas de carencias materiales como el acceso limitado a servicios de salud, de educación, falta de infraestructura sanitaria, inseguridad alimentaria y de acceso al agua, así como condiciones psicosociales de desigualdad de género, violencia y discriminación, influyen de manera crucial en la forma de vivir, mantener y entender la salud en situación de pobreza (OMS, 2009).

A nivel mundial 20% de los niños más pobres tienen el doble de probabilidades, que el 20% de los más ricos, de enfermar e incluso morir antes de cumplir cinco años debido a la mala alimentación (UNICEF, 2015). Además de los riesgos directos a la salud infantil, los efectos socioculturales de la salud materna, asociados a condiciones de marginación, comprometen de manera importante la supervivencia de los hijos (UNICEF, 2015). Sin embargo, existe evidencia de que el acceso a la información, el empoderamiento de las mujeres (WHO, 2015), el desarrollo de habilidades para la vida (Pick, García, Leenen, 2011), la alfabetización (Palomar, 2015), el desarrollo de actitudes proactivas y prácticas de higiene y autocuidado (Biran, 2014), permean en conductas favorables, que impactan positivamente en la salud de las mujeres y sus hijos. Cada vez son más los estudios que involucran variables psicológicas, culturales y económicas (De Silva, 2006).

La evaluación más reciente del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) plantea que en México 46% de la población, vive en situación de pobreza y que 9.5% se encuentran en pobreza extrema (CONEVAL, 2014), mientras que 35% de la población mexicana que vive en el campo, no gana lo suficiente para adquirir la canasta básica (Banco Mundial, 2005). En este contexto, donde la salud está amenazada, resulta urgente conocer cuál es la prevalencia de los

problemas de salud y la percepción de éstos en las personas que lo viven, es decir, la representación social (Moscovici, 1979), para poder diseñar programas de intervención y desarrollo comunitario relevantes, que incidan de manera más eficiente en el fomento, cuidado y preservación de la salud de la población en riesgo.

Con la finalidad de contribuir al conocimiento y obtener evidencia de las Representaciones Sociales en materia de salud, se llevó a cabo una investigación que tuvo como título "Las mujeres y sus representaciones sociales sobre la salud materno infantil" en el periodo 2016-2017 bajo la supervisión del Programa de Especialización en Estudios de Opinión del Centro de Estudios de Opinión y Análisis de la Universidad Veracruzana.

El objetivo de la investigación fue estudiar desde la teoría de las Representaciones Sociales (RS) los conocimientos de sentido común que ha construido un grupo de mujeres adultas que viven en condiciones de pobreza sobre el cuidado de la salud de sus hijos, esto a través de las tres dimensiones de dicha teoría: información, actitud y campo de representación (Moscovici, 1979).

Las representaciones sociales son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. También es la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición con relación a situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; de la comunicación que se establece entre ellos; mediante los marcos de aprehensión que proporciona un bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionadas con las posiciones y pertenencias sociales específicas (Jodelet, 1986).

El estudio formó parte de un proyecto multidisciplinario de investigación y desarrollo comunitario llamado DeMano (Desarrollo de Mujeres y Niños de Ocotepéc), establecido en el año 2014 en la comunidad de Ocotepéc, Veracruz, México, para explorar el impacto de las prácticas y productividad agrícola en la seguridad alimentaria y sus efectos en la salud y el bienestar materno infantil.

Metodología

El sitio del estudio fue en Ocotepéc, comunidad mestiza en el municipio de Ayahualulco, ubicado en una zona montañosa de las laderas del Parque Nacional Cofre de Perote, Veracruz, México. Esta pequeña comunidad agrícola, de aproximadamente 79 hogares y 550 habitantes depende en gran medida de la productividad de sus milpas y cultivos asociados (frijol y calabaza) para su alimentación, de dinero en efectivo enviado por familiares, que tienen empleos poco remunerados en las ciudades cercanas (Xalapa y México) y de la transferencia de efectivo del Programa del Gobierno Federal de Inclusión Social PROSPERA¹.

Predomina el clima frío, en invierno las temperaturas pueden llegar a bajo cero, debido a la ubicación montañosa donde se encuentra, la población no cuenta con vestimenta adecuada para protegerse del frío; sus casas constan de una habitación para dormir hechas de block, techo colado y piso de cemento, con una cocina anexa hecha de madera de mala calidad. El piso de la cocina es de tierra y cuentan en su mayoría con un fogón de metal para ahorro de leña. Tienen de dos a tres

1

Es un programa federal mexicano para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema que brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingresos. Es un programa interinstitucional en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales. Tuvo los nombres "Solidaridad" (1988 a 2002) y "Progresá" (2002 a 2007) y "Oportunidades" (2007 a 2014).

camas que deben compartir entre toda la familia, una mesa y algunas sillas, generalmente tienen una televisión y equipo de sonido (Amescua, 2015).

Ocotepec cuenta con un pequeño consultorio de salud en mal estado que casi no se utiliza, con una escuela primaria, un jardín de niños atendido por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) y una telesecundaria. Además, cuenta con la presencia de una iglesia construida por los mismos habitantes y un salón comunitario construido por el proyecto DeMano, no existen áreas de juegos, parques o un espacio de recreación.

