

Género, etnia y salud. Toma de decisiones en torno al diagnóstico de tuberculosis pulmonar en la Sierra Santa Marta, Veracruz

Gender, ethnicity, and health: Decision-making in light of the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Sierra Santa Marta, Veracruz

Elda Montero Mendoza y Verónica Vázquez García

El Colegio de Posgraduados

Resumen

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad asociada con la pobreza, y las personas pertenecientes a grupos indígenas tienen mayor probabilidad de padecerla. Asimismo, las mujeres enfrentan limitaciones de género para tener un diagnóstico oportuno de esta enfermedad. Este trabajo explora las decisiones que hombres y mujeres de ocho localidades de la Sierra Santa Marta, Veracruz, toman para confirmar o descartar tuberculosis pulmonar. Se concluye que la cobertura de servicios de salud no es suficiente para garantizar el diagnóstico de esta enfermedad, puesto que la apropiación del espacio y el acceso a los servicios de salud son diferenciados por género.

Palabras clave

Tuberculosis, género, ámbito rural Veracruz.

Abstract

Pulmonary tuberculosis is a disease associated with poverty; and people belonging to indigenous groups have a higher probability of suffering from it. In addition, women face gender barriers in order to receive a timely diagnosis of this disease. This work explores the decision-making process in the confirmation or negation of pulmonary tuberculosis of men and women in eight localities of Sierra Santa Marta, Veracruz. The study results show that the coverage of health services is not sufficient to guarantee the diagnosis of this illness, given that the appropriation of space and the access to health services are differentiated by gender.

Key words

Gender, ethnicity, pulmonary tuberculosis, rural Veracruz.

Introducción

Diversos organismos internacionales reportan la desigualdad económica y social que existe entre la población latinoamericana; mucho más profunda en la población indígena en comparación con la no indígena. En el área de la salud esta desigualdad se refleja en las causas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad infantil y el acceso a servicios de salud de calidad [CEPAL/IPEA/PNUD, 2003; Hall y Patrinos, 2005]. Por ejemplo, se conoce que las cifras de morbilidad y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas tales como diarreas, paludismo y tuberculosis, entre otras, son más elevadas en la población indígena que en la no indígena [OMS, 2002].

Además de las diferencias por la pertenencia a un grupo indígena, están aquellas que se derivan de la desigualdad de género que se refleja en los mayores porcentajes de analfabetismo y de monolingüismo en mujeres.¹ La desigualdad étnica y de género se entrelazan en el proceso salud-enfermedad cuando, desde la visión hegemónica de la medicina, se elaboran los criterios diagnósticos de un programa preventivo y de control de determinada enfermedad para ser aplicados a nivel estatal, nacional e inclusive internacional, sin tomar en consideración las diferencias entre pobres y ricos, entre la población que habita en áreas rurales y urbanas, entre hombres y mujeres, entre la población mestiza y la población indígena.

Y es que cuando el espacio geográfico está ocupado por uno o más grupos sociales, ocurre una apropiación material y simbólica del mismo que es en primer lugar, diferencial y no universal y en segundo, sujeta a cambios que se originan de conflictos y contradicciones desde su interior y con otros grupos sociales [Coraggio, 1994; Velázquez, 1997]. En esta perspectiva el espacio se ve como algo que mujeres y hombres, en tanto actores sociales, construyen en forma individual y colectiva con relaciones sociales — incluyendo las relaciones de género y étnicas— y con una dialéctica del control de los recursos que deriva en un acceso asimétrico a los mismos, donde un grupo de personas influye en el curso de acción de otras [Giddens, 1995].

