



Redes. Revista Hispana para el Análisis de
Redes Sociales

E-ISSN: 1579-0185

revista-redes@redes-sociales.net

Universitat Autònoma de Barcelona
España

Lizardi-Gómez, Alejandra

Redes de apoyo para la atención a un padecimiento crónico en una comunidad transnacional

Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales, vol. 18, junio, 2010, pp. 47-82

Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93117218003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Redes de apoyo para la atención a un padecimiento crónico en una comunidad transnacional

Alejandra Lizardi-Gómez– Universidad de Guadalajara, México¹

Resumen

Las redes de apoyo transnacionales en la atención de padecimientos crónicos se construyen en combinación con las experiencias del padecimiento y de la migración. A través de ellas fluyen recursos materiales y simbólicos que se utilizan en respuesta a necesidades percibidas en el proceso salud-enfermedad-atención. Las redes sociales transnacionales ampliarían los recursos y la forma de manifestar las necesidades.

Para responder a este supuesto, se llevó a cabo un estudio cualitativo en una comunidad con tradición migratoria en Jalisco, México, de 2001 a 2003. A través de entrevistas semiestructuradas y de trabajo etnográfico, se analizaron las experiencias de catorce participantes con padecimiento de diabetes. Estos se agruparon como: migrantes transnacionales, migrantes de retorno, familiares de migrantes, y no migrante ni familiar de migrante. Se dilucidó, la manera en que se conforman las redes sociales de apoyo y su tamaño, el espacio en que se generan y la dinámica que las mantiene.

Se determinó que el tamaño de las redes no diferencia el acceso a los recursos. Lo hace, la dinámica de las mismas. La dinámica se exploró de dos formas: funcional y espacial, por las funciones de apoyo y por el espacio donde se originan y hacia donde fluyen.

Palabras clave: Redes de apoyo, padecimiento crónico, comunidad transnacional, migración México-Estados Unidos.

Abstract

Transnational support networks in chronic illness care are constructed in combination with the illness and migration experiences. Through these networks flows material and symbolic resources used as answer to perceived needs of ill people in their health-illness-care process. Transnational social networks would broaden the resources and the way ill people express their needs. In order to respond to this assumption, a qualitative study in a community with migratory tradition in Jalisco, Mexico, was carried out, from 2001 to 2003. Through semistructured interviews and ethnographic work, the experiences of fourteen participants with diabetes were analyzed. These were grouped as: transnational migrants, return migrants migrant's mothers and non migrant neither migrant relative. In this study is analyzed the way the support networks are constructed, their size, the transnational space where these generated and the dynamics that maintains them. The networks size does not differentiate access to resources. It is the dynamics of them what does the difference. Dynamics were explored in two forms: functional and spatial, by the support actions and by the space where they are originated and towards they flow.

Key words: Support networks, chronic illness, transnational community, Mexico-United States migration.

¹ Enviar correspondencia a: Alejandra Lizardi-Gómez [alizardi@cunorte.udg.mx].

En una comunidad transnacional, construida por la experiencia migrante de sus miembros, algunos de ellos, experimentan paralelamente, padecimientos crónicos. La pregunta que dio origen este trabajo, fue, qué forma y qué sentido toman las redes sociales de apoyo, de acuerdo a los recursos que fluyen a lo largo del espacio transnacional, para la atención a un padecimiento crónico. Como recursos, se consideraron todas aquellas acciones de apoyo dentro de la red. Para responderla, se eligió una orientación cualitativa, y poder conocer desde la perspectiva de los sujetos enfermos, el tamaño de las redes, y su dinámica, analizada por el número de acciones de apoyo y el lugar desde donde se otorgan en el espacio transnacional. De esta forma, fue posible tipificar las redes. No obstante, la construcción de estas redes depende, en gran parte, del significado que el propio sujeto enfermo otorga a la participación de otros en su atención. Para vislumbrar este significado, se interpretó, de qué forma influye el poder que quien experimenta el padecimiento se asigna a si mismo, para estructurar a su alrededor una red de relaciones de apoyo y desarrollar cierta dinámica a cada tipo de relaciones.

Dónde y cómo se buscaron las respuestas

La selección del sitio de investigación, respondió a adentrarse en un lugar donde la relación entre transnacionalismo y salud fuera evidente y continua. Existen en México, numerosas comunidades que pueden considerarse, transnacionales. La antigüedad del fenómeno, no necesariamente imprime este adjetivo, hay comunidades transnacionales, en las que la historia de migración internacional podría considerarse reciente, en comparación a otros de estados tradicionalmente expulsores. Sin embargo, se eligió una comunidad de Jalisco, un estado considerado típicamente expulsor.

En esta comunidad, que contaba en el año 2000 con 14362 habitantes, de los cuáles, 6726 eran hombres y 7636 eran mujeres (INEGI, 2000); el fenómeno de la migración internacional ha estado presente por más de un siglo, sin interrupción y en constante aumento, dando lugar a redes sociales que la sostienen y le dan continuidad. Cumple, además con lo que exponen Massey *et al* (1991), sobre el desarrollo de una estructura social compleja que apoya y alienta la migración, haciéndola: "...una opción accesible a todos los sectores sociales [que] se transforma de un fenómeno aislado en un movimiento masivo fundamental para la comunidad" (pp. 170).

Este movimiento masivo, genera campos sociales que atraviesan fronteras geográficas, culturales y políticas, como definen Glick-Schiller, Basch y Blanc-Szanton (1992) al transnacionalismo. En la descripción del contexto en que se llevó a cabo esta investigación, es posible advertir el devenir de la comunidad en una comunidad transnacional. En ella, hay una continua circulación de personas, dinero, bienes e información que generan un circuito migratorio transnacional (Rouse, 1991) y no sólo se da un flujo de bienes e información que satisface las necesidades básicas de sus habitantes a través de cambios en el orden económico y social, con la aparición de casas de cambio, las transacciones en dólares, las agrupaciones religiosas y los patronatos binacionales. También responde a los procesos salud-enfermedad-atención de diversas formas.

Una vez elegido el sitio de investigación, se desarrolló un amplio estudio, orientado desde el paradigma cualitativo. Se denominó un estudio etnográfico, y se desarrolló de abril de 2001 a marzo de 2003. El tamaño y la dinámica de las redes sociales de apoyo, fueron uno de los fenómenos centrales a desentrañar. Para ello, se privilegió la voz de quienes viven con un padecimiento crónico, específicamente, la diabetes.

La selección de los participantes, se dio a través de un muestreo intencional, conocido también como, no probabilístico, en base a criterios o de juicio (Ritchie, Lewis y Elam, 2003). En este, se entrevista a las personas que llenan los criterios establecidos tratando de diversificar la manera en que se establecieron los contactos para acercarse a ellas (García y de Oliveira, 1994). Sus propósitos son dos, el primero es asegurar que los componentes clave de relevancia al tema de estudio estén cubiertos, y el segundo, asegurar que dentro de cada criterio clave, se incluye alguna diversidad que permita explorar el impacto de la característica que interesa estudiar (Ritchie, Lewis y Elam, 2003). "Aunque este muestro implica algunas elecciones deliberadas, esto no debe sugerir ningún sesgo en la naturaleza de las elecciones hechas" (p. 80).

Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad semi-estructurada, que se analizaron por su contenido. En este análisis, se preestablece un esquema a partir de la identificación de temas generales y específicos del estudio, dicho esquema permite la codificación de la información (Mercado, 1996).

Las voces que aquí se plasman, corresponde a catorce participantes, casualmente, siete hombres y siete mujeres. Las características rectoras para el análisis de sus experiencias de atención al padecimiento, se establecieron de acuerdo a su experiencia migratoria. Una comunidad transnacional, adquiere una dinámica y una fisonomía caracterizada por la experiencia migratorias de algunos de sus miembros, sin embargo, no todos ellos son, o fueron en algún momento de sus vidas, migrantes.

Los cambios en estas comunidades resultan tanto de las acciones de sus migrantes como de quienes viven su partida. Como lo expresa Fletcher (1999:50): "La constante circulación de migrantes y pobladores en un circuito transnacional significa que la gente en un lugar está al tanto de las acciones tomadas por los individuos en el otro. La comunidad reclama a los migrantes ausentes así como lo hacen sus propios hogares".

Las categorías resultantes fueron: migrantes transnacionales, migrantes de retorno, madres de migrantes y no migrante ni familiar de migrante.

La primera categoría, se asignó a quienes viajaban a Estados Unidos por lo menos una vez al año y permanecían allá mínimo, dos meses. Estos viajes, significaron que habían cruzado alguna vez en sus vidas, la frontera, en búsqueda de trabajo y adquirieron por ello algunos beneficios, entre otros, asistencia médica. Significó, además, que sus hijos u otros familiares permanecían en aquel país.

Los migrantes de retorno, fueron aquellos que trabajaron alguna vez en Estados Unidos, de manera legal o no. Ellos pasaban la mayor parte de su vida reciente, en la comunidad de origen, pero hacían viajes a Estados Unidos por que algunos de sus hijos emigraron.

Las madres de migrantes, nunca buscaron trabajo en el norte, pero si lo hicieron sus esposos, y por supuesto, la mayoría de sus hijos, quienes permanecían en la unión americana.

Sólo uno de ellos, no incluía en su historia ningún viaje al país vecino. Ni su esposo e hijos habían emigrado,

En el Cuadro 1, aparecen los participantes, la categoría en que fueron analizadas sus experiencias de atención al padecimiento, sus edades y los años de vivir sabiéndose diabéticos.

Participante	Edad	Años con diabetes	Participante	Edad	Años con diabetes
<i>Migrantes transnacionales</i>			<i>Madres de migrantes</i>		
Eusebio	70	16	Eloísa	87	13
Félix	72	8	Matilde	52	4
Lucio	58	4	Prudencia	55	10
Roque	69	12	Úrsula	51	3
Clara	58	4	<i>No migrante ni familiar de migrante</i>		
<i>Migrantes de retronó</i>			Adela	54	4
Lucas	68	4			
Teodoro	74	17			
Jerónimo	72	15			
Brígida	74	12			

Cuadro 1. Características de los participantes.

El acercamiento para presentar los hallazgos

Los elementos que permitieron nombrar a las redes de acuerdo a su estructura y dinámica y asignar un tipo de red a los participantes, se exponen a continuación. Seguidamente, se presentan los conceptos que permitieron asignar, a estas redes de apoyo, un sentido de acuerdo al poder entre las relaciones que las sostienen.

Para “medir” de alguna forma el tamaño y estructura de las redes, se respondió a través de las narraciones de los participantes, a las preguntas ¿quién hace algo en la atención a su padecimiento? y ¿qué es lo que hace?. Para ello se recurrió a dos de las múltiples categorizaciones de apoyo social. Una de ellas es la de Kahn y Antonucci (1980), en que se refieren a las acciones o transacciones en la red social sobre elementos afectivos, de afirmación y de ayuda.