Ocotepec, es reflejo de la realidad del 9.5 % de la población mexicana, que viven en pobreza extrema (CONEVAL, 2014). La mayoría de los índices de marginación y desarrollo humano son arquetípicos de las comunidades rurales pobres de todo México. Con alta inseguridad alimentaria, niveles muy altos de analfabetismo en adultos, alta morbilidad infantil, debido principalmente a infecciones respiratorias e intestinales agudas y al limitado acceso a servicios básicos de salud, atención prenatal y planificación familiar (SEDESOL, 2013).

Participantes

Fueron invitadas todas las mujeres mayores de edad y residentes de la comunidad a participar en el estudio de forma voluntaria. Antes de iniciar con el estudio, se explicó a las mujeres los objetivos y los procedimientos, se les dio tiempo de hacer preguntas y se obtuvo el consentimiento informado por escrito y oral en forma de grabación para aquellas mujeres que no saben leer y escribir.

El muestreo elegido fue el censo, debido a que la comunidad al momento del estudio contaba con 119 mujeres de distintos rangos de edad y 111 mujeres que cumplían con los elementos de inclusión. Al término de la investigación se trabajó con 95 mujeres voluntarias en sus hogares lo que corresponde al 85 % de las mujeres residentes en la comunidad.

Materiales y métodos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta de RS sobre la salud materno infantil, construida exprofeso para el estudio en forma de cuestionario con un total de 37 preguntas con opciones de respuesta y dos preguntas abiertas, el total de preguntas fueron divididas en 4 apartados y la técnica de soporte gráfico, ideada como una técnica de acceso a las representaciones sociales (Abric, 1994), la cual consistió en mostrar dos series de imágenes.

La técnica de soporte gráfico, ideada como una técnica de acceso a las representaciones sociales, facilita la expresión al emplear un modo de recolección más apropiado de la población por ejemplo en niños y en este caso una población en su mayoría analfabeta y con casi ningún año escolar cursado. Los sujetos utilizan un orden esencialmente no verbal, lo que llaman "ideas espaciales" difícilmente traducibles en palabras (Abric, 1994, p. 58). Como se mencionó anteriormente, el contenido del cuestionario estuvo dividido en 4 apartados quedando de la siguiente manera:

- I. Datos generales: edad, tipo de familia, número de integrantes en el hogar, economía y alfabetismo.
- II. Información de salud: en este apartado se exploró la información que las mujeres tienen sobre cuidados en salud, higiene,

promoción de la salud, uso de servicios. Las preguntas en esta sección tenían múltiples respuestas. Algunos de los ejemplos de las preguntas aplicadas fueron: ¿Qué campañas de salud conoce usted? y ¿Cuándo se deben lavar las manos?

III. Actitud hacia la salud: se exploraron los pensamientos en pro de la salud, y percepción de la salud, con algunas preguntas como: ¿Ante una injusticia de salud me quejo? y ¿Busca solución a un problema, aunque otros le digan que no hay?

IV. Campo de representación: en este apartado se exploró el sentido de maternidad, el significado de salud materno infantil, la percepción del estado de salud y fueron utilizados los soportes gráficos. Algunos ejemplos de los reactivos fueron: ¿En general, usted diría que la salud de sus hijos (a) es?, ¿Qué es la salud materno infantil? y ¿Qué significa para usted ser madre?

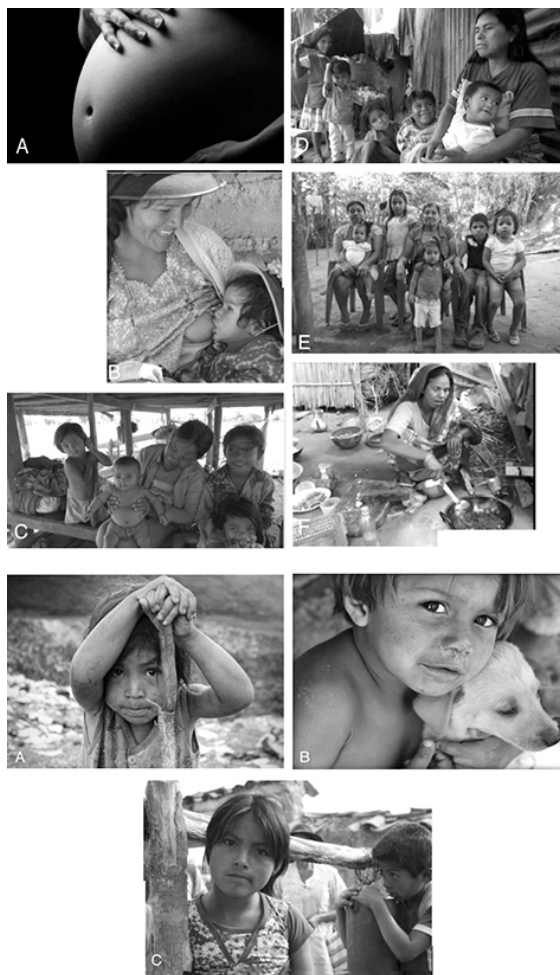


Figura 1. Soportes gráficos.