Enfoquemos nuestra atención en la tuberculosis pulmonar, un problema de salud pública en la mayoría de los países latinoamericanos y que en México se incluye dentro de los programas prioritarios de salud. La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Tuberculosis (NOM-036.SSA2) sugiere una serie de procedimientos bacteriológicos, clínicos y radiológicos para confirmar o descartar tuberculosis pulmonar a los sintomáticos respiratorios que acudan a los

servicios de salud [SSA, 2000]. Esta norma asegura, en teoría, la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento a toda persona que tenga la enfermedad. Sin embargo, el asunto no es tan sencillo. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS, 2006], personas pertenecientes a grupos étnicos marginados tienen mayor probabilidad de padecer esta enfermedad ya que tienen dificultades de acceso a la tecnología y terapia adecuadas. Asimismo, la tuberculosis pulmonar afecta en forma predominante a la población masculina. Las tasas de morbilidad son más elevadas en los hombres conforme aumenta la edad, en cambio, en las mujeres, los grupos más afectados se encuentran en personas más jóvenes [OMS, 1998; 2005]. Para el 2003, la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar a nivel nacional fue de 5.1 y 2.2 por 100,000 hombres y mujeres, respectivamente [INEGI/SSA, 2003].

Estos datos sugieren que los hombres podrían estar en mayor riesgo de enfermar y morir por tuberculosis, sin embargo, diversos estudios cuestionan si estas estadísticas son secundarias a una mayor susceptibilidad biológica de los hombres para enfermar y morir por tuberculosis o si existen factores tales como las relaciones sociales de género que influyen para que el diagnóstico se realice en los hombres con mayor frecuencia que en las mujeres [Hudelson, 1996; Holmes, Hausler y Nunn, 1998; Uplekar, Rangan y Ogden, 1999; Long, Diwan y Winkvist, 2002].

El presente artículo comparte esta preocupación. Su objetivo es explorar el proceso a través del cual mujeres y hombres indígenas del sureste veracruzano siguen el procedimiento diagnóstico frente a una tos cuya causa podría ser la tuberculosis pulmonar. Partimos de la hipótesis de que el diagnóstico representa un cuello de botella para el control de la tuberculosis pulmonar, es decir, la población de las áreas rurales enfrentan dificultades para seguir los diagnósticos que establece la NOM. Específicamente, pensamos que la operación del programa de tuberculosis por parte de los servicios de salud y el monolingüismo de las mujeres indígenas actúan en su contra cuando enfrentan la necesidad de confirmar o descartar un diagnóstico.

Marco conceptual

Nuestro análisis parte de dos conceptos fundamentales: género y etnia. El primero sugiere que las características humanas consideradas como femeninas o masculinas son adquiridas mediante la socialización, es decir, no son innatas, sino socialmente construidas. Como cuerpo teórico, la perspectiva de género se propone explorar los procesos de diferenciación y dominación entre hombres y mujeres [Lagarde, 1997]. Por su parte, el concepto de etnia define individuos que se consideran a sí mismos, o son considerados, como miembros de un grupo que

comparte ciertas características, las cuales dan lugar a patrones culturales específicos. En el caso de México, las culturas indígenas no son receptoras pasivas de la influencia urbana y occidental, sino más bien están en proceso constante de adaptación y transformación. Los 56 grupos indígenas que habitan el país presentan gran diversidad entre sí en lo que se refiere al idioma, entorno geográfico, vestido, materiales tradicionales y variantes de la dieta basada en el maíz, entre otros aspectos. Sin embargo, el elemento cohesionador común a todos ellos es la organización social en comunidad, la cual «ha permitido la constitución de culturas propias y ha sentado la base para la reproducción de la identidad indígena» [Bonfil y Del Pont, 1999:22].

Las mujeres indígenas pueden caracterizarse a partir de ciertos rasgos distintivos. Primero, constituyen el sector más tradicional de la sociedad y por lo tanto, cumplen la función de transmitir y preservar la cultura. El espacio doméstico es su principal entorno de actividad y desarrollo. Tienen una larga jornada de trabajo que combina producción y reproducción, lo cual ha dado lugar a oficios como partera y curandera, entre otros. Participan en labores comunitarias a través de prácticas rituales y el sistema de cargos. Sin embargo, «las autoridades, los niveles de representación y el poder se encuentran en manos de los varones, así como muchos instrumentos para vincularse con el mundo mestizo nacional: el dominio del castellano, la escolaridad, el ejercicio mismo de las funciones de representación y autoridad» [Bonfil y Del Pont, 1999:26]. La desigualdad de género al interior de grupos indígenas se expresa en el uso de los servicios médicos para el cuidado de la salud, como veremos en el presente trabajo.

