



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**LA COMUNICACION SOCIAL COMPROMETIDA:
Una propuesta semiológica para la salud indígena**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN CIENCIAS DE LA COMUNICACION
P R E S E N T A N :
**ESCOBAR RUIZ DEYANIRA
GUZMAN BENITEZ ROCIO**

ASESORA: MTRA. REGINA JIMENEZ-OTTALENGO

MEXICO, D. F.

OCTUBRE DE 1992

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

LA COMUNICACION SOCIAL COMPROMETIDA:

Una propuesta semiológica para la Salud Indígena..... I

I. El proceso de la Comunicación en el binomio salud-enfermedad.....	1
1.1 El problema de la salud-enfermedad.....	1
1.1.1 Su importancia en el proceso de interacción social.....	2
1.1.2 La cuestión etiológica.....	5
1.2 El papel de la Comunicación colectiva en el problema.....	7
1.2.1 La promoción de la salud, un proceso netamente comunicacional.....	8
1.2.2 Marco conceptual.....	11
1.2.2.1 El análisis de un caso.....	19
1.2.3 Instrumentación de campañas de salud, breve hojeada a algunos planes de acción.....	28
II. Un modelo de comunicación para la difusión de la salud.....	31
2.1 modelo aplicado a la problemática.....	31
2.2 Subprocesos alternativos que se deben tomar en cuenta.....	38
2.3 Estudio de Caso: Amealco.....	39
2.3.1 Descripción de la zona.....	41
2.3.1.1 La salud y la enfermedad para los indígenas de Amealco.....	49
2.4 Investigación Participante.....	52
2.4.1 Acercamiento a tres albergues indígenas de la región.....	52
2.4.2 Primer Sondeo: San Ildefonso.....	53
2.4.3 Segundo Sondeo: Santiago Mezquitlán.....	59
2.4.4 Tercer sondeo: Chitejé de Garabato.....	61
2.4.5 La respuesta de los destinatarios.....	65
III. Propuesta de campaña alternativa.....	67
3.1 Justificación Epidemiológica.....	67
3.2 Objetivo de la campaña.....	67
3.3 Destinatarios Directos.....	68
3.4 Plataforma Didáctica.....	68
3.5 Plataforma Creativa.....	68
3.6 Estrategia de Comunicación.....	69
3.7 Plan de medios.....	70
3.8 Consideraciones finales.....	71
3.8.1 En torno a la morbilidad.....	71
3.8.2 En torno a la investigación en comunicación.....	74

Anexos.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

LA COMUNICACION SOCIAL COMPROMETIDA: UNA PROPUESTA SEMIOLOGICA PARA LA SALUD INDIGENA.

Partimos del hecho de que la salud forma parte del proceso de interacción humana, en el cual intervienen tanto factores sociales como naturales, así pues, la salud puede ser objeto de estudio de varias disciplinas además de la medicina. Tal es el caso de la Ciencias de la Comunicación pues los especialistas en esta materia -como profesionales formados humanísticamente y comprometidos con la sociedad- pueden adentrarse en el estudio de cuestiones de esta índole, para contribuir con nuevas propuestas al mejoramiento de la sociedad en general.

Consideramos que es un error encasillar el ejercicio de la salud dentro del ámbito estrictamente medicinal, tomando en cuenta que en la defensa de este estado, rebasan los límites de la técnica profesional médica, pues en ella, se entrelazan todas las actividades inspiradas en la construcción de una sociedad más sana y más libre para todos.(1)

El enfoque que proponemos a través de este trabajo, se basa fundamentalmente en un método para abordar el problema de la salud desde una perspectiva comunicacional, que como dijera Calvimontes, (1981) "nos sitúa en la necesidad de entender como acción prioritaria del presente, los alcances de la comunicación aplicada a todos los órdenes de la actividad social y, por ello, el distingo de la hora actual, es perfilar nítidamente los rasgos posibilitadores de la transformación".(2).

1 . Calvimontes, Jorge, " Política Alimentaria y Comunicación". en: Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, no. 106, p 78
2 . Op.Cit p. 80

Así pues, las Ciencias de la Comunicación como herramientas cognitivas, podrán aplicarse para aportar alternativas que permitan a los grupos más pobres y alejados de las concentraciones urbanas y rurales, el acceso a los conocimientos y servicios básicos de salud; por ello, a través de esta investigación, pretendemos enfatizar sobre un punto importante, dentro de la promoción de este bienestar: La elaboración de campañas de salud, capaces de abarcar las diversas necesidades de algunos de los grupos culturales de México. Se parte del hecho de que los requerimientos de información, no son iguales en todo el país y por ello, concentraremos nuestra atención en uno de los grupos sociales más pobres, en el que la incidencia de enfermedades siempre ha sido de las más altas: los indígenas.