La selección de imágenes se realizó lo más parecido a la realidad contextual de las mujeres, es decir, se cuidó que el aspecto físico, corporal y ambiental fueran similares al de las mujeres de la comunidad. Las fotos fueron elegidas a color y de acceso libre bajo el filtro *Creative Commons Images* de Google imágenes (<https://www.google.com.mx/#q=creative+commons>).

Procedimiento

Debido a que 65 % de las mujeres no saben leer ni escribir, el cuestionario fue aplicado como entrevista; de forma individual, cara a cara, con una duración promedio de 20 a 30 minutos. Las entrevistas se llevaron a cabo principalmente en las casas de estas mujeres y fueron grabadas con un equipo celular, con el previo consentimiento de las entrevistadas.

Después de entrevistarlas, se les mostraban los soportes gráficos; el primero fueron tres imágenes de niños con diferentes características físicas, en donde la mujer tenía que elegir el niño que representaba a su parecer el más sano. En el segundo soporte gráfico, se les mostraban seis imágenes de mujeres con atributos de madre, tenían que elegir la imagen que a su parecer representaba mejor a una madre. La reacción de las mujeres ante las imágenes fue positiva y de interés, en promedio elegían las dos imágenes en menos de 2 minutos.

El procedimiento de la recolección de datos consistió en el acercamiento a la comunidad; a través de la convivencia semanal, la participación en talleres comunitarios, en sus actividades y reuniones. Al término del muestreo, se realizaron 42 visitas a la comunidad que duraban todo el día y una estancia de 4 días, comprendidos en el periodo noviembre 2015 a marzo de 2017. Gran parte del acercamiento a la comunidad tuvo lugar antes de comenzar la recolección de datos, para efectuar el censo fueron requeridas 4 visitas de un día para la aplicación de un pilotaje y estancia de una semana para el muestro final. Se contó con el apoyo de la auxiliar de salud de la comunidad.

Las visitas a las mujeres entrevistadas fueron muy placenteras, al entrar en sus casas pudimos conocer su contexto familiar, condiciones de higiene, tipo de alimentación, además de lograr establecer una empatía con ellas, lo cual dio como resultado un ambiente de confianza que les

facilitó expresarse libremente. Cada visita tuvo una duración de 30 a 40 minutos, cuando había una sola mujer en casa, pero en los hogares donde había dos o más mujeres, las visitas duraron más de una hora.

El estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), dentro del marco de Problemas Nacionales convocatoria 2014 y el Programa de Becas para Estudios de Posgrado.

Análisis de datos

Los datos de los 95 cuestionarios obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 21 y SPAD-T Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles versión 5,6 para Análisis Estadístico de Datos Textuales (AEDT).

Los métodos de la estadística textual fueron utilizados para el análisis de las preguntas abiertas del cuestionario. Este tipo de análisis se aplican ahora a todo tipo de textos transcritos en soportes digitales. Dichos métodos elaboran tipologías mediante el recuento de las formas gráficas, esto proporciona la ventaja de estudiar los perfiles lexicales en su conjunto, y por lo tanto, tomar en cuenta redes de auto-correlaciones bastante finas (Bécue, Lebart y Rajadell, 1992).

Las preguntas abiertas analizadas con estadística textual fueron: ¿Para usted qué es la salud materno-infantil? y ¿Qué es para usted ser madre? Se respetó la originalidad de las respuestas dadas, para poder captar sus opiniones libres y espontáneas. Las respuestas a las preguntas dieron lugar a la creación de un cuerpo textual, que fue tratado mediante un AEDT, con las variables categóricas descritas en la Tabla 1.

Resultados

La investigación fue realizada con $n= 95$ mujeres madres de familia residentes de la comunidad de Ocotepéc. Las Tablas 1 y 2, muestran las características socioeconómicas y reproductivas de la muestra.

Tabla 1

Características socioeconómicas de la muestra.

		$x = 39.9 \pm 15[18 - 83]$
		Porcentaje total
Grupos por edad		
18 a 30 años		33.7%
32 a 50 años		46.3%
51 a 83 años		20.0%
Tipo de Familia		
Mujer e hijos		20.0%
Nuclear		25.3%
Extendida		54.7%
Tamaño del hogar		
1 persona		1.1%
2 a 6 personas		67.4%
7 a 10 personas		26.3%
11 o más personas		5.3%
Transferencia de efectivo por programas de gobierno PROSPERA		
Sí		73.7%
No		26.3%
Trabajo ocasional pagado		
Sí		37.9%
No		62.1%
Analfabetismo		
Sí		35%
No		65%

Predomina un grupo de mujeres de 32 a 50 años (46.3%), con un tipo de familia extendida (67.4%), que ha tenido en un 73.7% transferencias de efectivo por programas de gobierno como PROSPERA, y que a un 61.1% le han pagado sus trabajos ocasionales, de las cuales 3 de cada 10 de estas mujeres reportaron ser analfabetas.

Tabla 2.

Características reproductivas de la muestra.