Las transacciones de afecto incluyen expresiones de gusto por el otro, de admiración, de respeto y de amor. Las transacciones afirmativas incluyen expresiones de acuerdo reconocimiento de un acto o manifestación de otra persona. Las transacciones en las que se da ayuda directa o asistencia, incluyen el proveer cosas, dinero, información tiempo y derechos.

Las transacciones de ayuda las refina House (1981) separando el apoyo informacional y el instrumental. El proveer dinero, trabajo, tiempo o el modificar el ambiente de la persona enferma cabría dentro del término apoyo instrumental y se otorga directamente para resolver las necesidades del enfermo. El proveer consejos, sugerencias, orientación o información son parte del apoyo informacional y se enfocan a apoyar a las personas para que se ayuden a sí mismas.

Para determinar la composición de la red, se tomó la tipología sugerida por Maya (2001) para diferenciar las redes pequeñas o de tamaño medio centradas en los amigos, familiares o mixtas, a las que se agregaron los profesionales de la salud, dado que estos aparecieron en las narraciones de los participantes como miembros cuya funciones de apoyo se consideraron importantes.

Otro aspecto en el que se discurrió para entender el funcionamiento o dinámica de las redes, fue lo que señalan Connell, Fisher y Houston, (1992), sobre el impacto del apoyo social en las enfermedades crónicas en cada etapa de la enfermedad: en su aparición, en la adherencia a regímenes médicos, en la recuperación en la rehabilitación y en la adaptación a la enfermedad.

Para visualizar la estructura y dinámica de las redes en el contexto transnacional, y responder a dónde se otorga el apoyo y de dónde provienen los recursos para ello, se expone el planteamiento de Cravey et al (2000) sobre la redes socio-espaciales de conocimiento.

Los autores destacan que la experiencia de salud-enfermedad es específica a un lugar y a través de ella se desarrollan sentimientos de identidad. Las personas se enfrentan a la enfermedad y a su atención en lugares y escenarios específicos. Por lo que se preguntan qué pasa con las personas que se mueven y reciben información sobre su enfermedad en diferentes sitios. Si se pretende mejorar la atención de las enfermedades crónicas, sugieren los autores, es necesario estar atentos al lugar donde las personas obtienen información y no ignorar los patrones geográficos y los flujos de información.

Aunque el propósito de los autores es “mapear” las redes de información, este análisis se reserva únicamente al reconocimiento de los puntos donde se obtiene, no sólo información sobre la enfermedad, sino donde se dan los otros elementos del apoyo y cómo fluyen a través del espacio transnacional.

Sobre el sentido de las redes, se juzgó importante interpretar, de qué forma influye el poder que se otorga el sujeto enfermo para estructurar a su alrededor una red de relaciones de apoyo y desarrollar cierta dinámica a cada tipo de relaciones.

Para ello se tomó en cuenta el planteamiento de Willer y Willer (2000) sobre la existencia de tres tipos de redes con relación al poder entre sus miembros: redes de poder fuerte, equitativo y débil.

En las primeras, sólo existen dos posiciones en la red, una fuerte y una débil. Las transacciones se efectúan entre ellas favoreciendo siempre a la postura de mayor poder. Quien se posiciona en el punto de poder fuerte jamás se excluye; en cambio, quienes se ubiquen debajo de él, pueden ser excluidos. La relación puede mantenerse mientras exista por lo menos un punto – o nodo- ubicado en la posición débil.

Las redes de poder equitativo sólo tienen un tipo de posición, todos los puntos tienen exactamente el mismo patrón de relaciones directas o indirectas, son estructuralmente isomórficas y no pueden tener ventajas entre ellas.

Las redes que no caben en los dos tipos anteriores son de poder débil: no son isomórficas, el poder no es equitativo en todos sus puntos, no hay posiciones que se exploten ni excluyan y sólo se refieren a sus posiciones como más altas o más bajas.

Las redes de apoyo construidas por los actores

Los migrantes transnacionales

EUSEBIO

Emigró por primera vez en 1972. Ya habían nacido sus cuatro hijos, dos hombres y dos mujeres que fueron el principal motivo por el que se fue a buscar trabajo, para darles estudio. Llegó California con una hermana y encontró trabajo en una fábrica de casas rodantes. En ello trabajó durante 24 años, tiempo en que viajó a la comunidad de origen en pocas ocasiones. Después de 14 años de su llegada, sus hijos varones decidieron irse con él al norte. Sus hijas, lo visitaban en vacaciones mientras eran estudiantes, su esposa, lo acompañó hasta 1990 cuando obtuvo una visa de turista. Para ese entonces, Eusebio y sus dos hijos tenían ya la residencia estadounidense. Cuatro años después, las hijas decidieron irse con su padre quien ya había logrado “arreglarle” a su esposa sus papeles como residente. Ese mismo año, 1994, Eusebio decidió dejar de trabajar y regresar a la comunidad de origen.

Con los hijos allá, y con la “obligación” de cobrar su pensión, Eusebio y su esposa han viajado con frecuencia a Estados Unidos. Pasan por lo general cinco o seis meses allá, y el resto del año en la comunidad de origen. Sus cuatro hijos son ya ciudadanos estadounidenses y tres de ellos están casados, ampliando la familia con cuatro nietos.

Le diagnosticaron diabetes, en una clínica particular en California a la que una de sus hermanas le insistió en que la acompañara. Cuando pudo pasar la frontera sin problema, una vez que tuvo residencia, acudió a Tijuana con un médico especialista “en eso del diabetes” y compraba medicina. También visitaba a un médico de una clínica particular en sus viajes a la comunidad de origen. En ella, lo invitaron a las pláticas del Club de Diabéticos del Centro de Salud, pero está convencido de que no por ir, se le va a quitar la diabetes. Esta razón es la misma por la que se había negado a checar los niveles de glucosa en su casa con un glucómetro² que compró en Estados Unidos. La insistencia por hacerlo, de parte de su hermana, la misma que lo llevó aquella vez a encontrarse con su diagnóstico, era motivo de desacuerdos entre ellos:

Pues yo le voy a decir, que pa´ qué [se checa uno], ya sabe uno que tiene su enfermedad y si usted se está chequeando todos los días, no se le va a quitar con chequearselo, o sí? Entonces, yo le decía a mi hermana ‘no, no, no’, ‘que mira, que’, ‘no, no, quitate, yo no soy tan tarugo para estarme picando’, no por lo que duele, ni por nada, pero pos qué gana uno.

Sus hijos participaban de forma esporádica en la atención a su padecimiento. Sólo uno de ellos, el hijo varón mayor, estaba pendiente de las molestias ocasionales de Eusebio, recordándole que podían deberse a la diabetes. Su esposa permanecía un tanto ajena a la atención al padecimiento. Ella decía, que no sabía nada sobre la diabetes, que Eusebio era quien decidía qué remedios tomar. Acudía recientemente, a la ciudad de Juchipila, Zacatecas, a atenderse una inflamación de la próstata; en su último viaje a California, consultó a dos médicos naturistas para evitar su reaparición. Una de sus hijas se encargaba de enviarle a la comunidad de origen, el medicamento que ellos le recetaron.

FÉLIX

En 1951, se fue a Estados Unidos. Trabajó en la agricultura y regresó a la comunidad de origen para casarse. En 1957 volvió al norte para permanecer un año trabajando en el campo. Para entonces ya tenía cuatro hijos. Regresó por ellos y su esposa y en 1962 “arregló” su residencia. Durante 20 años él y su familia crecieron en California. Nacieron tres hijos más, en total dos hombres y cinco mujeres. Sus siete hijos estaban en Estados Unidos al momento de esta investigación, cuatro en Texas y tres en California. Desde que regresó a la comunidad de origen, iba al

² El glucómetro es un aparato para medir los niveles de glucosa en sangre por método amperométrico que requiere de tiras reactivas adecuadas (Robles, 2002). Este se ha reportado como un recurso material común en la atención a la diabetes en familias que tienen migrantes en sus redes de apoyo.

norte para recibir su pensión y visitar a los hijos. Félix estaba dentro del programa MediCal³ y en sus viajes recientes al norte había aprovechado para consultar sobre su vista y su audición. No olvidaba llevar cajas de medicamentos desde la comunidad de origen, para el manejo de la diabetes y la hipertensión⁴.

Cuando se le preguntó quién le platicaba todo lo que sabía sobre sus enfermedades, porque para cada una de ellas ofreció una explicación personal de sus causas y efectos, contestó:

¡Pos los doctores!, ahí mismo [en el Centro de Salud] nos dan clases, los doctores vienen, viene uno que es naturista que sabe mucho de enfermedades, de cómo vienen y cómo las protege uno, ahora p'al miércoles nos dan clases, hay veces que nos dan del diabetes que es lo que debemos comer, las frutas cómo se arreglan, cómo no le hacen a uno daño, ellos ahí nos controlan, por eso se llama control.

Su esposa, lo acompañaba a estas pláticas, y estaba al tanto de que tomara sus medicamentos correctamente, porque según Félix algunas veces se le había olvidado porque "a uno ya de viejo no le circula bien la cabeza". Tenía además, una concuña con diabetes que es su compañera en el Club de Diabéticos, Matilde, quien también fue participante de esta investigación, y dijo tener siempre mucha plática con "todos los diabéticos". Una de sus hijas había sido diagnosticada con diabetes en California, y en su última visita a la comunidad de origen, le llevó un glucómetro y le pidió consejos para mantenerse controlada.

LUCIO (Y CLARA)

Lucio y Clara eran esposos. Ambos tenían diabetes e hipertensión. Lucio fue a California por primera vez en 1970. Para el segundo viaje, en 1973, llevó con él a Clara que pudo obtener una visa de turista. Lucio seguía atravesando de manera ilegal y poco a poco fue llevándose a su hermano, a sus dos hermanas y a sus padres. Clara regresó después de cuatro años entre Tijuana y Anaheim, California donde se estableció la familia de Lucio. Lucio obtuvo una visa de turista que seguía

³ El MediCal es un programa de seguro médico para personas de bajos recursos residentes del estado de California. Este programa es financiado por los gobiernos estatal y federal.