El 70% de los indígenas del país vive en municipios rurales, proporción que es inversa a la del conjunto de la población nacional y fincan su subsistencia en las actividades primarias (3). "El 96.5 % de los indígenas de estos municipios, radica en localidades calificadas como de elevada marginación, con la consecuente escasez de servicios públicos, carencia de fuentes de trabajo y empleo remunerado, bajos ingresos, precariedad, aislamiento y exclusión. Los 637 municipios rurales, con más del 30 % de población indígena -la cuarta parte de los municipios del país- han sido clasificados con alto o muy alto grado de marginación"(4). Lo cual dificulta aún más la actividad necesaria de difusión de mensajes de salud entre ellos.

Como consecuencia de tardíos procesos históricos, los indígenas mexicanos se encuentran en posición de desigualdad económica y social, son muchos y graves los rezagos que los afectan. Las carencias se concentran desproporcionadamente en sus comunidades. "La intermedicación que medra con la desigualdad y se opone al progreso de los indígenas, no ha sido erradicada. La justicia

3 Las actividades primarias corresponden a aquellas relacionadas con la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca.

4 . Trejo Delarbre, Raúl, "Una ley por fin en defensa de los indios" en: México Indígena, no. 15, p 17

encuentra barreras en las condiciones de aislamiento, pobreza y exclusión en que viven los indígenas mexicanos "(5).

Para hacer posible un estudio sobre estas comunidades, primero debemos considerar su condición bilingüe, pues los fenómenos de la etnicidad parecen estar tan vinculados a la dimensión lingüística, como a la dimensión socioeconómica. Las etnias sobreviven a muchos cambios históricos, y a muchas modificaciones de las estructuras económicas, sociales y políticas y sin embargo, están todavía históricamente presentes como unidades separadas en términos sociolingüísticos. Estas unidades sociolectales, constituyen una forma organizada de percibir la realidad y un estilo de actuar ante ella, por ello, se hace necesario reconocer, que los grupos étnicos al no compartir la lengua con las demás colectividades de México, tampoco pueden compartir los mismos parámetros de apreciación de su entorno, es decir su cosmovisión. Por lo mismo, debemos establecer un lineamiento de acción comunicológica que considere la realidad plural de México, para ser eficaz en la promoción de la salud.

Sobre la estructuración de éste trabajo, podemos decir que tiene dos secciones, la primera, constituye el entorno teórico sobre el que analizamos la problemática salud-enfermedad y el papel de la comunicación en el análisis de la misma, la segunda, presenta un estudio de caso para llevar a cabo la planeación de una campaña de salud en una zona indígena, misma que será estructurada como alternativa a modelos tradicionales de promoción a la salud.

5. Díaz Polanco, Hector, "Los pueblos indios y la Constitución" en: México Indígena, no. 15, p 22

I. EL PROCESO DE COMUNICACION EN EL BINOMIO SALUD ENFERMEDAD.

1.1 El problema de la salud-enfermedad.

Consideramos que la salud en el ser humano, no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, indispensable para lograr su adaptación al medio natural y sociocultural. Esto último, resulta un factor imprescindible para todos los hombres, dado que a través de ese bienestar pueden llevar a cabo la mayoría de las actividades destinadas a su supervivencia.

Este proceso adaptativo, surge a partir de la relación existente entre el hombre y su medio, es decir, de la interacción de éste con la naturaleza y con sus semejantes. En esta trayectoria que es cambiante, el hombre construye su entorno, a través de diversos procedimientos (rationales o de tradición) modifican la naturaleza y alternan con los de su especie, construyendo un proceso de carácter social para lograr algunos fines, uno de ellos: la conservación de la salud.

La salud deviene en problema cuando el individuo se ve incapacitado para mantenerla como tal, es entonces cuando surge la enfermedad, obstáculo al que se enfrentan no sólo los sujetos sino también las colectividades, que deberán afrontarla, superarla y erradicarla de su seno; sin embargo, frecuentemente se carece de conocimientos y de herramientas adecuadas y suficientes para hacerlo. Y ésto se convierte en problema social no sólo porque la incidencia aumenta, sino también porque es resultado de un problema de injusticia, ya que resultan afectados en mayor grado los más desvalidos cultural y económicamente hablando.