Grupos por edad de mujeres	Número de partos		
	1 a 3	4 a 7	8 a 12
18 a 30 años	32.6%	1%	0%
31 a 50 años	8.4%	21%	9.4%
51 a 83 años	0%	9.3%	12.6%

Grupos por edad de mujeres	Número de muertes en niños <5 años	
	1 a 3	4 a 5
18 a 30 años	1	0
31 a 50 años	18.9	1
51 a 83 años	14.7	4.2

Tiempo de vida en niños <5 años	%
Al nacer a 40 días	35%
40 días a 12 meses	30%
13 meses a 5 años	24%
No recuerda	11%

Causa de muerte en niños <5 años	%
Congénitos	17%
Enfermedades graves	28%
Accidentes	11%
No recuerda	44%

Se identificó un dato importante respecto a la mortalidad infantil, debido a que los tres grupos de mujeres reportaron haber sufrido la pérdida de al menos un hijo menor de 5 años de edad, principalmente por enfermedades respiratorias e intestinales, esto coincide con otros estudios, debido a que en los niños menores de 5 años, la diarrea y las infecciones respiratorias siguen siendo las dos causas predominantes de muerte infantil en todo el mundo (Biran, 2014).

Resultados por dimensiones de las Representaciones Sociales

Dimensión de información

El cuestionario en la dimensión de información abordó los conocimientos respecto a cuidados en salud, higiene, promoción de la salud y uso de servicios de salud. Se ponderaron las respuestas con un índice experto y posteriormente se categorizaron en un nivel de información que iba desde muy informada hasta poco informada, con sus intervalos como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3

Reactivos analizados en la dimensión de información.

Higiene
Conocimientos sobre la importancia y ventajas del aseo de los dientes, el aseo de las manos antes y después de comer, antes y después de ir al baño, el aseo y baño en general del cuerpo, desinfección de frutas y verduras, así como beber agua hervida.
Promoción de la salud
Conocimientos sobre la importancia de la vacunación, planificación familiar, cáncer de mama y cervicouterino, violencia familiar y de pareja, consumo de drogas, la lactancia y desparasitación.

Uso de servicios compartidos

Conocimientos sobre la importancia de la asistencia a pláticas de salud materno infantil, dónde y de quiénes han recibido las pláticas, dificultades en el parto, motivos de asistencia al centro de salud, conocimientos sobre estudios médicos (mamas, diabetes, papanicolaou, virus de inmunodeficiencia humana, embarazo, anticonceptivos).

Las mujeres entrevistadas mostraron estar mayormente informadas en temas de higiene y aseo personal, seguido de cuidados para la salud, conocimiento en promoción de la salud y por último en el uso de servicios de salud. Se identificó que las mujeres de 18 a 30 años son las menos informadas, seguidas de las de 52 a 83 años, mientras que las de 31 a 50 años son las más informadas. Por otro lado, existen diferencias significativas entre las mujeres que cuentan con el apoyo en efectivo del programa PROSPERA, debido a que éstas asisten a pláticas, consultas, y actividades de dicho programa, donde adquieren información, lo que provoca conocimientos favorables para el cuidado de la salud.

Tabla 4.

Nivel de información reportado por las mujeres.

Nivel de Información	% Total
Muy informada	32%
Informada	30%
Moderadamente informada	23%
Moderadamente poco informada	12%
Poco informada	3%

Se realizó un análisis bivariado entre las variables sociodemográficas descritas en la Tabla 1 con las categorías de información. Se obtuvieron

relaciones significativas $p < 0.05$ chi-cuadrada entre las variables socio-demográficas: edad por grupos de mujeres, estado civil, beneficiaria de PROSPERA con las variables uso de servicios, promoción de la salud e información como categoría general. Logramos identificar que ser beneficiaria del programa PROSPERA otorga a las mujeres información acerca del cuidado de la salud para ella y sus hijos.

Dimensión de actitud

Respecto a la dimensión de actitud, se abordaron los pensamientos y acciones en pro de la salud. Se ponderaron las respuestas con un índice ex profeso y posteriormente de categorizaron en un nivel de actitud, que iba desde muy de acuerdo hasta indiferente, con sus intervalos, como lo muestra la Tabla 5.

Tabla 5

Reactivos analizados en la dimensión de actitud.

Pensamientos en pro de la salud
Tener pensamientos de desagrado para resolver un problema de salud, preocupación por llevar a vacunar a sus hijos, tener dudas cuando toma decisiones respecto a la salud de sus hijos, responsabilidad al criar a sus hijos, pensar que cuidar a los hijos es algo maravilloso, pensar que la enfermedad de gravedad es porque Dios así lo quiere y pensar que se debe cuidar a los hijos sólo porque es una obligación por ser madre.
Acciones en pro de la salud
Son acciones como buscar solución a problemas, hacer lo posible para que sus hijos estén contentos, asistir a todas las consultas que le marcan en el centro de salud para sus hijos, quejarse con las autoridades de salud cuando hay una injusticia y realizar estudios para prevenir enfermedades.

Tabla 6.

Nivel de actitud reportado por las mujeres.