⁴ Tanto acudir a los médicos en Estados Unidos, como el transporte de medicamentos desde el lugar de origen, han sido documentados por Messias (1997) en el caso de mujeres brasileñas. Destaca la autora que los migrantes transnacionales tiene la oportunidad de comparar los sistemas de salud de los lugares de origen y destino en términos de costos, accesos, calidad de atención y confianza y hacer uso de ellos conforme a sus criterios personales. Respecto a los medicamentos, se solicitan a los familiares en Brasil o los llevan ellas mismas de regreso de sus viajes, sobre todo los que son útiles para enfermedades agudas, como analgésicos o antibióticos, principalmente por la dificultad de comprarlos sin receta en las farmacias norteamericanas.

renovando y con la que continuó yendo a trabajar a California. Sus hermanos ya eran ciudadanos estadounidenses, y su padre residente. Hacía ocho años el hermano de Lucio, quien también padecía diabetes, le ofreció meter “la aplicación” para que se convirtiera en residente, pero “el tontismo” según Lucio, le hizo decir a su hermano que no llevara a cabo la solicitud. De lo contrario, le habrían faltado a Lucio dos años para ser residente, “ya ve que para los hermanos [de los ciudadanos] son diez años [de espera]”. Cuando se le preguntó porque hablaba de “tontismo”, que si le habría gustado ser residente, contestó junto con Clara:

“¡Pos como no! [Clara: porque allá ayuda el gobierno] me hubiera gustado pa’ la MediCal, fíjese en la situación que regresé yo [a la comunidad de origen], así en dos, tres años [Clara: lo hubieran metido al MediCal y luego luego el gobierno] y una pequeña aseguranza, del modo que haya sido, una pensión, si simplemente con el medicamento ya, ahora tengo que estar aquí [Clara: yo le dije ‘¡hombre! hubieras aceptado’] yo con mi visa entraba y salía, pero con esa no hay ninguna garantía, ningún apoyo pues”.

De parte de la familia de Clara, dijo no recibir ningún apoyo. Sin embargo, un sobrino de ella, llevaba a Lucio a un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tonalá, Jalisco haciéndolo pasar como su padre, hasta que Lucio decidió dejar de ir por la mala atención y además por las mentiras que lo ponían “de nervios”.

Lucio y Clara tomaban los mismos medicamentos, y conocían los efectos secundarios que a cada uno le ocasionan. No habían regresado a Estados Unidos desde junio de 2001. En sus últimos dos viajes, además de que Lucio trabajara, estaba como principal objetivo ir con un médico a Tijuana que les recomendaron a sus hermanos. Su papá se mudó definitivamente a California, para que el dinero que enviaban los hermanos a la comunidad de origen para él, Lucio y Clara, lo aprovecharan mejor estos últimos. Se dedicaban a vender en el tianguis de la comunidad de origen, ropa usada y aparatos que les llevaban sus hermanos en las visitas de cada seis meses, y otros que les regalaban los vecinos y amigos, porque mucha gente, decía Lucio “se ha venido enterando de nuestra enfermedad”. Hasta hacía un año visitaba a un médico naturista en Tepatitlán, Jalisco. Clara lo acompañaba y le describía los procedimientos de acupuntura que le efectuaban. Dejaron de ir por la escasez de dinero. En la comunidad de origen, iban juntos al Hospital Regional.

ROQUE

Roque se fue junto con su esposa a California en 1972. Ya tenían a siete de sus ocho hijos –cinco hombres y tres mujeres-, a los que dejaron en casa de la madre de su esposa, y por los que fueron regresando poco a poco. En 1975, ya estaba la familia en California y se completó con el nacimiento del hijo menor, quien hacía un año de esta investigación, cumpliría la mayoría de edad y solicitó la residencia para sus padres, quienes habían viajado con una visa de turistas otorgada en 1989. Pasaban seis meses en la comunidad de origen y los otros seis, de septiembre a marzo, se iban a California con la familia, y a Pennsylvania, donde estaba uno de sus hijos.

Roque acudía con poca frecuencia al Centro de Salud, donde recibía medicina,⁵ que cuando se le acababa compraba en una farmacia, y llevaba en sus viajes a Estados Unidos. Mientras estaba allá, no acudía con médicos y sólo procuraba comer más frutas y verduras y trabajar. Se consideraba bien controlado, y por lo mismo, manifestaba no tener ninguna molestia ocasionada por la diabetes. Sus hijos estaban enterados de su condición, pero decía Roque que no le aconsejaban nada porque:

Ellos ignoran todo eso, ignoran todo eso, nada más a la casa que llevo siempre tratan de darme comida mas o menos especial para el diabetes, mucha fruta, mucha verdura, poca carne, poca tortilla.

Además de su esposa, que siempre estaba cuidadosa de la dieta de Roque, éste platicaba de su diabetes con su hermana y una tía que también la padecían.

En el Cuadro 2, aparece quiénes, qué y dónde hacían algo para atender el padecimiento de los migrantes transnacionales.

⁵ Roque, como la mayoría que acudía al Club de Diabéticos, encontraban ventajoso, que se les obsequiara el medicamento si asistían puntualmente al control y a las pláticas cada mes. Esto se opone a lo encontrado por Morsy (1993) en una comunidad rural egipcia, en la que se confía y valora mejor el medicamento comprado por el enfermo, que el que se recibe gratuitamente en los servicios de salud públicos.

(Quiénes participan, con qué tipo de transacciones y dónde participan)

	Afecto	Afirmación	Ayuda	
			Informacional	Instrumental
Eusebio		Hijo (Ca-CO)	Hijo (Ca-CO) Hermana (Ca) Sobrino (Ca-Tij) Médicos(Ca-Tij-Gdl-Juch-CO)	Hijo (Ca-CO) Hija(Ca) Esposa (CO) Hermana (Ca) Sobrino (Ca-Tij) Médicos (Tij-Juch-CO)
Félix	Esposa (CO) Hijos (Ca-Tx-CO) Médicos (CO) Amigos-Vecinos (CO)	Esposa (CO) Hijos (Ca-Tx-CO) Médico (CO) Amigos-Vecinos (CO)	Esposa (CO) Hijos (Ca-Tx-CO) Médicos (Ca- CO) Amigos-Vecinos (CO)	Esposa (CO) Hijos (Ca-Tx-CO) Médicos (Ca- CO)
Lucio [y Clara]	Esposa (CO) Hermanos (Ca-CO) Padre (Ca-CO) Amigos-Vecinos (CO) Médicos (Tij-CO) [Esposo (CO)] [Cuñados (Ca-CO)] [Suegro (Ca-CO)] [Amigos-Vecinos (CO)]	Esposa (CO) Hermanos (Ca-CO) Padre (Ca-CO) Amigos-Vecinos (CO) Médico (CO) [Esposo (CO)] [Cuñados (Ca-CO)] [Suegro (Ca-CO)] [Amigos-Vecinos (CO)] [Médico (CO)]	Esposa (CO) Hermanos (Ca-CO) Padre (Ca-CO) Amigos-Vecinos (CO) Médicos (Ca-Tij-CO-Tepa) Club DM (CO) [Esposo (CO)] [Cuñados (Ca-CO)] [Suegro (Ca-CO)] [Amigos-Vecinos (CO)] [Médico (CO)] [Club DM (CO)]	Esposa (CO) Hermanos (Ca-CO) Amigos-Vecinos (CO) Médicos (Ca-Tij-CO-Tepa) Club DM (CO) Sobrino (Gdl) [Esposo (CO)] [Cuñados (Ca-CO)] [Amigos-Vecinos (CO)] [Médico (CO)] [Club DM (CO)]
Roque	Esposa (CO)	Esposa (CO)	Hermana (CO) Tía (CO) Médico (CO) Club DM (CO)	Esposa (CO) Hijos (Ca-Penn-CO) Médico (CO) Club DM (CO)

Ca=California, EUA; Gdl=Guadalajara, Jal.; Juch=Juchipila, Zac.; Penn= Pennsylvania, EUA; Tepa=Tepatitlán, Jal.; Tij=Tijuana, BC; Tx=Texas, EUA; CO=Comunidad de origen. Club DM= Club de Diabéticos del Centro de Salud.

Cuadro 2. Red de apoyo para atención al padecimiento de los migrantes transnacionales.

Los que fueron migrantes

JERÓNIMO (Y BRÍGIDA)

En 1951, Jerónimo se convirtió en bracero por primera vez y se fue a trabajar a los campos estadounidenses. Regresó 18 meses después y se quedó con su familia hasta 1957 que salió a contratarse de nuevo a Empalme, Sonora, trabajó por 45

días. No volvió a Estados Unidos hasta hacía 8 años que los hijos empezaron a buscar trabajo en el norte “porque no quisieron estudiar”.

Seis de sus diez hijos vivían en California, Jerónimo y Brígida su esposa, los habían visitado una o dos veces por año. Fueron los únicos participantes de esta investigación, afiliados al IMSS por régimen de pequeños propietarios, ellos decían que “compraban el seguro”. Acudían a consulta cada mes en la UMF del IMSS en la comunidad de origen y sólo “para una enfermedad grave” acudían al Hospital Regional de Tepatitlán, Jalisco. Un hermano de Jerónimo, tenía diabetes y vivía en Estados Unidos, igual que una de sus hijas, que vivía en California. Ella era la que se encargaba de enviarles un glucómetro y azúcar baja en calorías. Tenían una hija enfermera, que participaba en el control de sus padres. Según ellos, solos se bastaban, Jerónimo decía “Casi no platica uno de sus enfermedades, como cada uno las tiene, seguro se las aguanta.”

LUCAS

La primera vez que fue a Estados Unidos tenía 18 años, y encontró trabajo en California. No le pareció buena paga pero se quedó seis años cosechando verduras y limpiando establos. Ocho veces vino y fue “sin papeles”, la última en 1963. Al momento de esta investigación, vivían en California cuatro de sus cinco hijos: dos hombres y dos mujeres. Además de una nieta que ocasionalmente les enviaba dinero. Una hija vivía cerca de él y su esposa en la comunidad de origen. Lucas supo que tenía diabetes porque platicando con sus amigos, les habló de su orinadera y le recomendaron ir al médico. Sabiendo su diagnóstico, comenzó a ir al Club de Diabéticos, porque con la asistencia, obtenía la medicina sin pagar por ella. Cada mes estuvo en las pláticas, salía con su medicina y la tomaba según su memoria le permitía: “a veces se me olvida en la mañana, pero en la noche me trago dos (ríe), las emparejo”. Acudía a consulta con un médico en Tepatitlán, Jalisco para atender, además, una enfermedad del corazón.

TEODORO

Teodoro, fue a Estados Unidos como bracero cinco veces, antes de casarse en 1960. Sus estancias variaron de los 45 días al año y medio. Tenía tres hijos en Estados Unidos, en California: dos hombres y una mujer. La hija menor, vivía en Guadalajara y los visitaba cada tres meses. Sus hijos del norte venían cada año, pero no dejaban de enviarle dinero, porque, decía su esposa: “Pos ya saben que su

papá no puede trabajar, no dejan de ayudar”. También le mandaban frascos de vitaminas cuando alguien viajaba hacia la comunidad de origen.⁶ Teodoro presumía que sus hijos eran muy buenos, porque conocía otros que ni escribían a sus familias. Él y su esposa creían que el ejercicio era bueno para curar la diabetes y otras enfermedades. Por eso, salían todas las tardes a buscar plática con los amigos, y a visitar a sus hermanas. Su esposa no lo acompañaba a las pláticas del Club de Diabéticos, sin embargo, Teodoro le contaba de lo que trataban y juntos hacían sus planes de cuidado:

“El otro día fui a los análisis y me quedé a las pláticas, lástima que yo no aprendo nada, no se me pega nada, por mala memoria algo así, pero no, donde voy a aprenderme todo, y luego otra cosa, como que uno que no tienen mucho acá [en la cabeza] parece que le hablan en inglés [Esposa: no entiende las cosas] [Entrevistadora: ¿Y van juntos a las pláticas?] No, pero yo llego y le digo, ‘ira, me dijeron esto hoy, me encargaron mucho esto [Esposa: y luego que a mí también me platican acá las gentes]”.