1.1.1 Su importancia en el proceso de interacción social.

Lo anterior, nos remite a pensar que la salud y la enfermedad, han constituido un proceso dicotómico siempre presente a lo largo de la historia humana, incluso, podríamos clasificarlo como constante social que ha originado ciertas actividades del hombre para mantener los niveles de bienestar relacionados con este binomio. Dichas actividades resultan importantes para este estudio ya que revelan en parte, la trascendencia que este proceso dual, guarda en relación con la vida humana.

Hablar de la lucha del hombre por la salud, nos conduce inmediatamente a lo social, porque si bien es cierto que la salud enfatiza un problema personal, no cabe duda que por ser relativo al hombre, su lucha debe llevarse a cabo dentro del proceso de interacción social, dado que el hombre sólo logra su plenitud como persona en su relación con los demás. "A grandes rasgos, el individuo puede considerarse como un producto de su sociedad y su cultura ... El organismo humano en bruto, el material biológico, se transforma en una persona social capaz de participar en la vida de su sociedad sólo mediante la experiencia social, su supervivencia misma depende de los demás." (1) Dicha experiencia, deviene de la acción del hombre hacia sus semejantes, en otras palabras. de la interacción social (2).

Es claro que la relación entre los seres humanos es de carácter recíproco, "los participantes constituyen tanto parte del medio social como partes (elementos) (sic) activos que actúan, influyen y reaccionan frente y sobre ese medio social. Cada uno de los participantes es consciente del otro; y ambos esperan -uno del otro- acciones y reacciones de orden con las circunstancias en las que y para las que

1 Chinoy, Eli; La Sociedad, p 70.

2 Etimológicamente, interacción es una palabra compuesta de dos vocablos latinos: INTER que significa entre y ACCION que quiere decir operación de cualquier agente, consecuentemente, la palabra interacción hace referencia a la operación que se realiza entre dos o más seres humanos que viven en sociedad, como para subrayar el carácter relacional de la actividad humana. Jiménez Ottalengo y Paulin-Siade, Sociolingüística de la Interacción p. 7

se realiza la acción, y con los fines o propósitos que persiguen en esa relación." (3) En este caso, la salud.

La acción tanto preventiva como curativa, entonces tiene que ser social, orientada por las de otros. De acuerdo a Max Weber se puede hablar de diferentes tipos de acción social (4). Este autor propone tres tipos :

1) Racional con arreglo a fines: determinada por expectativas en el comportamiento tanto de objetos del mundo exterior como de otros hombres, y utilizando esas expectativas como condiciones o medios para el logro de fines propios racionalmente sopesados y perseguidos.

2) Racional con arreglo a valores: determinada por la creencia consciente en el valor -ético, estético, religioso o de cualquiera otra forma como se le interprete propio y absoluto de una determinada conducta, sin relación alguna con el resultado o sea puramente en méritos de ese valor-.

3) Afectiva, especialmente emotiva, determinada por afectos y estados sentimentales actuales.

4) Tradicional, determinada por una costumbre arraigada.

De acuerdo con esta tipología podemos percatarnos de que en este caso, las variantes de acción humana se encuentran vinculados y no podríamos separarlos entre sí. Por ejemplo, la situación de salud o de enfermedad nos remiten a dos tipos de acción social preferentemente: la preventiva y la curativa, mismas que son factibles de asociar con la propuesta Weberiana:

1) Racional con respecto a fines:

Preventiva: Controlar los estados de salud y mantenerlos estables ante la enfermedad posible a través de métodos no tradicionales.

3 Jiménez-Ottalengo y Paulín Siade, Op Cit.

4 Weber nos dice que la acción social es una acción en donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por ésta en su desarrollo. Max Weber, Economía y Sociedad. T.1

Curativa: Propiciar un cambio de la enfermedad hacia estados sanos, a través de diversas acciones no tradicionales

2) Racional con arreglo a valores:

Preventiva y Curativa: Implicaría la elección de acciones intencionadas de comportamiento (cierta actividad racional).

El sujeto discierne sobre cuál será la actividad más adecuada, según sus valores éticos, religiosos, etc.