Nivel de actitud	% Total
Muy de acuerdo	29%
De acuerdo	23%
Moderadamente de acuerdo	43%
Indiferente	5%

Las mujeres reportaron independientemente de la edad, estado civil, capacidad de lectura y escritura, tener o no apoyo de PROSPERA y que existe un interés por el cuidado de los hijos. Es decir, las mujeres están convencidas en realizar acciones para brindar a sus hijos un mejor estado de salud. Sin embargo, expusieron tener dificultades cuando las acciones requieren agencia personal, empoderamiento, capacidad de relaciones interpersonales y autoestima. Esto posiblemente está asociado a diversos factores como violencia de género, nivel de alfabetización, etc.

Lograr incidir en el desarrollo de agencia personal resulta crucial, pues alienta a los individuos a asumirse como responsables de las condiciones de higiene y sanidad en que viven y de la calidad de su alimentación, factores que se sabe aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad como producto de la pobreza (Wallerstein, 2006).

Dimensión al campo de representación

Con respecto al campo de representación, los datos se trabajaron con el AEDT y los soportes gráficos. El AEDT, se basa en la comparación de las formas gráficas, como, por ejemplo; palabras, números, o una cadena de caracteres que permiten definir e identificar las palabras

que integran el conjunto de textos, en este caso, las respuestas a las preguntas abiertas, como ¿Para usted qué es la salud materno infantil? y ¿Qué es para usted ser madre?

Se tomó en cuenta tanto la forma, como el fondo del discurso, de tal manera que en una pregunta abierta, el análisis parte de las respuestas libres del grupo, en este caso de las mujeres encuestadas, que considera además, la opinión de todos los individuos y las variables generadas a partir del resto de preguntas contenidas en el cuestionario (Hernández Maldonado, Ojeda Ramírez, Cruz López 2015).

Para el análisis de datos textuales se efectuó un análisis estadístico multivariante con el cruce de las variables (ver Tabla 1): edad por grupos de la madre, alfabetismo, beneficiaria de PROSPERA, nivel de información y nivel de actitud para la pregunta ¿Qué es salud materno infantil?, así como edad por grupos de la madre y alfabetismo para la pregunta ¿Qué es para usted ser madre? Las cuales se consideraron las de mayor significancia, para poder profundizar en el análisis de las RS que las mujeres han construido sobre la salud materno infantil.

Para el AEDT se prosiguió de la siguiente forma:

1. Se seleccionó el vocabulario más representativo utilizado por las mujeres. Para ello se utilizó un filtro de conteo para eliminar palabras con frecuencia menor <3. También fueron eliminadas algunas de las palabras como artículos, preposiciones y muletillas utilizadas por las mujeres que no fueron de interés para el estudio.
2. Se obtuvieron las palabras o segmentos de palabras repetidas y se procedió a la identificación del contenido más significativo por grupos de variables que representan a las mujeres encuestadas con ciertas características.

3. Se seleccionaron las respuestas características (o respuestas modales). Esta es una técnica que consiste en identificar las respuestas originales del cuerpo textual, que caracterizan a cada categoría que pertenecen a la variable que se elige estudiar. Esto se logra por medio de la distribución hipergeométrica, que permite obtener las probabilidades de las palabras características (palabras que se obtienen de comparar el texto de cada categoría con el texto total) (Hernández Maldonado, Ojeda Ramírez y Cruz López 2015).

Distribución hipergeométrica:

$$Prob(k, k_i, k \cdot j, n) = \frac{\binom{k_i}{n} \binom{k - k_i}{k \cdot j - n}}{\binom{k}{k \cdot j}}$$

Donde k : es el tamaño del corpus, k_i : es la frecuencia de la palabra i en todo el corpus, $k \cdot j$: es el tamaño (número de frecuencia) de la parte j del corpus y n : es la frecuencia absoluta.

El texto contenido en la respuesta: ¿Para usted qué es la salud materno infantil?, estuvo compuesto por 433 palabras y fueron eliminadas todas las palabras con frecuencia menor a 3 repeticiones, quedando un total de 114 palabras.

Los resultados más significativos obtenidos en el AEDT a la pregunta ¿Para usted qué es la salud materno infantil? coinciden con los resultados obtenidos en la dimensión de información y actitud.

Las mujeres más jóvenes; de 18 a 30 años, mostraron respuestas de conocimientos muy básicos, centrando la salud materno infantil en la apariencia física y estado de ánimo, como se puede observar en los siguientes extractos de entrevistas:

V².1.336 *Qué estén bien comidos, bien vestidos, ropa y cambiarlos.*

V. 1.332 *Estar bien, cuidarla bien, protegerla bien, anda tranquila, gustosa, juega.*

Las mujeres del grupo de edad de 31 a 50 años, además de la apariencia física, reportaron cuidados básicos de higiene, como lavarse las manos, así como la ausencia de síntomas de enfermedades respiratorias.

V. 0.889 *Casi no se enferma, sólo tos y gripas, no tiene moco.*

V. 0.819 *Cuidarlos, protegerlos, lavarse las manos antes de ir al baño, protegerlos del frío.*

Las mujeres de 51 a 83 años hicieron énfasis en la ausencia de enfermedades físicas, en el estado de ánimo, la tranquilidad y alegría, además de hacer referencia a conductas esperadas en el desarrollo infantil como tomar pecho, ablactación sin dificultad y un adecuado desarrollo del lenguaje y psicomotor.