Además de ir con los médicos, a las pláticas del Centro de Salud, Teodoro y su esposa aconsejaban, y recibían sugerencias de una hermana y una prima de Teodoro que también padecían diabetes. No faltaba quien se acercara a compartirles remedios, entre otras conversaciones, en las tardes que sacaban su mesita llena de dulces para vender fuera de su casa.

En el Cuadro 3, aparecen los miembros de las redes de quienes se quedaron en la comunidad de origen con su diabetes, pero que alguna vez atravesaron la frontera.

⁶ En un estudio, sobre el impacto de la migración en familias urbanas de Guadalajara, Flores (2000) reportó, que la prevención de enfermedades y el mantenimiento o recuperación de la salud, es una prioridad para el gasto de remesas y consumo de recurso enviados, entre los que destacan los complementos vitamínicos enviado principalmente de hijos a padres

(Quiénes participan, con qué tipo de transacciones y dónde participan)

	Afecto	Afirmación	Ayuda	
			Informacional	Instrumental
Jerónimo y Brígida	Esposa (o) (CO)	Esposa (o) (CO) Hijos (Ca-CO)	Esposa (o) (CO) Hija con DM (Ca) Hija enfermera (CO) Hermano (Ca) Médicos (CO)	Esposa (o) (CO) Hijos (Ca-CO) Médicos (CO)
Lucas		Esposa (CO)	Esposa (CO) Amigos-Vecinos (CO) Médicos (Tepa-CO) Club DM (CO)	Esposa (CO) Hijas (Ca-CO) Amigos-Vecinos (CO) Médicos (Tepa-CO) Club DM (CO)
Teodoro	Esposa (CO) Hijos (Ca-Gdl) Médico (CO) Club DM (CO)	Esposa (CO)	Esposa (CO) Hermana (CO) Prima (CO) Médicos (CO) Club DM (CO) Amigos-Vecinos (CO)	Esposa (CO) Hijos (Ca-Gdl) Médicos (CO) Club DM (CO)

Ca=California, EUA; Gdl=Guadalajara, Jal.; Tepa=Tepatitlán, Jal.; CO=Comunidad de origen.

Club DM= Club de Diabéticos del Centro de Salud.

Cuadro 3. Red de apoyo para atención al padecimiento de los que fueron migrantes.

Las madres de migrantes

ELOÍSA

Su esposo, viajaba a Estados Unidos desde 1938 a trabajar, y ella decía que siempre fue bracero, hasta que se quedó en la comunidad de origen después de casi 30 años de ires y venires. El único hijo varón de Eloísa, vivía en Guaymas, Sonora. Sus cuatro hijas, se casaron con hombres que “desde muchachos” trabajaban en el norte. Tres de ellas estaban permanentemente en California, y la menor, pasaba cuatro meses con sus hijas, allá mismo y el resto del año con sus hijos en la comunidad de origen. Esta hija, también padecía diabetes, y junto con Eloísa, pasaban buen rato de sus conversaciones, compartiendo estrategias para sentir menos molestias. Cuando le dijeron a Eloísa, que tenía diabetes en la comunidad de origen, comenzó a ir al Centro de Salud, a las pláticas de control. Entonces vivía con ella una ahijada que la acompañó cinco años. Al respecto Eloísa recordaba:

Cada mes iba a las pláticas, ¡pos que me estorbaba! Aquí estaba Lola [su ahijada], el día que me tocaba me iba, y nos daban una lista para que estuviéramos..... [Entrevistadora: ¿siguiendo algunos puntos?] sí, y a mí si me gustaba ir, porque algunos me decían ‘no te dan vergüenza ir?’, ‘no, ¡qué vergüenza!, cuando menos aprendo si hay algo que me hace daño, o qué debo hacer’ [Entrevistadora: ¿ya no va?] no, ya no, me canso al caminar, siento las piernas así de gordas y mis pieses como que ya se cansan mucho, pero es que ya son los años.

El dolor de piernas que decía sentir, fue motivo por el que después de cuatro viajes que hizo a California a visitar a sus hijos y nietos y en los que recorría durante periodos de seis a nueve meses sus hogares en Los Angeles, San Francisco, San Leandro y Sacramento, les anunciara en 1993, que ya no saldría de su casa. Eloísa, decía que todos en su familia, incluyendo a los nietos, le ayudaban con dinero: “el que tiene poquito con poquito, y el que tiene muchito, con muchito”. Uno de sus yernos, le enviaba vitamina E en grandes frascos, “por mayoreo” decía Eloísa. Su hijo, desde Guaymas, la visitaba cinco o seis veces al año y le pedía que cada vez que fuera a hacerse análisis de la diabetes, le sacara una copia a sus resultados y se los enviara por correo. A pesar de haber dejado de ir al Club de Diabéticos, cada mes visitaba al médico internista. Con toda la atención de su extensa familia, Eloísa reconocía ser feliz viviendo sola en su casa, porque ahí hacía lo que quería, y entre lo que quería estaba cuidarse ella misma. Sabía que si ella no se cuidaba sola, quién lo iba a hacer, porque le apenaba darles tanta lata a los hijos, aunque reconocía que seguramente no los había cansado por eso.

MATILDE

Matilde estaba casada con Simón, quien intentó trabajar en Estados Unidos hace 40 años, cruzó ocho veces la frontera en diez días hasta que regresó a la comunidad de origen por que “no le tocaba”. A dos de sus cinco hijos sí les tocó y vivían en California. A Matilde le dijeron que tenía diabetes en un centro de salud. Dos de sus hijas, vivían en Guadalajara, una de ellas era médica. Solía ir al Centro de Salud para escuchar las pláticas del Club de Diabéticos, pero reconocía que aunque les dicen que debían comer:

Somos re’ porfiados no creas, le anda uno prebando a todo, yo no como mucho, pero dejar también de un jalonazo, como que no [...]. Me dicen que adelgace, pero dije ‘¡uy! pa’ adelgazar necesito no comer (rie), y luego iba a dar vueltas al campo deportivo, como ocho vueltas daba y si alcanza uno a sudar, pero ahora sólo veo que andan ahí con la doctora a vuelta y vuelta, pero yo por no levantarme temprano, por flojera seguro ¿verdad?, ya no he ido a caminar.

Una de sus hijas, vivía con ella y con Simón en la comunidad de origen, y aunque platicaban poco sobre sus padecimientos, Matilde decía que “de menos” no la mortificaba.

PRUDENCIA

Prudencia era viuda, tuvo cinco hijos. El menor, quien era el único que vivía en la comunidad de origen, había muerto dos años atrás y Prudencia vivía entonces, con su nuera viuda y dos nietos, en una casa que compró una hija residente en California. Prudencia recibía apoyo desde California donde está su hijo mayor, y sus dos hijas. Los gastos de cada día, los compartían Prudencia y su nuera. La primera, con el dinero que recibía de sus hijos cada mes, desde Estados Unidos, 100 ó 200 dólares. Las segunda, con la pensión por el fallecimiento de su esposo. Las hijas de Prudencia procuraban hablar con ella por teléfono cada semana, y le preguntaban sobre su padecimiento. Le insistían en que no dudara pedir lo que necesitara, que ellas verían cómo lo conseguían. Le preguntaban también, si algún día iría con ellas a Estados Unidos.⁷ Pero Prudencia decía:

Nos llevamos bien, si me voy para allá, a pasearme sabe si me anime o no, pero como quedarme a vivir no, porque el día que vea a alguien enojado yo no voy a estar a gusto, y yo quiero llevar una vida tranquila, como le digo a mi hija ‘mira hija, aquí me ayudas, pero si me voy allá y se pelean ustedes, estoy mejor aquí’, y no me gusta andar agarrando cosas, que si tengo hambre y voy a agarrar, no, aquí tengo mis cosas y si tengo comida, como y si no, no, pero no quiero pedirles y a vivir con ellos, no. [....]. No a veces, hubo un tiempo que ni frijoles teníamos, yo comía el puro caldito, y me daban unas regañadas mis hijas ‘pero mamá, para eso somos tus hijas, de lo que tengamos tenemos que darte a ti’ pero yo nunca les pido nada, nunca me gusta pedirles, no me animo a pedirles”.

Al igual que Eloísa, Prudencia decía que era buena para atenderse sola. Iba al médico internista cada mes. Sólo había faltado al Club de Diabéticos cuando murieron su hijo y su esposo. Tenía seis hermanos en localidades cercanas a la comunidad de origen, tres hombres y tres mujeres, que le sugerían no trabajar en nada pesado desde que se enteraran que Prudencia también padecía osteoporosis. Ocasionalmente, Prudencia se iba a pasar temporadas con sus hermanas a los lugares donde vivían.

⁷ Robles (2002), en su trabajo sobre cuidadores en padecimientos crónicos, enfatiza que siendo las mujeres quienes predominantemente asumen este papel, existen sin embargo algunos motivos para excluirlas del escenario del cuidado. Uno de ellos es la residencia de las hijas fuera del lugar donde viven los padres enfermos. En el caso de las hijas que viven en Estados Unidos no existe siquiera la posibilidad de convertirse en potenciales cuidadoras. Esto fue evidente en la situación de Prudencia, única cuidadora de sí misma.

ÚRSULA

Úrsula estaba casada con Matías, quien viajaba a Estados Unidos mientras “criaban a los hijos” y se quedaba seis u ocho meses trabajando en la agricultura o como lavaplatos. Había dejado de ir hacía veinticinco años y trabajaba entonces, como albañil en la comunidad de origen. Su hija se casó con un “emigrado” y ya era ciudadana estadounidense; vivía en Hawai y para allá invitó a su hermano menor a trabajar en el restaurante de un hotel. El hijo mayor de Úrsula vivía en Oregon y trabajaba como obrero en una fábrica de botanas. Hacía tres años le diagnosticaron diabetes porque sus vecinas le insistían que fuera a checar su estado de salud. Úrsula sólo acostumbraba ir a hacerse el papanicolau cada año, pero tomó en cuenta la sugerencia de sus vecinas:

Es que estaba rebajando [de peso] y todas las de la otra calle me dijeron que fuera a hacerme examen de todo, ‘que es bueno hacerte un chequeo, que una muchacha salió con la presión alta y luego uno ya con la edad’ y fui allí [al Centro de Salud] y me hice eso y dije ‘¡mira! buenas fregaderas me salieron’, sepa eso ni voy, yo no quería que me dijeran que tenía eso, si no se quita, y dije ‘será cierto o no’ de todos modos ya ni seguí [yendo al Centro de Salud], ni medicina ni nada. [...] Un cuñado mío tiene diabetes, pero yo no quiero que sepan, pero que tiene, son enfermedades que Dios manda.