3) Afectiva: En este caso, se deben considerar el interés del individuo por aliviarse cuando está determinado por los estados emocionales que enfrenta, al enterarse de que está amenazada su salud.

4) Tradicional, la actitud hacia la salud o la enfermedad, con respecto a este rubro resulta muy variada y se desarrolla según el contexto. Muchas de las acciones de los sujetos -tanto preventivas como curativas- están orientadas según los esquemas impuestos por la tradición social, por ejemplo, cuando un individuo de cualquier comunidad se enfrenta a situaciones de morbilidad puede recurrir a diferentes soluciones que van desde la manera como conciben el estar enfermo (desequilibrio orgánico, cuestiones mágico-religiosas, morales, por citar algunas) hasta la atención que el tipo de malestar requiere (medicina tradicional o científica). O bien, cuáles son los elementos que él mismo considera importantes para la curación de las patologías físicas y mentales, como pueden ser: el ambiente (saneamiento, contaminación desecho de desperdicios) Los hábitos y tabués alimenticios, la higiene corporal, la forma como planifican la familia, el espacio y distribución de la vivienda, la producción, distribución y conservación de los alimentos, usos del agua, disposición de excretas, accidentes y afecciones ocupacionales -sólo mencionando algunos-.

Lo anterior, nos indica cuan interesante resulta tomar en cuenta, no sólo el aspecto racional que interviene en la lucha por la salud, sino también llevar este

análisis al plano de la costumbre social, pues determina en gran medida la consecución de la salud o la enfermedad.

Esto nos conduce a pensar en cómo se vinculan los diversos tipos de acción social respecto del binomio, ya que se pueden planear utilizando ciertos valores de la conciencia colectiva, aprovechando los estados afectivos y sin desconocer los hábitos y las costumbres que la tradición impone. Esto ocurre, porque la actividad humana no se ciñe a un rubro en particular durante su desarrollo espacio-temporal. En realidad, la acción del hombre se orienta de forma simultánea, incluso con otras variantes que no se mencionan aquí. Por ello, podemos suponer que el ser humano, al mantener distintos tipos de actividad, combina unas con otras dando lugar a situaciones que pueden ser determinantes para el logro de sus propósitos; un ejemplo de ello, sería vincular la experiencia surgida de la práctica tradicional con los conocimientos de las ciencias médicas y trabajar de manera conjunta, tanto en la prevención como en la curación de enfermedades.

Así, a partir de esa concatenación permanente de las actividades humanas para lograr fines específicos, pretendemos esclarecer cuáles son las actividades importantes relacionadas con la salud-enfermedad y la trascendencia que para los grupos sociales tiene; así también, cómo el hombre organiza su conocimiento para conseguir el bienestar que le permita vivir en un estado de armonía con su ambiente y sus semejantes.

1.1.2 La Cuestión Etiológica.

Ya hemos hablado de la actitud posible del ser humano, respecto a la salud-enfermedad, pero hace falta regresar a las cuestiones ligadas a la génesis de dicho proceso.

En primer lugar, mencionaremos la relación dual que mantiene el ser humano: su ambiente y sus semejantes. Y de ello podemos inferir que la mayoría de las circunstancias que dan origen a este binomio, surgen a partir de estos vínculos.

Digamos que la cultura determina situaciones para los sujetos que la comparten; esa cultura o conjunto de unidades mentales conforman criterios, intereses, actividades, -por citar algunos- que resultan trascendentes para la salud-enfermedad- ya que marcan pautas de comportamiento. Ese conducta como ya mencionamos, puede ser dirigido hacia el medio natural (recrear un entorno propicio para el desarrollo del sujeto) o hacia sus semejantes (delimitar las relaciones de poder entre unos y otros). Esto nos demuestra, que el ser humano no debe ser estudiado únicamente desde el aspecto social de sus relaciones con los demás, sino con una perspectiva que abarque también la correspondencia con su ambiente.