Metodología

Para probar nuestra hipótesis hicimos una investigación en ocho localidades de cuatro municipios de la Sierra de Santa Marta, Veracruz (SSM) con población nahua y popoluca: Tatahuicapan, Pajapan, Mecayapan y Soteapan. Se trata de una zona pluriétnica del país catalogada como de alta marginación [CONAPO, 2000]. Para identificar a los grupos indígenas solicitamos a la población de cada localidad y a las personas tosedoras su identificación de pertenencia a determinado grupo étnico.²

Realizamos el trabajo de campo de enero a junio de 2004 en dos etapas. La primera consistió en un censo casa-a-casa para identificar a personas con tos de 15 días o más de evolución entre la población mayor de diez años con el fin de conocer sus características sociodemográficas y solicitar muestras de expectoración a quienes reportaran tos. Éstas se recolectaron en la localidad de origen de la

persona tosedora para su traslado hasta el laboratorio de un hospital del sector salud, donde fueron procesadas en forma gratuita. Después de cuatro y cinco meses de seguimiento, once hombres y 17 mujeres continuaban con tos o cuadros respiratorios frecuentes y además con participación activa en el proyecto.

Se ofreció a estas 28 personas la oportunidad de acudir a un hospital que brinda atención médica especializada para valoración clínica y radiológica y descartar o confirmar tuberculosis pulmonar. Esto implicó dos salidas de la localidad: la primera, para tomarse la placa radiográfica en un hospital cercano y la segunda, para la valoración clínica por parte del médico especialista en medicina interna. Las radiografías y la consulta médica se ofrecieron en forma gratuita para todas las personas.

Al momento de ofrecer la valoración clínica y radiológica efectuamos 27 entrevistas a profundidad, nueve hombres y dieciocho mujeres que incluye a personas tosedoras y a otros integrantes del grupo doméstico. El objetivo principal fue conocer el proceso que conlleva o no a la decisión de acudir al hospital para hacerse la valoración. Utilizamos además observación participante y anotaciones en diario de campo. Realizamos todas las entrevistas en español a excepción de tres localidades donde fue necesario el apoyo de una intérprete.

Resultados

¿Quiénes son las personas tosedoras?

En la primera etapa del trabajo de campo identificamos a 66 personas tosedoras, 26 hombres y 40 mujeres. El promedio de edad en éstas es de 43.3 años con un rango de 12 a 94, mientras que en los hombres el promedio es de 39.8 años, con un rango de 13 a 70 años. La ocupación principal en las mujeres es el trabajo doméstico combinado con actividades agrícolas, mientras que en los hombres, es la agricultura, en ambos casos para el autoconsumo. Las mujeres presentan mayor porcentaje de analfabetismo que los hombres: 75% versus 27%. A pesar de que durante la encuesta únicamente tres mujeres reportaron no hablar español, al momento de las entrevistas y de dar las indicaciones para expectorar y recolectar las muestras se registraron problemas de comunicación y hubo necesidad de recurrir a una intérprete para comunicarnos con diez de ellas. Esta situación no se presentó con los 26 hombres, quienes entendieron perfectamente las indicaciones en español para el procedimiento del diagnóstico. Cabe mencionar que la población entrevistada tiene la clínica de salud más cercana, en promedio, a una hora o menos caminando desde su localidad de origen. El servicio se ofrece en español por pasantes de medicina en servicio social y por una enfermera.

Las personas que entregaron muestras de expectoración

Cincuenta y tres de las 66 personas con tos (80.3%) entregaron al menos una muestra de expectoración en la primera visita y 65.1% dieron dos o más. Los hombres y las mujeres proporcionaron muestras en proporciones prácticamente iguales, como se aprecia en el Cuadro 1. Esto se debe probablemente a que las muestras fueron recolectadas en el domicilio de cada persona, eliminando así las barreras de género en el acceso a los servicios de salud que se ha reportado como limitante para el diagnóstico oportuno de tuberculosis [Diwan y Thorson, 1999; OMS, 2005]. A continuación veremos qué pasa cuando las personas tienen la necesidad de salir de sus localidades de origen para estudios o valoración médica especializada.