V.1.267 *Pues haga de cuenta que yo los veía a mis hijos que cuando estaban sanitos pos tomaba bien el pecho y cuando empezaban a comer les daba de comer, así es como los veía que estaban sanitos.*

Respecto al grupo de alfabetismo la diferencia entre mujeres con capacidad de lectura y escritura reportaron más elementos que influyen en la salud materno infantil, como la atención y cuidado psicoafectivo

² La V simboliza el criterio de clasificación de las respuestas características, que se encuentra representado por un valor estadístico.

de las madres hacia los hijos, asistencia al centro de salud, cuidados de higiene y quizá el dato más sobresaliente fue que las mujeres reportaron como un elemento de la salud de sus hijos su propia salud. Este fue el único grupo que conceptualizó a la salud materno infantil como un binomio madre e hijo. Mientras que las respuestas de las mujeres sin capacidad de lectura y escritura reportaron la salud como la ausencia de una grave enfermedad física.

Mujeres alfabetas:

V. 0.669 *Pues nosotras más que nada, ahora si pues que no nos enfermemos y pues seguido nosotros como mamá y los niños dependen de nosotros.*

V. 0.658 *El cuidado para tener cariño hacer saber que los hijos son importantes para las madres.*

Mujeres analfabetas:

V. 1.035 *No les dolía nada, no se enfermaban.*

V. 0.956 *Estar bien, no estar enfermos, no gasta uno.*

Sin embargo, las mujeres beneficiarias de PROSPERA cuentan con mayor información acerca de la prevención y cuidado de la salud. Como, por ejemplo; comer frutas y verduras, asistir a la clínica de salud, cumplir con la aplicación de vacunas, además de hacer referencias a las pláticas y talleres que brinda la auxiliar de salud. Las mujeres sin el beneficio de PROSPERA representan la salud como la ausencia de enfermedad física y el tener un estado de ánimo de alegría y tranquilidad.

Mujeres con beneficio PROSPERA:

- V. 0.577 *Llevarlos a la clínica y los checan en talla y peso y no tienen ninguna enfermedad.*
- V. 0.415 *Llevarlos a la clínica, tomar suplementos y que cumplan con sus vacunas, les doy agua de limón, naranja y frutas porque lo platicaba la auxiliar.*

Mujeres sin beneficio PROSPERA:

- V.1.821 *Estar bien, cuidarla bien, protegerla bien, anda tranquila, gustosa, juega.*
- V.1.571 *Que está bien, que no le duela nada, que mame bien, que no chille, que crezca bien.*

Las respuestas a la pregunta ¿Qué es para usted ser madre? estuvieron compuestas por 656 palabras y se eliminaron todas aquellas palabras con frecuencias menores a 3 repeticiones, quedando un total de 185 palabras. Los resultados obtenidos en el AEDT con el cruce de las variables grupo de edades de la madre y alfabetismo, mostraron que el sentido de maternidad para las mujeres más jóvenes de 18 a 30 años, implica un estado de felicidad y responsabilidad.

- V. 2.460 *Bonito, te da felicidad.*
- V. 1.814 *Es algo muy bonito, pero ser mamá es cuidarlo, no sé, ser mamá es difícil, es muy bonito pero es una responsabilidad muy grande, es parte de la vida, yo creo que así es.*

Para las mujeres de 31 a 50 años, además de felicidad y responsabilidad, ser madre representa una idea de seguridad para estas mujeres el ser cuidadas por los hijos en la vejez. Esta información fue la más

sobresaliente (también en el grupo de 51 a 83 años), el sentido de maternidad está fuertemente representado por la garantía del cuidado en la vejez por los hijos. Representación que también se hace presente con la variable de alfabetismo.

V. 0.869 *Es un gusto y orgullo tener familia, pensé que no iba a tener, tardé 3 años en tener, a los tiempo uno se hace viejito y ellos verán por nosotros.*

V. 0.830 *Pensar en los hijos y darles lo que tenga uno y darles los cuidados, ellos ven por uno cuando ya son grandes, es apoyo.*

V. 0.570 *Hay que tener una familia con uno que tenga, dos está bien porque se malea usted no seas tan malo hijo, que diga mamá ahí estate muriendo no te voy a llevar a curar, nooo el ve con dios como le hace y él va a ser a curar usted.*

V. 0.199 *Siempre es bonito ser mamá (risas), es también ya uno solito no está uno bien (risas) ahorita ya le estoy contento me viene a ver mi hija (risas). Se siente bien, como le digo a usted ya cuenta con las hijas, se llega uno a malear tiene que verme ella, tiene que llevarme al médico.*

El poder tener hijos es para las mujeres una manera de asegurar una vejez asistida en aspectos emocionales, económicos y de salud. Gracias a la convivencia semanal con las mujeres, se logró identificar que la principal fuente de recursos económicos, y muchas veces la única, es el envío de dinero en efectivo principalmente de los hijos, seguido de los esposos.