Eli Chinoy afirma al respecto: "Los hechos topográficos, las condiciones del terreno, y los recursos naturales constituyen otra posible explicación del (ser humano)... La presencia o ausencia de recursos naturales ha sido tomada como un factor fundamental y determinante en el carácter de una nación y como un elemento constante en el marco de todas las naciones del mundo ...- No obstante al igual que los hechos biológicos, los hechos geográficos y climáticos, no pueden ser ignorados en el análisis de la vida social y cultural. (5)

Es decir, el clima y la topografía de un lugar determinado, no son los únicos que condicionan la manera como actúa la gente, pero a su vez, crean problemas que los humanos deben enfrentar y resolver: "La manera como la gente responde al calor o al frío, al terreno montañoso o a las planicies, la forma como utiliza los recursos que tiene, o resuelve los problemas creados por la ausencia de ellos,

5. Chinoy, Eli Op. Cit p.67

depende de su equipo cultural, su conocimiento, habilidades o valores, así como su organización social." (6)

Desde muchos puntos de vista, son elementos importantes, tanto social como culturalmente, en la medida en que se trata de condiciones necesarias, circunstancias que imponen límites, formulan problemas y proveen oportunidades. De este modo, muchas de las causas de las enfermedades que le atañen al hombre, manifiestan su origen en la relación con su ambiente, es decir, en la capacidad que haya generado para dominarlo en su beneficio.

Por otro lado, es importante señalar la relevancia que tienen los recursos con los que el sujeto social dispone para enfrentarse a su entorno físico, llámense artefactos herramientas de trabajo, armas para defenderse, habitación, instrumentos de recolección o cultivo, para almacenar sus alimentos y pertenencias o simplemente para protegerse del clima, todo esto, determinado -como ya dijimos- por sus habilidades culturales.

Y por último, el tiempo que le dedique al trabajo y a la recreación, además de cuál es la situación que a través de sus labores obtiene con respecto a lo económico, mismo que originará diferentes situaciones de pertenencia y usufructo de objetos; es decir, determinará en gran parte la calidad de vida.

Estos elementos, aunque faltan muchos por citar, tienen relación directa con lo que nos hemos empeñado en analizar: la salud-enfermedad, mas adelante, nos detendremos a explicar detalladamente un caso para demostrarlo.

1.2 El papel de la Comunicación Colectiva en el Problema

Después de abordadas las cuestiones anteriores, el problema se manifiesta doble, de modo que no sólo importa esclarecer qué es salud y enfermedad, sino plantear una metodología en el área de la Comunicación Social, para

6. Loc. cit.

abordar la problemática y llegar a una propuesta que sea eficaz -por lo menos en alguna comunidad o grupo social-. Es decir, partir del análisis del papel de la difusión en el proceso <salud-enfermedad> para concretar en una alternativa viable, capaz de comunicar conocimientos de salud de manera accesible hacia un grupo de destinatarios determinado.

1.2.1 La Promoción de la Salud: Un problema netamente comunicacional.

Promover la salud, es un proceso que se lleva a cabo mediante la difusión de información, dicha información es organizada por los sujetos emisores en mensajes posteriormente dirigidos a un grupo de destinatarios y/o receptores. Este proceso, persigue un fin: poner en común algunos conocimientos de salud (que los emisores manejan) con sus destinatarios; si se logra la comprensión de los mensajes, posiblemente habrá un convencimiento que permita a los receptores ejecutar conductas más sanas.

Esto puede llevarse a cabo a través de varios medios de difusión colectiva, (puesto que los mensajes deben corresponder y dirigirse a las necesidades inmediatas de las colectividades que conforman la sociedad) pueden ser de dos tipos: **gráficos** (Prensa Escrita, Carteles, Folletos y otros) y **electrónicos** (Radio, T.V. y posiblemente el Cine).

Todos estos medios utilizan (en diferentes cantidades) varios códigos simultáneamente para la emisión de sus mensajes, por ejemplo, los medios gráficos, incluyen en su mayoría códigos icónicos, pictóricos y lingüísticos. Así mismo, los medios electrónicos utilizan -por citar algunos- códigos lingüísticos, estéticos y cinéticos.

Nuestro interés en esta propuesta de estudio, reside en apoyar la aplicación de estrategias comunicativas que se presentan como alternativas a los

medios de difusión colectiva más comunes, pues consideramos que a través de ellas, se pueden solucionar algunos problemas relacionados con la divulgación de mensajes. Si nos circunscribiéramos únicamente a la Radio, T.V., Cine, Prensa Escrita, nuestros mensajes dejarían excluidos a un gran número de personas que se encuentran en dificultades para recibir dicha información, pues carecen de los receptores debido a la inaccesibilidad económica o geográfica. Por ello, haremos énfasis en la descripción y el análisis de procesos comunicativos generados en espacios de difusión diferentes a los anteriores, como pueden ser algunos gráficos.