Cuadro 1. Número de muestras entregadas en el estudio.

Número de muestras	Hombres n=26 (100%)	Mujeres n=40 (100%)	Total n=66 (100%)
Ninguna	5 (19.3)	8 (20.0)	13 (19.8)
1	4 (15.4)	5 (12.5)	9 (13.6)
2	3 (11.5)	6 (15.0)	9 (13.6)
3	14 (53.8)	21 (52.5)	35 (53.0)

Fuente: Encuesta y seguimiento de personas tosedoras, Sierra Santa Marta, 2004.

La valoración clínica y radiológica

Al finalizar la primera etapa del estudio se descartó bacteriológicamente tuberculosis pulmonar (todas las baciloscopías se reportaron negativas) por lo que se ofreció a once hombres y 17 mujeres que continuaban con tos después de dos y cuatro meses de iniciado el estudio, seguir con el protocolo de diagnóstico que consiste en la valoración clínica y radiológica por un médico especialista en medicina interna. De inicio ocho hombres (73%) y doce mujeres (70.5%) aceptaron esta valoración.

Si bien no se presentaron diferencias de género con respecto a la decisión para entregar muestras de expectoración, éstas quedaron en evidencia al momento de ofrecer la posibilidad de la valoración especializada. Los ocho hombres tomaron la decisión (de acudir o no al hospital) en forma personal e inmediata mientras se realizaba la entrevista. En cambio, entre las 12 mujeres, once respondieron que

lo decidirían con su pareja y únicamente una lo decidió en forma inmediata.³ Al pedirles a las once mujeres que evaluaran hipotéticamente si a ellas les gustaría que se les hiciera dicha valoración, todas contestaron en forma afirmativa.

Al mismo tiempo y en forma general, las mujeres expresaron su temor de acudir solas a un hospital, argumentando que no saben leer y escribir o bien se inhiben al hablar español con lo cual mostraron las desventajas que enfrentan en un contexto donde se ofrecen los servicios de salud en español, a pesar de que la población mayoritaria es indígena. Pero, además, se hizo evidente la norma social de género con respecto a que las mujeres dependen de un varón, generalmente su esposo o hijo, para salir de sus localidades. Como manifestaron dos de las informantes:

[...] pues yo pienso que para ir sola, como allá en Mina [Minatitlán] no conozco y luego como no tengo dinero, pues [...]y lo de las radiografías sería en Jáltipan y ahí tampoco conozco [...] [mujer popoluca, 25 años].

[...] lo voy a platicar con él. A mí me gustaría, pero como no sé ni leer, no sé, necesito que me lleven[...]pues sí, nosotras no sabemos leer y además no camino sola [...] él a veces está trabajando, entonces sí me voy sola, pero nomás aquí cerca por algún mandado [...] [mujer popoluca, 44 años].

La falta de libertad de movimiento de las mujeres es reforzada por los varones de la familia, quienes la justifican enfatizando las mismas limitaciones sociales de las que hablan las mujeres: su dificultad para expresarse en español, el analfabetismo y el desconocimiento de cómo movilizarse fuera de la localidad de origen. Sin embargo, en el caso de una mujer nahua de 50 años de edad que se comunica perfectamente en español y que mantuvo comunicación directa con las investigadoras durante todo el proceso, su esposo también tomó la decisión de que ella no acudiera al hospital para la valoración clínica. Él expuso sus dudas con respecto a la eficacia de los servicios regionales de salud para establecer el diagnóstico y la conveniencia de asistir al hospital de Minatitlán, principalmente por el antecedente en la búsqueda infructuosa de un diagnóstico específico. Finalmente acudieron al hospital seis de los ocho hombres (75.0%) que aceptaron la valoración y cuatro de las 12 mujeres (33.3%). La diferencia en porcentajes es bastante significativa.