Mujeres alfabetas:

V. 2.064 *Mejor experiencia de mi vida.*

V. 1.286 *Responsabilidad, reto, inspiración.*

Mujeres analfabetas:

V. 0.816 *Pues ya está uno bien contento porque ya tuvimos bebé, pues si es bueno tener hijos porque cuando se malean uno ya siquiera agüita le dan a uno y no tener nada se está usted jalando como un perrito y ni quien le dé a usted agua.*

V. 0.613 *Ya teniendo hijos ya somos mamás, pues bien porque mañana o pasado llega uno a estar enfermo y le dan un trago de agua, si no tuviéramos nada, quién.*

Esta diferencia tan drástica entre las mujeres con capacidad de leer y escribir, y las que no tienen dicha capacidad, podría deberse a que las mujeres alfabetas tienen mayor oportunidad de conseguir trabajo mejor remunerado y por lo tanto su percepción de seguridad alimentaria y de salud es de menor riesgo, en comparación con el otro grupo de mujeres.

Los soportes gráficos refuerzan el análisis de datos textuales pues en un 59 % las mujeres seleccionaron la imagen del niño con un perro y el rostro sucio. Ellas reportaron que la imagen representa a un niño feliz y contento porque puede jugar con un animal. Las mujeres eligieron como tema central en la percepción de la salud el aspecto emocional y sentimental, dejando en segundo plano la higiene o el contexto donde se encontraban los niños en las imágenes.

Respecto a la representación de la figura materna, 68.4 % de las mujeres opinaron que la imagen que mejor representa a la maternidad es aquella donde una mujer se encuentra amamantando a su hijo. Ellas reportaron que consideran la acción de dar pecho como una forma de dar cariño y aprecio; opinaron que dar pecho es lo más importante y que una buena madre es aquella que lo hace. Reportaron que el pecho es importante para la alimentación de un bebé y que toda madre debe hacerlo, y la parte emocional fue la representación de feliz y sonriente que tiene la mujer en la imagen.

Conclusión

Es muy revelador que aún en el contexto de alta morbilidad infantil asociada a infecciones respiratorias e intestinales agudas, la importante prevalencia de desnutrición infantil crónica, la precaria higiene corporal y bucal, la obesidad generalizada en las mujeres adolescentes y adultas que existe en la comunidad de Ocotepéc, la percepción de las mujeres sobre la propia salud y la de sus hijos es buena; las mujeres se consideran sanas y a sus hijos también.

Esta idea generalizada que las mujeres han adoptado de salud (creer estar saludable), corresponde a la ausencia de una enfermedad física grave que limite sus actividades diarias, así como la presencia de un estado de ánimo aparente de alegría tanto para ellas como para sus hijos.

Esta interiorización del concepto de salud existe pese a la presencia de síntomas claros de enfermedades que requerirían atención inmediata. Los problemas de salud frecuentes observados en la comunidad, tales como infecciones en la piel y ojos, inflamación de encías y complicaciones de caries, resfriados, pediculosis, obesidad en mujeres adultas, desnutrición en niños, parasitosis y poco aseo personal, no fueron considerados por las madres como una situación que debiera atenderse

de forma prioritaria; ellas sólo consideran enfermedad a aquellas condiciones que impiden el completo funcionamiento del individuo y que impactan negativamente en el estado de ánimo, por lo que sus acciones orientadas al cuidado de la salud son sobre todo remediales, dirigidas a la resolución de un problema evidente de falta de salud mediante la búsqueda de atención médica más no de prevención.

La representación de la salud materno infantil de las mujeres de Ocotepéc como lo muestra la Figura 2, tuvo como núcleo central la ausencia de enfermedad física grave y elementos periféricos, tales como dar pecho, alimentarse diariamente con frutas y verduras, lavar las manos antes de comer, bañarlos, beber agua hervida, cuidarlos de accidentes, protegerlos del frío, educarlos, darles cariño, lograr que tengan un estado de ánimo de aparente felicidad y llevarlos a vacunar.

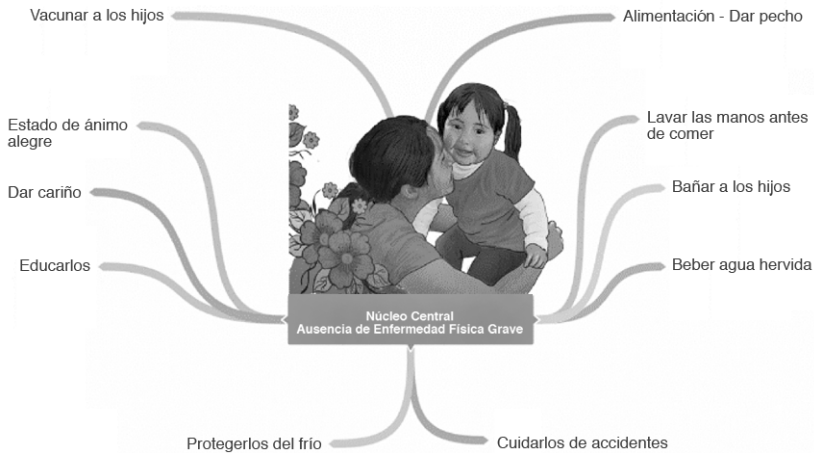


Figura 2. La representación de la salud materno infantil de las mujeres de Ocotepéc. Nota: Ruiz Moreno, R. (2018). Ilustración madre e hija para el proyecto DeMano dentro del marco de Problemas Nacionales convocatoria 2014 (PN2014-Nº246999), CONACYT. [Ilustración].