Matías le insistía en que “se cuidara como la gente”, que no comiera tantas cosas que sabía le hacían daño “si no hace daño la calidad sino la cantidad” y que si no se cuida ella, quién la cuidará. Cuando Úrsula les dijo a sus hijos que tenía diabetes, a estos “les pudo”, se afligieron por eso y también la instaban a comer mejor como lo hacía Matías. En su primer viaje a Hawai, hacía siete meses, su hija y su hijo menor se dedicaron a prepararle alimentos especiales, le cortaban nopales por la carretera, total que “allá nadie se los come” y dejaron de comprarle los helados que tanto le gustaban. Pero Úrsula no dejaba de repetirles que de algo se había de morir y que sólo lo que come uno y las buenas obras es lo que llevamos al cielo.

Desde Oregon, su hijo mayor le llamaba de vez en cuando, para informarle que le había platicado a un amigo médico, que su mamá tenía diabetes y que le recomendaba algunas cosas. Le sugirieran desde Oregon o en el Centro de Salud, Úrsula decía que le daba lo mismo escuchar a un médico que a otro; que si no se quita la diabetes, ella prefería ir a trabajar todas las mañanas que ir a consulta, a menos que la gente “no tuviera otro quehacer”.

Las personas que participan en las redes de Úrsula y las demás madres de migrantes, se presentan en el Cuadro 4.

(Quiénes participan, con qué tipo de transacciones y dónde participan)

	Afecto	Afirmación	Ayuda	
			Informacional	Instrumental
Eloísa	Hijos (Ca-Guay-CO) Nietos (Ca-Guay-CO) Yerno (Ca) Médico (CO)	Hijos (Ca-Guay-CO) Nietos (Ca-Guay-CO) Yerno (Ca) Médico (CO)	Hijos (Ca-Guay-CO) Nietos (Ca-Guay-CO) Yerno (Ca) Hija con DM (CO) Médico (CO) Club DM (CO) ^α	Hijos (Ca-Guay-CO) Nietos (Ca-Guay-CO) Yerno (Ca) Hija con DM (CO) Médico (CO) Amigos-vecinos (CO)
Matilde			Hija médica (Gdl-CO) Concuño (CO) Médicos (Gdl-CO) Club DM (CO) Amigos-Vecinos (CO)	Esposo (CO) Hija médica (Gdl-CO) Hija (CO) Médicos (CO) Club DM (CO)
Prudencia	Hijo (CO) ^β Hijos (Ca) Nuera (CO) Hermanos (CO)	Hermanos (CO)	Hijas (Ca) Médicos (CO) Club DM (CO) Amigos-Vecinos (CO)	Hijo (CO) ^β Hijos (Ca) Nuera (CO) Médicos (CO) Club DM (CO)
Úrsula	Esposo (CO) Hijos (Or-Haw)	Esposo (CO)	Hijos (Or-Haw) Médicos (CO) Club DM (CO) Amigos-Vecinos (CO)	Esposo (CO) Hijos (Or-Haw) Médicos (CO) Club DM (CO)

Ca=California, EUA; Gdl=Guadalajara, Jal.; Guay=Guaymas, Son.; Haw= Hawaii. EUA; Or=Oregon, EUA; CO=Comunidad de origen.Club DM= Club de Diabéticos del Centro de Salud. ^α Hasta hacía tres años que dejó de asistir al Club. ^β Hasta hacía un año que el hijo murió.

Cuadro 4. Red de apoyo para atención al padecimiento de las madres de migrantes.

ADELA

Adela está casada con Urbano, seis años mayor que ella. Urbano había trabajado desde oven como albañil en la comunidad de origen, sin buscar nunca la oportunidad de ir al norte. Ninguno de sus dos hijos, ha intentado emigrar; ni sus hijas, tres, están casadas o de novias con norteños. Hacía cuatro años que en una clínica particular le habían diagnosticado diabetes a Adela, porque sus vecinas le habían sugerido hacerse un análisis: “ya ve como platica uno todo lo que siente”, y ella se sentía muy cansada. También ellas le sugirieron que fuera al Centro de Salud al Club de Diabetes, porque ahí les regalaban la medicina, pero Adela dejó de ir porque:

No aguanté, como yo estaba de recién [diagnosticada], estaba bien nerviosa, tenía mi cabeza muy mal y muchos viejitos bien malos y viejitas, quéjese y quéjese y unos bien descoloriditos ya bien malos, si vieras que mal me sentía, no, no, y me ponía, me tapaba los ojos y no quería estar oyendo todo y me imaginaba que yo también iba a estar así como ellos de malos, y muchos tenían asma o no se qué y luego otros hipertensión y muy malitos, yo no soportaba, y no podía dormir, y no podía comer de tanto ver, y ya no voy, nomás con mi doctor que me dijo ‘lo que te hace daño, tienes que cuidarte’. [...] Y luego, pronto me sentí bien, ya sabía cuántas pastillas debía tomar al día y me aprendí todo, pos lo que yo debo hacer, y luego, cuando iba de repente me regañaban ‘es que usted no viene a las juntas’, y las veía muy cansadas a las enfermeras, y ni me checaban el azúcar que porque no tenían tiempo, mejor me voy a pagar al hospital por los análisis, 30 ó 35 pesos.⁸

Tuvo un cuñado que murió de diabetes, y ella estaba convencida que mientras cuidara lo que comía, podía quitarse “el miedo” que le causaba la enfermedad. Y para eso se bastaba ella sola, “no necesito a nadie que me cuide”, como todos en su familia trabajaban, ella decidía cuándo y cómo visitaba al médico, se hacía los análisis y tomaba su medicina. Como Matilde, Adela se quedaba contenta con que sus hijos no la mortificaran. Su hija menor era estudiante de preparatoria, y para Adela era la más inteligente. Ella es quien le contaba cómo cuidar sus emociones porque tenía un profesor psicólogo, y ella era también quien le tomaba la presión porque lo aprendió de una vecina enfermera.

La red de apoyo de Adela se muestra en el Cuadro 5.

(Quiénes participan, con qué tipo de transacciones y dónde participan)

Afecto	Afirmación	Ayuda	
		Informacional	Instrumental
Esposo (CO)	Esposo (CO)	Hija menor (CO)	Esposo (CO)
Hijos (CO)	Hijos (CO)	Médicos (CO)	Hija menor (CO)
		Club DM (CO)	Médicos (CO)
		Amigos-Vecinos (CO)	Club DM (CO)

CO=comunidad de origen

Cuadro 5. Red de apoyo para atención al padecimiento de Adela.

⁸ Aproximadamente 3 dólares.

La tipología de las redes de atención al padecimiento

La composición y tamaño de las redes, sus funciones y la dinámica que en ellas se desarrollan, posibilita construir una tipología de redes para cada uno de estos elementos de las redes de atención al padecimiento.

La composición y tamaño se ubican en los siguientes tipos: redes pequeñas, medianas o extensas centradas en el cónyuge, en los familiares, en los amigos o en los profesionales de la salud; y redes pequeñas, medianas o extensas equilibradas entre sus miembros.

La dinámica se ha explorado de dos formas: funcional y espacial. La primera definida por el tipo de funciones, dando lugar a: redes funcionalmente compensadas – sus miembros apoyan en las tres funciones de apoyo: afecto, afirmación y ayuda-; redes poco diferenciadas, -no hay diferencias significativas en la disponibilidad de apoyo para cada función, en cada caso se recurre a los escasos vínculos disponibles-; y redes con predominio en alguna de las funciones -afecto, afirmación, o ayuda tanto informacional como instrumental-.

La dinámica espacial, destaca los puntos geográficos en el espacio transnacional a través de los que fluye el apoyo, categorizado como: binodal- del lugar de destino al de origen y viceversa-, multinodal orientada al lugar de destino, multinodal orientada al lugar de origen, multinodal equilibrada –sin inclinación al lugar de origen o destino, sino con puntos equivalentes a lo largo del espacio- y uninodal.

De forma que para cada uno de los participantes, sus redes de apoyo son del tipo que se describe por medio del Cuadro 6.

	Composición y tamaño	Funciones	Espacio
Migrantes transnacionales			
Eusebio	Red pequeña centrada en familiares	Predominio de ayuda informacional e instrumental	Multinodal equilibrada
Félix	Red extensa equilibrada	Funcionalmente compensada	Multinodal equilibrada
Lucio	Red extensa equilibrada	Funcionalmente compensada	Multinodal equilibrada
Clara ^a	Red extensa equilibrada	Funcionalmente compensada	Multinodal equilibrada
Roque	Red pequeña centrada en familiares	Poco diferenciada	Multinodal orientada al lugar de origen
Fueron migrantes			
Jerónimo	Red pequeña centrada en el cónyuge	Funcionalmente compensada	Binodal
Brígida ^b	Red pequeña centrada en el cónyuge	Funcionalmente compensada	Binodal
Lucas	Red mediana centrada en el cónyuge	Predominio en ayuda informacional e instrumental	Multinodal orientada al lugar de origen
Teodoro	Red mediana centrada en el cónyuge	Funcionalmente compensada	Binodal
Madres de migrantes			
Eloísa	Red extensa centrada en la familia	Funcionalmente compensada	Multinodal orientada al lugar de origen
Matilde	Red pequeña centrada en la familia	Predominio en ayuda informacional e instrumental	Multinodal orientada al lugar de origen
Prudencia	Red extensa equilibrada	Funcionalmente compensada	Binodal
Úrsula	Red mediana centrada en la familia	Predominio en ayuda informacional	Binodal
<i>Adela</i>			
	Red mediana centrada en la familia	Funcionalmente compensada	Uninodal

a. Clara no era transmigrante, era esposa de Lucio y su red de apoyo era la misma para ambos.

b. Brígida no fue migrante, era esposa de Jerónimo y su red de apoyo era la misma para ambos.

Cuadro 6. Tipos de redes de atención al padecimiento.

Las redes compensadas, son las que prevalecieron entre los participantes. Para nueve de los catorce participantes, sus redes estaban funcionalmente compensadas. Para cuatro, tenían predominio en funciones de ayuda. Para uno, su red es poco diferenciada. Las diferencias más sobresalientes, se dieron en los otros dos elementos de la red, su composición y tamaño y el espacio en que se mueven. Es en estos elementos, donde se aprecia la ubicación de las redes de cada categoría de participantes y del espacio que crea en la atención a su padecimiento.

Los migrantes transnacionales, fueron quienes tuvieron las redes más extensas tanto en composición y tamaño, como en espacio, por lo que pueden considerarse, como las más fluidas en recursos para el apoyo a la atención al padecimiento crónico.