Conclusiones

El presente artículo se propuso explorar el proceso de diagnóstico de tuberculosis pulmonar que siguen hombres y mujeres que viven en la Sierra Santa Marta, Veracruz. La hipótesis de la que se partió es que éste funciona como un cuello de botella, debido a las desigualdades de género y etnia que operan en el campo mexicano.

La población que participó en el estudio vive en condiciones de pobreza extrema y presenta altos porcentajes de analfabetismo, características que han sido reportadas reiteradamente como obstáculos para el diagnóstico oportuno de tuberculosis pulmonar [Salazar, 2002; OMS, 2006]. La mayoría demostró interés en llegar a un diagnóstico de la enfermedad, sea para recibir tratamiento o bien para descartar la tuberculosis como origen de la tos. Lo anterior se demuestra por la participación activa de las personas tosedoras al proporcionar muestras de expectoración. Sin embargo, si bien no se presentaron diferencias entre hombres y mujeres para la entrega de dichas muestras, cuando se trató de salir fuera de las localidades de origen las segundas se encontraron en desventaja para acudir al hospital. Es decir, mientras que el porcentaje de hombres y mujeres que aceptaron la valoración fue aproximadamente el mismo, al momento de llevarlo a la práctica se reflejó la mayor capacidad de los hombres para llevar a cabo la acción planeada.

Los hombres y las mujeres que participaron en el estudio comparten características económicas que se consideraron al momento de tomar la decisión de salir de las localidades de origen (costo del transporte, temor a enfrentar gastos secundarios al tratamiento, por ejemplo) que los y las colocan en desventaja social para enfrentar la enfermedad. Sin embargo, es evidente que existen características sociales que marcan diferencias en la colaboración para el diagnóstico de parte de mujeres y hombres. En voz de ellas mismas y de otros integrantes de su grupo doméstico, el analfabetismo y la dificultad para la comprensión del español limitan la colaboración de las mujeres. Sin embargo, aun en el caso de mujeres que se expresan bien en español, los hombres toman decisiones con respecto a su salud, demostrando así que existe una desventaja femenina no sólo en términos de lenguaje y educación formal, sino también en términos de su posición social en la familia y en el proceso de apropiación del espacio serrano. Hombres y mujeres hacen uso de éste de manera diferenciada. La construcción de género del espacio establece severas limitaciones de movimiento en las mujeres, reproduciendo así el control que los hombres tienen sobre ellas.

A partir de nuestros hallazgos es posible concluir que no es suficiente el hecho de que exista o se aumente la cobertura de los servicios de salud en una

región para garantizar el diagnóstico oportuno de tuberculosis pulmonar. Es decir, las barreras para el diagnóstico no se limitan al aspecto geográfico, sin duda importante. Para lograr lo idealmente planteado desde los organismos internacionales y nacionales de salud se requiere, en primer lugar, que quienes diseñan las políticas en salud reconozcan la diversidad cultural de la población y en segundo lugar, diseñar medidas de cambio estructurales tendentes a lograr la equidad de género y etnia en el acceso a servicios de salud de calidad. ●

Recepción: Septiembre de 2007
Aceptación: Noviembre de 2007

Verónica Vázquez García

verovazgar@yahoo.com.mx

Mexicana. Doctora en sociología por la Carleton University de Ottawa, Canadá. Actualmente es profesora-investigadora titular de El Colegio de Posgraduados, con la especialidad en estudios del desarrollo rural en el área de Género: mujer rural.

Elda Montero Mendoza

eldamontero@yahoo.com

Mexicana. Doctora en ecología y desarrollo sustentable por el Colegio de la Frontera Sur, México. Profesora-investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana. Su línea de investigación es género y salud.

Notas

¹ En México, a nivel nacional en el 2005, el promedio de escolaridad para la población hablante de una lengua indígena fue de 5.1 para hombres y 3.9 para mujeres. Mientras que el porcentaje de monolingüismo fue de 8.9% y 15.6% para hombres y mujeres, respectivamente (INEGI, 2005).