Como ya explicamos, los medios gráficos utilizan varios códigos para poder emitir sus mensajes, uno de ellos es la lengua (En México es el español) y otros pueden ser el código icónico, la gama cromática y sus posibles combinaciones.

Para explicar cómo se lleva a cabo el uso del código lingüístico en estos medios, recurriremos al esquema que Roman Jakobson plantea acerca de la Comunicación Social:



Es decir, el destinador manda un mensaje al destinatario. Para que sea operante, el mensaje requiere : un contexto de referencia (un referente) que el destinatario puede captar ya verbal, ya susceptible de verbalización. Un código (común del todo o en parte cuando menos) al destinador y destinatario y un contacto o canal físico y una conexión psicológica entre el destinador y el destinatario que permite tanto al uno como al otro establecer y mantener una comunicación.

Cada uno de estos factores determina una función diferente del lenguaje

(7):

7 . Jakobson Roman, Poética p 25.

**FACTOR
GUAJE**

FUNCION QUE ESTABLECE EN RELACION AL LEN-

Contexto

Referencial: Define las relaciones entre el mensaje y el contexto al que hace referencia. Su problema fundamental reside en formular -a propósito del referente- una información verdadera, es decir, objetiva, observable y verificable. Su función esencial es evitar toda confusión posible entre el signo y la cosa, entre el mensaje y la realidad codificada.(8)

Destinador

Emotiva: Define las relaciones entre el mensaje y el emisor. Cuando comunicamos (por medio del habla o cualquier otro modo de significación) emitimos ideas relativas a la naturaleza del referente (función referencial) pero también expresamos nuestra actitud con respecto a ese objeto: bueno o malo, feo o bello, sano o enfermo, etc.

Destinatario

Conativa: Establece las relaciones entre mensaje y receptor, ya que toda comunicación tiene como objetivo causar una reacción en el receptor. Esta comunicación puede dirigirse a la inteligencia o a la afectividad del receptor. También tiene una doble función: Objetivo-Subjetivo y Cognoscitivo-Afectivo.(9)

Mensaje

Poética: Es la relación del mensaje consigo mismo. Lo importante es cómo se dice no lo que se dice -la forma, no el fondo- Aquí la estética del mensaje es el objetivo de la comunicación.

8. SIGNO: Significante/ Palabra, imagen visual. Significado / Imagen mental, concepto.

El Signo hace referencia a un objeto= Referente.

9. Objetivo-Subjetivo: Organiza la acción común Cognoscitivo-Afectivo: Moviliza la participación del receptor.

FACTOR GUAJE

FUNCION QUE ESTABLECE EN RELACION AL LEN-

Contexto

Referencial: Define las relaciones entre el mensaje y el contexto al que hace referencia. Su problema fundamental reside en formular -a propósito del referente- una información verdadera, es decir, objetiva, observable y verificable. Su función esencial es evitar toda confusión posible entre el signo y la cosa, entre el mensaje y la realidad codificada.(8)

Destinador

Emotiva: Define las relaciones entre el mensaje y el emisor. Cuando comunicamos (por medio del habla o cualquier otro modo de significación) emitimos ideas relativas a la naturaleza del referente (función referencial) pero también expresamos nuestra actitud con respecto a ese objeto: bueno o malo, feo o bello, sano o enfermo, etc.

Destinatario

Conativa: Establece las relaciones entre mensaje y receptor, ya que toda comunicación tiene como objetivo causar una reacción en el receptor. Esta comunicación puede dirigirse a la inteligencia o a la afectividad del receptor. También tiene una doble función: Objetivo-Subjetivo y Cognoscitivo-Afectivo.(9)

Mensaje

Poética: Es la relación del mensaje consigo mismo. Lo importante es cómo se dice no lo que se dice -la forma, no el fondo- Aquí la estética del mensaje es el objetivo de la comunicación.

8. SIGNO: Significante/ Palabra, imagen visual. Significado / Imagen mental, concepto. El Signo hace referencia a un objeto= Referente.