En cuanto a extensión y espacio de las redes, continúan quienes fueron migrantes, y que además tenían hijos migrantes, así como las madres de migrantes, cuyas redes de apoyo fluyen en espacios binodales o multinodales. Por último, la red con un espacio más pequeño, aunque con un tamaño medio y funciones compensadas, fue la de Adela, única participante, sin relación directa con migrantes en su red de apoyo.

El sentido de las redes

Para interpretar el sentido de las redes, se tomó en cuenta el planteamiento de Willer y Willer (2000) sobre la existencia de tres tipos de redes con relación al poder entre sus miembros: redes de *poder fuerte*, *equitativo* y *débil*.

En las primeras, sólo existen dos posiciones en la red, una fuerte y una débil. Las transacciones se efectúan entre ellas favoreciendo siempre a la postura de mayor poder. Quien se posiciona en el punto de poder fuerte jamás se excluye; en cambio, quienes se ubiquen debajo de él, pueden ser excluidos. La relación puede mantenerse mientras exista por lo menos un punto – o nodo- ubicado en la posición débil.

Las redes de poder equitativo, sólo tienen un tipo de posición, todos los puntos tienen exactamente el mismo patrón de relaciones directas o indirectas, son estructuralmente isomórficas y no pueden tener ventajas entre ellas.

Las redes que no caben en los dos tipos anteriores son de poder débil: no son isomórficas, el poder no es equitativo en todos sus puntos, no hay posiciones que

se exploten ni excluyan y sólo se refieren a sus posiciones como más altas o más bajas.

Las redes construidas con poder fuerte

Se han considerado redes construidas con poder fuerte, aquellas en las que el sujeto enfermo, no contaba con una red constante ni permanente, y que se relacionaba conforme asumía su papel de enfermo o percibía la gravedad de su padecimiento.

Estas redes, se caracterizaron por ser pequeñas en tamaño y composición. La percepción de gravedad del padecimiento era mínima o nula. Se daba en ellas un incremento en su estructura, funciones y dinámica en etapas de crisis, disminuyendo una vez satisfechas las necesidades demandadas por la crisis. Generalmente, la participación de familiares y amigos era más favorecida que la de los profesionales de la salud. Bajo este criterio, cabrían las redes de Eusebio, Lucas y Adela.

Si no se presentaban crisis que requirieran incluir a otros, como miembros de la red, esta permanecía pequeña, pero no inmóvil. Existía una dinámica eficiente para mantener una atención, que permitía al sujeto enfermo percibirse bajo control. Este fue el caso de las redes de Jerónimo y Brígida y de Roque.

Parte de este supuesto, es lo que llevó a destacar en las narraciones previas sobre los participantes y sus redes, sus relaciones con los médicos y la decisión de dar a conocer o no su padecimiento a familiares, amigos o vecinos.

Además de lo anterior, fue posible reconocer en algunos casos, la negación de autoridad a los profesionales de la salud como en el caso de Lucas y Jerónimo y Brígida, lo que se considera una muestra de su posición más fuerte en la construcción de redes. A continuación se citan algunos fragmentos que ejemplifican lo anterior.

Los médicos ni aquí ni en tierra de indios sirven, nomás quieren pasar el rato, ningún cabrón sirve para nada. El camarada que me curó el pie, lo único que quería era que mantuviera el azúcar en su nivel, que no aumentara, fue todo lo que me dijo. (Lucas)

J: El Seguro está muy mal, duramos casi como tres meses que no tenían pastillas, esas que nos daban para el diabetes y con ese cuento íbamos, que por las pastillas

B: Ya nomás vamos a que nos chequien el azúcar, para saber que estamos controlados, porque queremos vivir bien, tranquilos, pero ya sabe uno como cuidarse.

J: Y es que si le hace uno caso a los doctores no, no, cuando me dijeron que tenía diabetes, me decía el doctor 'ai 'esta cosa no tiene remedio, esto tiene control' y me dio una lista que si le hubiera llegado a la lista yo creo que ya no estuviera platicando (ríe), de cosas que no debía comer [B: ¡pura dieta!], pues no todos los médicos son igual, unos dicen que coma uno normal, pero que no se exceda (Jerónimo y Brígida, afiliados al IMSS).

Eusebio, a quien no le agradó saberse diabético, no le gustaba relacionarse con los médicos, su esposa se mantenía alejada del papel de cuidadora, y parecía que las redes de Eusebio, las construía sin reconocer su padecimiento como grave. Su red se amplió, a partir de que sintió la inflamación de la próstata, incluyó en ella a médicos naturistas y la relación con su hijo mayor se fortaleció. Sin embargo, respecto a la diabetes, el hecho de no dejar de tomar el medicamento, le hacía sentirse confiado de un buen control y sin necesidad de apoyo, él sólo parecía tomar las decisiones relacionadas a la atención de su padecimiento y en ellas no se manifestaba interés por conocer la naturaleza y desarrollo de la diabetes. Por ejemplo, de la hermana que le acompañó a conocer su diagnóstico y le había insistido en que vigilara sus niveles de azúcar, Eusebio dijo:

Todas mis hermanas tienen diabetes, nada menos está una allá [En Estados Unidos], la que le digo que me dice que me chequé el azúcar, que dicen que le ha subido muchísimo el azúcar, hasta 600 [mg/dl] ¡eso es demasiado! Yo no sé por qué no se ha muerto. [...] Ella me decía que me operara de los ojos allá, que tomara el MediCal, pero me dijo cuando yo ya que iba a venir [a la comunidad de origen] le dije, 'me haigas dicho antes, ya tengo mi boleto y todo' pero es que ella tiene muchos problemas, a ella si le conviene pagar el MediCal, le han hecho muchas operaciones y nada menos me hablaron que estaba en un hospital en Burbank [California], se la llevaron muy mal con eso del azúcar, sabe si ya se moriría (ríe) o todavía estará allá.

En el caso de Adela, contrario a Eusebio, la confianza en el control de los niveles de azúcar, que checaba regularmente de manera individual con análisis del laboratorio, le provocaba abandonar el régimen medicamentoso. Después de hecho el diagnóstico de diabetes, acudió tres veces al Club de Diabéticos y dejó de ir por que no le gustaba ver a otros enfermos y porque la regañaban las enfermeras. En su familia, jugaba un papel autoritario, lo que había deteriorado su relación con los hijos, a excepción de la menor quien la apoyaba en momentos de crisis.

Finalmente, Roque, manifestaba que de todos los síntomas de la diabetes que le habían hecho saber, el no tenía ninguno:

A mi me dicen que el diabetes, que pega mucha sed, yo no tengo nada de sed, que pega mucho sueño, yo no tengo nada de sueño, ¡a la contra! me hace falta sueño, que empieza la gente a enflacar, yo empecé a enflacar porque no como casi.

Roque, iba al Centro de Salud cada dos o tres meses, únicamente para recibir medicamento que él mismo administraba en dosis que le permitían aprovecharlo en el periodo entre una y otra visita.

En este caso, su esposa es la que tomaba cierto control en cuanto al manejo del padecimiento, al proponer una dieta adecuada, a pesar de que dijo batallar para decidirse y hacer partícipe a Roque de la elección de la dieta:

Va a decir que 'esta no sabe que hacer de comer que anda preguntando', pero yo quiero que él no tenga temor, de que esto le haga daño ¿verdad?, por eso pregunto (Esposa de Roque).

El Gráfico 1, ilustra la construcción de redes de poder fuerte.

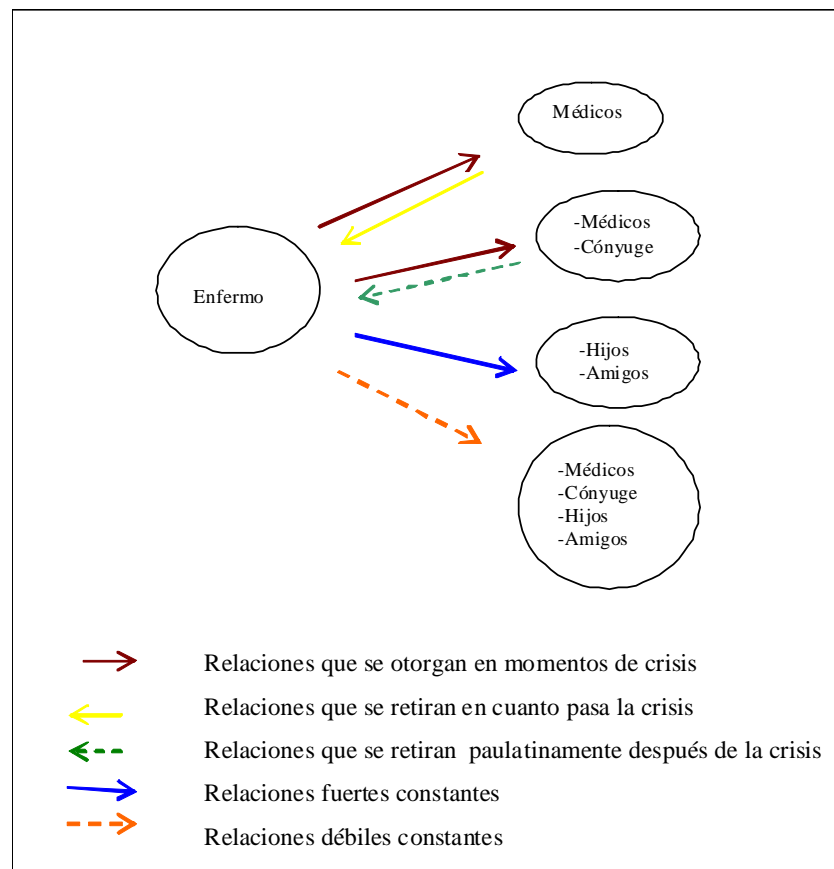


Gráfico 1. Construcción de redes de poder fuerte.

En la construcción de redes de poder fuerte, se encuentra, que además de las características de cada persona, su dinámica familiar y social, era la forma en que el modelo médico hegemónico hacía saber a la persona sobre su padecimiento y cómo vivir con él, la que pudo influir en la percepción del individuo como enfermo y en la necesidad de apoyo.

De forma que, la gravedad percibida para el padecimiento ocasionaría la búsqueda de alternativas cuando en el modelo hegemónico no se encuentran satisfactores a las necesidades de atención. Eusebio, recurrió sin dudar a naturistas para el problema de la próstata, y con recelo aceptaba algunas sugerencias de remedios caseros para la diabetes.

En estos casos, el acceso a los recursos de atención estaba mediado por la aceptación del papel de enfermo y la relación con el modelo médico hegemónico. Para los migrantes transnacionales, Eusebio y Roque, la experiencia migratoria y el conocimiento del sistema de salud norteamericano, parecían tener poco impacto en la demanda de recursos; sin embargo, el acceso se manifestaba en el área material de atención al padecimiento. El dinero que recibían de su pensión –no mencionaron que los hijos les enviaran dinero- y el acercamiento a implementos de control como el glucómetro, satisfacían sus necesidades de atención.