² Desde el área de la salud se utilizan diferentes indicadores para establecer la definición de pertenencia a un grupo étnico. En México los más utilizados son la lengua principal o el territorio de origen, sin embargo, los actuales cambios sociales y económicos dentro de los que se incluyen la pérdida de la lengua nativa y los movimientos migratorios obligan a una redefinición. Utilizar como criterio la identificación de la población con determinado grupo étnico, permitió incluir localidades que se autorreconocen como popolucas o como nahuas aun cuando la lengua principal en algunas de ellas es el español. Por ejemplo, en dos localidades incluidas en la encuesta encontramos que 73 y 85 por ciento, respectivamente, de hombres y mujeres del grupo de edad de seis a 35 años hablan únicamente español. Es decir, se está perdiendo el uso de la lengua nativa.

³ Se trata de una mujer popoluca cuya pareja se encontraba trabajando en el norte del país al momento del trabajo de campo.

Bibliografía

- Bonfil Sánchez, Paloma y Raúl Marcó Del Pont Lalli (1999). *Las mujeres indígenas al final del milenio* México: Comisión Nacional de la Mujer.
- CEPAL/IPEA/PNUD (2003). *Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. Chile: Publicación de las Naciones Unidas, LC/G.2188.P.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2000). *Índices de marginación*, en web: www.conapo.gob.mx. Marzo 29 del 2005.
- Coraggio, José Luis (1994). Territorios en transición. Crítica a la planificación regional en América Latina. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Diwan Vinod K. y Anna Thorson (1999). «Sex, gender and tuberculosis» En: *The Lancet*, 353:100-101.
- Giddens, Anthony (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Argentina: Primera edición en inglés publicada en 1984. Amorrortu editores.
- Hall, Gillete y Harry Anthony Patrinos (2005). *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Resumen ejecutivo*, publicación del Banco Mundial, en <http://web.worldbank.org>.
- Holmes, C.B.; H. Hausler y P. Nunn (1998). «A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis» En: *International Journal of Tubercle Lung Disease* 2(2):96-104.
- Hudelson, P. (1996). «Gender differentials in tuberculosis: the role of socioeconomic and cultural factors» en *Tubercle and Lung Disease*, 77:391-400.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Secretaría de Salud (INEGI/SSA) (2003). *Estadísticas de Mortalidad*. México
- Lagarde, Marcela (1997). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Editorial Horas.
- Long, Nguyen Hoang, Vinod K. Diwan, Anna Winkvist (2002). «Difference in symptoms suggesting pulmonary tuberculosis among men and women» en *Journal of Clinical Epidemiology*, 55:115-120.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2006*. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Gender in tuberculosis research*. Geneva, World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo* Washington, D. C. EUA. A55/35, 18 de abril de 2002. En www.who.int/gb/ebwha/pdf-files/whA55/5a5535.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *WHO report 1998. Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing*. Geneva, World Health Organization.
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (s/f) *Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en las Américas*, Programa Mujer, salud y desarrollo. Hoja informativa, OPS.
- Salazar Lezama, Miguel Ángel (2002). «Día Mundial de la Tuberculosis 2002: detener la tuberculosis, luchar contra la pobreza» en *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México*, Vol. 15(2):62-63
- Secretaría de Salud (SSA) (2000). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud* publicada en el Diario Oficial, martes 31 de octubre de 2000:33-45. México.
- Uplekar, Mukund; Sheela Rangan y Jessica Ogden (1999). «Gender and tuberculosis control: towards a strategy for research and action» en *Draft strategy paper prepared for Communicable Disease Prevention, Control and Eradication*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, December, 1999.
- Velázquez, Emilia (1997). «La apropiación del espacio entre nahuas y popolucas de la Sierra de Santa Marta, Veracruz» en Odile Hoffman y Fernando O. Salmerón *Nueve estudios sobre el espacio: representación y formas de apropiación*, México: CIESAS.