Es relevante que 42% de las mujeres entrevistadas no consideró que el ingreso económico esté relacionado con poseer buena salud y el 90% de ellas, reportó que la salud de sus hijos va de muy buena a buena.

Con la finalidad de encontrar alguna relación significativa con el cuidado a la salud, se preguntó ¿Qué es para usted ser madre? Las respuestas obtenidas asocian la representación social de lo que significa ser madre a una experiencia emocional vital y una garantía de compañía y cuidado para la madre durante su edad adulta.

Incluso en condiciones de pobreza material estructural, la capacidad de lectura y escritura de una mujer le otorga una ventaja que, combinada con un mínimo de información y agencia personal, pueden marcar la diferencia en cuanto a la salud de sus hijos. Se requieren análisis futuros para explorar cómo los aspectos socioculturales afectan la adquisición de conocimientos y las actitudes de las mujeres hacia la salud, para lo cual, se hace necesario el desarrollo de instrumentos eficaces y válidos para un contexto rural, con pobreza y una población en su mayoría analfabeta.

Acorde con resultados de investigaciones previas realizadas en México en contextos de vulnerabilidad la capacidad de lectura y escritura de las mujeres tiene un efecto significativo en el acceso a la información y en las actitudes compatibles con comportamientos que favorecen la salud (Palomar, 2015).

En resumen, los resultados de este estudio subrayan la importancia que tiene la educación formal y la oportunidad al acceso de información en el desarrollo de herramientas, habilidades y conocimientos en los individuos, que además de ser necesarios para la movilidad social y económica (Palomar, 2015), tienen un impacto significativo en la salud y el bienestar de las personas.

Se hace énfasis en el desarrollo del capital humano (Pick, Beers y Grossman-Crist, 2011) y se respaldan los modelos de intervención de desarrollo comunitario basados en el conocimiento, el desarrollo de habilidades personales y psicosociales (Venguer, Pick y Fishbein, 2007), como una estrategia sostenible para mejorar comportamientos positivos relacionados con la salud y en última instancia, romper el ciclo de pobreza.

Referencias

- Abric, J. C. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán México.
- Amescua Villela, G. (2015). *Psicoterapia Infantil Relacional, Modelo CESIGUE*. México: CEIG Editorial.
- Banco Mundial (2005). *Hay que invertir mejor en el campo para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://go.worldbank.org/07AZ4WLLK0>.
- Bécue, M, Lebart, L, Rajadell, N. (1992). El análisis estadístico de datos textuales. La lectura según los escolares de enseñanza primaria. *Anuario de Psicología*, (55), 7-22. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Biran, A., Schmidt, W. P., Varadharajan, K. S., Rajaraman, D., Kumar, R., Greenland, K., y Curtis, V. (2014). Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India (SuperAmmma): a cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*, 2(3), e145–e154. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70160-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70160-8)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). *Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2014*. México: CONEVAL.
- De Silva, M. J., y Harpham, T. (2007). Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries. *Health & Place*, 13(2), 341–355.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). Informe digital del Estado Mundial de la Infancia de 2015, reimaginar el futuro: Innovación para todos los niños y niñas. UNICEF. Recuperado de <http://sowc2015.unicef.org/?lang=es>

Hernández Maldonado, M., Ojeda Ramírez, M., Cruz López C. (2015). *La metodología estadística: casos de aplicación*. México: Imaginaria Editores.

Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría, en Serge Moscovici, Psicología social II*. México: Paidós.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Buenos Aires: Huemul.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Subsanan las desigualdades en una generación. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Resumen analítico: las mujeres y la salud: los datos de hoy la agenda de mañana*. Recuperado de http://www.who.int/gender/women_health_report/es/

Palomar, J. (2015). *Resiliencia, educación y movilidad social en adultos beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México: Universidad Iberoamericana.

- Pick, S., Beers, K., & Grossman-Crist, S. (2011). A human basis for sustainable development: How psychosocial change at the individual level promotes development. *Poverty & Public Policy*, 3(3), 1-20.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013). *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013 – 2018*. México: SEDESOL.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2017). *Programa de Inclusión Social PROSPERA*. Recuperado de <https://www.gob.mx/prospera>
- United Nations. (2015). *Every Woman, Every Child, The Global Strategy for women's, children's and adolescent's health (2016-2030)*. <http://www.who.int/lifecourse/>
- Venguer, T., Pick, S. y Fisbein, M. (2007). Health education and agency: A comprehensive program for young women in the Mixteca region of Mexico. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (4), 389-406.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network report. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- World Health Organization. (2015). Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade, 2014. Recuperado de <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/health-for-world-adolescent-who-fwc-mca-14.05-eng.pdf?ua=1>