Lucas, podía atenderse con médicos fuera de la comunidad de origen, por el dinero extra que recibía de su hija y nieta de Estados Unidos, pero recibía poca información sobre su padecimiento.

En el caso de Adela, los recursos a su alcance sin salir de la comunidad de origen, la habían mantenido, desde su punto de vista, controlada y sin preocupación sobre la diabetes.

Las redes construidas con poder equitativo

Se ha calificado como red de poder equitativo, a la que se construyó cuando el enfermo se reconocía como tal, percibía la necesidad de apoyo y generaba apertura para integrar a miembros a su red de atención al padecimiento, conforme reconocía la eficacia de sus acciones, y otorgaba a través de esta eficacia, cierta autoridad a sus miembros en el área de las necesidades que le habían resuelto. Este tipo de redes son las que han construido Lucio y Clara, Félix, Teodoro, Eloísa y Prudencia.

La mediación a que se hace alusión, se dio, en el caso de Lucio y Clara, tanto con los hermanos de Lucio, principales *cuidadores a distancia* de ambos, como con los médicos, parte de su red local. Lo primero se ilustra con lo manifestado por Lucio, cuando ya no tuvo la posibilidad de seguir yendo a trabajar a Estados Unidos, como músico de mariachi, donde él prefería hacerlo que en la comunidad de origen, porque allá tenía la posibilidad de descansar más, por 45 minutos que tocaba junto al mariachi, descansaba 15, para él estos descansos eran porque “el sistema de allá es diferente”.

Estaba yendo con el naturista y me sentía muy bien, había dejado de tomar medicina porque está muy cara, pero viajaba a Tepa con el naturista y tuve que dejar de ir, no aceptó rebajarme la consulta, vino mi hermana en septiembre [seis meses antes] y le dijo ‘oiga doctor, ¿qué no puede ver a mi hermano más retirado [de tiempo]?’, ‘no, así como está yo quisiera tenerlo aquí todos los días’, total que yo me sentí muy escaso económicamente y también sentí que mis hermanos con muchos sacrificios estaban ganando su dinero [Clara: y luego, pues no mandan de vez en cuando] y mi hermano también con su diabetes, y a su esposa le quitaron el trabajo, el caso es que yo miré todo eso y nos pusimos a considerar mucho, y luego vinieron en diciembre y nos dijeron ‘¿pos qué hacemos?, a lo mejor te podemos ayudar ya nomás cada mes’, ‘yo quisiera que ya no me ayudaran, con esto me doy por bien servido ya’, pero Dios les dé la gloria, nos siguen mandando (Lucio).

La negociación, o mediación de las relaciones con médicos, la llevaban a cabo Lucio y Clara, para cada una de sus necesidades de salud. Por ejemplo Clara, que se sentía muy agradecida por la atención que recibía en el Centro de Salud, en donde decía que “les he dado una lata”, platicó que tuvieron que operarla de la vesícula, pero tenía tos y el médico postergó la cirugía, entonces compró penicilina, llegó por Lucio a su casa, la acompañó a que la inyectaran y regresaron con el doctor:

Mire doctor, la tos es por el Captopril [medicamento para la hipertensión], pero para que esté más tranquilo, ya me inyecté penicilina, esperamos un poquito y como vea, me opera.

Y la operaron. Lucio, por su parte, confesaba que cuando los médicos del Centro de Salud le preguntaban cómo seguía, a los que había notado un verdadero interés y le sugerían cosas -como que ya no gastara en medicamentos, que mejor invirtiera tiempo y dinero en calmar las molestias de las piernas por la neuropatía- les platicaba cómo iba todo, pero a los que sólo “preguntan por preguntar” siempre les decía que todo iba bien.

Para Félix, la información que había recibido de los médicos, le habían hecho entender una parte de la naturaleza de su enfermedad, aunque esto le había ocasionado un sentimiento de culpa:

Yo comprendo que comía mucho y con los que nos han explicado los doctores, porque viene a explicar 'y que mire el libro este' nos explican ellos, yo pienso que yo me la busqué [la diabetes], pos comía mucho pan, mucha azúcar.

Con un médico homeópata, que le recetaba medicamento para la hipertensión y que Félix decía que lo controló por cinco años, en una crisis por un coraje que hizo y apareció la hipertensión, el homeópata le dijo que mejor dejara de tomar los chochitos y volviera a la medicina alópata. Decía Félix que le explicó porqué era conveniente controlarse pronto con la alopátia, estuvieron de acuerdo y desde entonces consumía sólo medicamento alópata.

Teodoro, por su parte, además de platicar con Galinda sobre los cambios que observaban en otras personas con diabetes o hipertensión, y de seguir algunas de sus recomendaciones, también seguía las de los médicos, combinadas con su propia experiencia:

Me gustaba mucho el refresco, y tomaba Coca, después la tomaba de dieta y el doctor me dijo que también era mala aunque fuera de dieta y me dijo el doctor 'usted, su refresco es *Pepsi Light*, aunque sea de poco sabor', pero yo tanteo que refresco negro, todo hace mal aunque sea de dieta, tomo de vez en cuando *Seven* de dieta, puro de dieta.

Alguien más, que mediaba su relación y la autoridad de los médicos por su condición de mujer enferma, con pocos recursos, era Prudencia, que elocuentemente explicaba porqué le insistía al doctor que dejara de recomendarle verduras y frutas que no podía comprar:

Me dijo el doctor 'cambie su dieta', le dije 'doctor ¿mi dieta?, yo como tortilla y frijoles y yo digo una cosa yo sé que la tortilla es dañosa, pero yo como tortilla a llenar y nomás con apuros me sube el azúcar, si fuera por la tortilla no nomás en este tiempo me subía el azúcar ¿verdad que no?' tenía que subirme todo el tiempo con los años que tengo, y sólo me he descontrolado con la muerte de mi hijo y la de mi esposo.

Por último, Eloísa, quizá quien recibía más sugerencias de sus hijos y nietos - también cuidadores a distancia-, del médico internista y su hija que pasaba temporadas largas en la comunidad de origen, hacía mucho de lo que consideraba útil y valioso, como tener dulces en su buró para cuando repentinamente despertaba sudando, porque, como le explicaba el médico, su azúcar le bajaba mucho si había pasado mucho tiempo sin modificar la dosis de medicamentos. No

obstante, cuando sus nietos cada vez que le hablaban y le decían que se cuidara, que no comiera lo que hacía daño pero que se alimentara, Eloísa argumentaba:

¡Oh qué pues!, pues como que me alimente, si no quieren que coma casi nada, y es que ellos no saben qué leche puedo tomar, de esa sin grasa, ni cómo preparar mi avena, que mitad leche y mitad agua, mucho pollo y pescado, aunque a veces me dan ganas de un pedacito de chicharrón y ahí ando con el mitote de hacérmelo con nopales (ríe), pero no me lo hago, y ellos me ven flaca y dicen que me alimente.

La construcción de redes de poder equitativo se ilustra en el Gráfico 2.

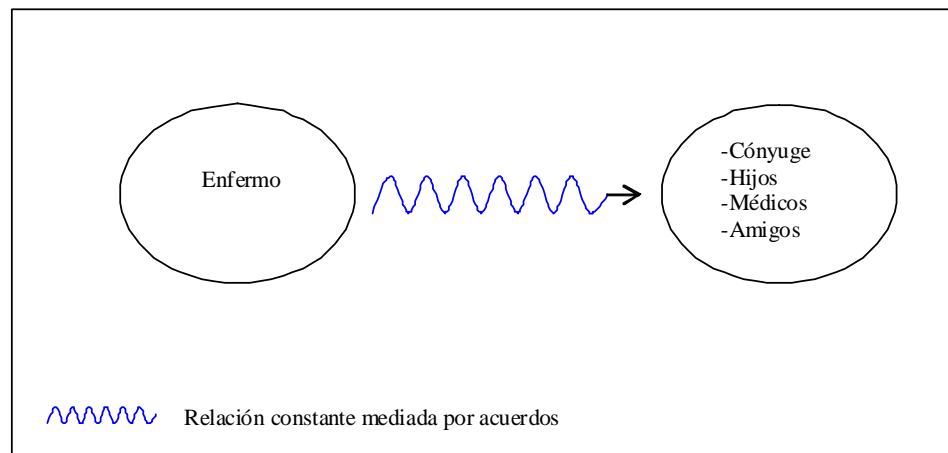


Gráfico 2. Construcción de redes de poder equitativo.

Los hombres y mujeres que construyeron redes de poder equitativo, son quienes habían obtenido mayor apoyo en la atención a su padecimiento, sobre todo, expresado en la característica de ser redes funcionalmente compensadas, por lo general extensas – a excepción de la de Teodoro que es mediana-.

La información que tenían sobre su padecimiento era también extensa. Para los migrantes transnacionales, esto se relacionaba con su experiencia migratoria, que los había llevado a hacer uso de los servicios de salud, y a obtener información de los profesionales de salud en el lugar de destino, probablemente, generando confianza en la atención al modelo médico hegemónico. Las condiciones prevaecientes en el lugar de origen, como en el caso de Lucio, que lo imposibilitaban de percibir ingresos económicos, lo habían remitido a una combinación de modelos de atención.

Sin duda, para los cinco participantes aquí ubicados, la migración ofrecía recursos materiales para la atención al padecimiento, en los que destacaba la ayuda económica. Prudencia, por ejemplo, durante las conversaciones del trabajo de campo, aludía cada vez que se hablaba de dinero, a lo barato que estaban pagando el dólar, y medía sus gastos e ingresos mensuales en dólares, única moneda que recibe. Ella, al igual que Eloísa, era madre de migrantes. Ambas era viudas, y fueron quienes más enfatizaron su autosuficiencia en la atención al padecimiento.

Los migrantes transnacionales además -Lucio, junto con su esposa Clara y Félix-, fueron los participantes que daban el sentido más amplio al apoyo que generaban y recibían en un flujo transnacional de múltiples puntos y tiempos.

Las redes construidas con poder débil

En las redes construidas con poder débil, el padecimiento crónico no se percibía como grave, la información sobre éste fue escasa, el papel de enfermo podía rechazarse y se tendía a explicar las relaciones con otros, no estrictamente a través de la demanda o necesidad de apoyo.

Estas características fueron otorgadas por la persona enferma, aún cuando los miembros de su red, pudieran otorgarle otro sentido a su papel dentro de ella en cuanto a la atención ofrecida.

Lo anterior, fue notorio en el caso de Úrsula, en cuya red el esposo de ésta y sus hijos, intentaban vigilar el control de su diabetes a través de la dieta, y de la consulta médica constante. Úrsula, quien no quería que le dijeran que tenía diabetes, dijo que no “se la creía” estar enferma, y que no creía tampoco, en mucho de los que le recomendaban en las consultas y en las pocas pláticas a que asistió al Club de Diabéticos.

El otro caso de red débil, fue el de Matilde. A ella, le preocupaban mucho los dolores en las rodillas y en los talones causados por la artritis, para este padecimiento tomaba medicamentos homeopáticos. Iba al Centro de Salud cada mes, para saber como estaba su control de la diabetes, algunas veces le decían que sus niveles de azúcar estaban altos, entonces se asustaba y platicaba con Félix, su conuño para saber qué hacía él para controlarse. Matilde tenía sobrepeso y decía desconocer el tipo de diabetes de padecía, pero que le habían dicho que hay siete tipos.

En la red de Matilde, pareciera que quien la apoyaría para una buena atención a la diabetes, sería su hija médica, quien le había sugerido dietas especiales. Quizá el hecho de que se veían cada dos o tres meses, pese a la distancia corta entre Guadalajara y la comunidad de origen, no permitía que el control se hubiera logrado.

Úrsula y Matilde, eran madres de migrantes. La red de Úrsula, era funcionalmente compensada, mientras que la de Matilde tenía predominio en el área de ayuda. De los hijos migrantes, Úrsula recibía dinero, edulcorante bajo en calorías e información sobre el padecimiento que ella escuchaba pero rechazaba. En la red de Matilde, la información que recibía era a través de su hija de Guadalajara, su concuño en la comunidad de origen y las pláticas del Centro de Salud. De sus hijos migrantes, sólo recibía dinero para gastos del hogar, que en ocasiones, cuando le llegaba el apuro por su sobrepeso, le servía para adecuar por unos días, su dieta.

El Gráfico 3, ilustra la construcción de redes de poder débil.

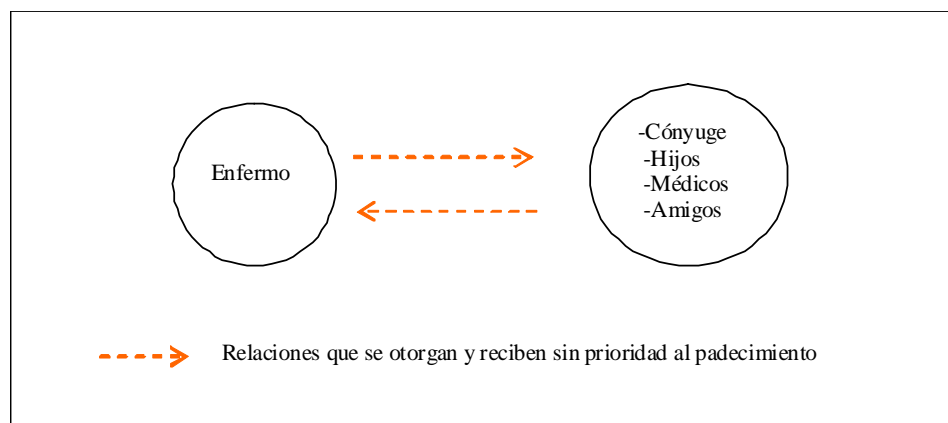


Gráfico 3. Construcción de redes de poder débil

Las redes, los recursos, los significados y la transnacionalización

¿El tamaño de las redes y su dinámica diferencian el acceso a los recursos de atención? El número de miembros de las redes permitiría conocer el tamaño, en tanto que las acciones de apoyo lo harían para la dinámica. Se calificó a las redes como pequeñas, medianas o extensas de acuerdo a los diferentes sujetos que fueron nombrados por los participantes, sin especificar el número de ellos. Si bien, los médicos podrían ser contabilizados, por ejemplo, difícilmente se pudo haber hecho con los amigos, vecinos y los compañeros del Club de Diabéticos. No

obstante, el número de hijos, hermanos y en algunos casos de nietos fue un dato más asequible.

Estos miembros de las redes, siendo consanguíneos del enfermo, a menudo eran quienes participaban más activamente. Partiendo de este supuesto, se encuentran las siguientes diferencias en la estructura de las redes.

En los casos de los migrantes transnacionales, el número y género de sus hijos, dio lugar a redes diferenciadas para cada uno de ellos.

Las familias más grandes fueron las de Roque y Félix. El primero tenía ocho hijos, cinco hombres y tres mujeres. Félix tenía dos hombres y cinco mujeres. Las redes de uno y otro fueron diferentes en tamaño, en funciones y en espacio.

Eusebio tenía cuatro hijos. Dos hombres y dos mujeres, su red fue diferente a las de Roque y Félix.

La red de Félix, se asemejó a la de Lucio y Clara en tamaño, funciones y espacio, pero es desigual en su composición. Lucio y Clara no tenían hijos. Los miembros consanguíneos más activos fueron los hermanos y el padre de Lucio.

Las diferencias fueron menores, si se trataba de las redes de quienes fueron migrantes. Las familias de Lucas y Teodoro eran más pequeñas que la de Jerónimo y Brígida, pero para ellos, a excepción de Lucas, las redes resultaron funcionalmente compensadas, y sólo hubo dos tamaños: pequeñas y medianas. Espacialmente, únicamente la de Lucas se extendía por múltiples puntos, mientras que las otras, se ubicaban claramente, sólo en el lugar de origen y en el de destino. Ahí radicó una diferencia importante entre los migrantes transnacionales.

Al hacer referencia al lugar de destino, para clasificar las redes en binodales o multinodales, en los casos de los que fueron migrantes así como de las madres de migrantes, se aludió al lugar de destino de sus hijos.

En las redes de los migrantes transnacionales, la totalidad de los hijos, y de los hermanos para Lucio y Clara, se encontraban permanentemente, en el lugar de destino. Para quienes fueron migrantes y las madres de migrantes, a excepción de Prudencia y Úrsula, los hijos participaban en ambos lugares de la comunidad transnacional, algunos permanentemente en el norte, otros permanentemente en el lugar de origen.

Para Prudencia, los hermanos en el lugar de origen, compensaban la ausencia de los hijos.

El tamaño de las redes, no diferenció el acceso a los recursos. Lo hizo la dinámica de las mismas. Lo anterior, se observó de acuerdo a las funciones en cada una de ellas, si fueron funcionalmente compensadas, los recursos estarían satisfaciendo las necesidades percibidas por los sujetos enfermos, sin importar desde dónde y por quiénes se estuvieran llevando a cabo las acciones de apoyo.

Las funciones en las que más se recibió apoyo, en todas las redes, fueron en la ayuda informativa e instrumental. Ante esto, queda pendiente analizar el supuesto de que los hijos y hermanos de los participantes, especialmente aquellos que residen permanentemente en Estado Unidos, estarían enviando información recibida desde el sistema de salud estadounidense, e interpretada desde su experiencia migratoria. En los migrantes transnacionales, el impacto de esta información podría generar un conocimiento mayor del padecimiento, y una demanda más específica de recursos para su atención.

Respecto al sentido de las redes, que dio lugar a su estructuración y expresión, el papel de cada uno de sus miembros, se da a través de la demanda de estos recursos por parte del enfermo. Demanda, que respondería a dos factores de la experiencia de atención al padecimiento: el conocimiento o la información sobre su enfermedad y la gravedad que percibe de esta por el impacto en su vida diaria.

De manera que, los recursos fueron diferenciados no por la transnacionalización de las redes de apoyo, sino por la relación con los servicios de salud de los modelos médicos hegemónico o alternativo, responsables tradicionales de ofrecer información sobre la naturaleza de los padecimientos, y por el impacto del padecimiento en la vida diaria, es decir, por las limitaciones que este pudiera representar en el actuar cotidiano.

Algunos recursos, estaban mediados por la experiencia migratoria y fluían en el espacio transnacional con ciertas ventajas para la atención al padecimiento, permitiendo principalmente a los migrantes transnacionales, comparar modelos médicos en sistemas de salud ubicados en los puntos de origen y destino.

Para algunos participantes, como los padres y madres de migrantes, esta comparación de modelos médicos y la información que resultaba de ellos, podría ser utilizada a través de los recursos informacionales que entraban a través de los hijos al flujo transnacional. Asunto, este último, para futuras investigaciones.

Bibliografía

Connell, C., Fisher, E., Houston, C. (1992). "Relationships among social support, diabetes outcomes and morale for older men and women". *Journal of Aging and Health*; 4(1): 77-100.

Cravey, A., Washburn, S., Gesler, W., Arcury, T., Skelly, A. (2001). "Developing socio-spatial knowledge networks: a qualitative methodology for chronic disease prevention". *Soc Sci Med*; 52: 1763-1775.

Fletcher, P. (1999). *La casa de mis sueños. Dreams of home in a Transnational Mexican Community*. Boulder Co: Westview Press.

Flores, L. (2000). *Impactos de la migración a los Estados Unidos en familias urbanas*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Tesis de maestría sin publicar.

García, B., de Oliveira, O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: Colegio de México.

Glick Schiller N, Basch L, Blanc-Szanton C. (1992). *Towards a transnational perspective on Migration: race, class, ethnicity and nationalism reconsidered*. New York: New York Academy of Sciences.

Khan, RL., Antonucci, TC. (1980). "Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support" en Baltes, PB., Brim OG: (Eds) *Life-span development and behavior*. Vol. 3. New York: Academic Press. pp 253-286.

House, JS. (1981). *Work stress and social support*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

INEGI (2000). Censo General de Población y Vivienda. Consulta [10-11-2002] en <<http://www.inegi.gob.mx/entidades/espanol/fjal.html>>.

Massey, D., Alarcón, R., Durand, J., González, H. (1991). *Los ausentes. El proceso social de la migración internacional en el occidente de México*. México: CNCA/Alianza Editorial.

Maya, I. (2001) "Tipos de redes personales de los inmigrantes y adaptación psicológica". *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 1 (4). Consulta [13-12-2002] en <<http://revista-redes.rediris.es>>.

Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Messias, DK. (1997). *Narratives of transnational migration, work and health: the lived experiences of Brazilian women in the United States*. San Francisco: University of California. Tesis de doctorado sin publicar.

Morsy, S. (1993). *Gender, sickness and healing in rural Egypt. Ethnography in historical context*. San Francisco, Westview Press.

Ritchie, J., Lewis, J., Elam, G. "Designing and selecting samples". En: Ritchie J, Lewis J, (editors). *Qualitative Research Practice: A guide for Social science students and researchers*. London: Sage 2003. pp 77-108.

Robles, L. (2002) *Del amor al trabajo. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: CIESAS/Universidad de Guadalajara. Tesis de doctorado sin publicar.

Rouse, R. (1991) "Mexican migration and the social space of postmodernism". *Diaspora*; 1(1):8-23.

Willer, R., Willer, D. (2000). "Exploring dynamic networks: hypotheses and conjectures". *Social Networks*; 22 (3):251-272.