9. Objetivo-Subjetivo: Organiza la acción común Cognoscitivo-Afectivo: Moviliza la participación del receptor.

Código	Metalingüística: Su objetivo es definir el sentido de los signos que pueden no ser comprendidos por el receptor, por ejemplo: <Semiología en el sentido estrictamente médico> y con ello asegurar el fin de la comunicación. De esta función también se deriva el uso del vehículo o medio.
Contacto	Fática: Su objetivo es afirmar, mantener o detener la comunicación. Puede dar lugar a un intercambio de normas ritualizadas, por ejemplo: Un diálogo cuyo único objeto es prolongar más la conversación entre dos o más personas.

Estas funciones, aparecen con más énfasis unas que otras, dependiendo del acto comunicativo y el contexto; a veces el uso de signos y símbolos se complementa con el uso de códigos adyacentes como los pictóricos y/o cromáticos. Para que éstos términos queden más claros, será necesario remitirnos a un marco conceptual, base para el análisis de ésta problemática de la promoción de la salud.

1.2.2 Marco Conceptual

Iniciamos la delimitación de este marco conceptual a partir del hombre, de nuestro interés por lo humano y su actividad esencialmente socializadora; un instrumento para acercarnos a ello, son las Ciencias de lo Humano: "Aquellas que tienen por objeto el estudio y los procesos del hombre" (10) y nos interesan porque ponen de manifiesto que éste no es un ente lineal que avanza en una sola dirección, en un sólo plano sino en varios, y sus actos producen acontecimientos complejos, llenos de significados.

10. Jiménez-Ottalengo R. Sociología y Semiología p. 12.

"Las Ciencias de lo Humano, son ciencias de las acciones de los hombres; de acciones dotadas de sentidos" (11) y ésto nos traslada a uno de los aspectos relativos a nuestro interés, sobre el problema de la comunicación humana: el sentido y la significación.

"La significación es un proceso mediante el cual un objeto, ser, noción o acontecimiento se une a un signo que lo copia, lo evoca, lo sugiere. Y el sentido de una expresión es el conjunto de representaciones que surgen en la mente de un individuo o grupos de individuos en el momento de captar esa expresión" (12). Un ejemplo de ello, sería el uso de los signos lingüísticos o iconográficos, y su percepción determinada por el contexto en el que se lleve a cabo el proceso de comunicación.

Dicho contexto, resulta determinante para todo tipo de relaciones humanas y aún más en la utilización de la lengua; por ello, para éste análisis del sentido y la significación, podemos partir de la sociolingüística. Esta disciplina nos ofrece algunas pautas para el estudio mencionado, por ejemplo, los antropólogos lingüistas estadounidenses destacaron la relación lengua-cultura (Sapir-Whorf) (13) a través del interés que tenían en el estudio de las lenguas indígenas. Hockett por su parte, destacó las relaciones entre las lenguas y las culturas de diferentes sociedades, incluso utilizó materiales etnográficos para la explicación lingüística y extrapoló métodos lingüísticos para el estudio de la cultura.

Nuestro interés en la lengua (hablada o escrita) es por su papel como medio para la comunicación y por ello, centraremos nuestro análisis en la forma como un grupo indígena maneja su lengua materna respecto de la española y así, articular, un posible código pictórico que trascienda las diferencias lingüísticas.

El lenguaje ordinario, proporciona ciertos símbolos que la mentalidad social requiere para su identificación y permite que ésta llegue a hacerse consciente en

11 . Jiménez-Ottalengo R. Op. Cit. p 13.

12 . Jiménez-Ottalengo y Paulin-Siade, Sociolingüística de la Interacción, p. 7.

13 . Schaff,Adam. Lenguaje y Conocimiento, p. 36.

sus hablantes. Es por medio de la comunicación simbólica, como la sociedad puede normar su comportamiento -incluso las prácticas relacionadas con la salud- y configurar una mentalidad propia que los distinga de otras colectividades.

Esa es la razón por la cual los modos de comportamiento grupal están estrechamente vinculados a sus modos de expresión. Estos, ya no pertenecen a los umbrales de la lingüística, la cual ha establecido sus límites dentro del estudio de los lenguajes verbales, y para ello, recurriremos a la ciencia que se encarga de éste y otros modos de significación: **La Semiología**, pues la comunicación de los seres humanos no se limita a lo verbal, "su especificidad intelectual los presenta como seres que quieren expresarse continuamente y que, al hacerlo realizan una actividad simbólica por medio de la cual, se convierten en producto y productor de significados, de modo que todo aquello que crea y recrea (desde las herramientas e instrumentos con los que transforma la realidad natural y social, las organizaciones sociales que estructuran conductas colectivas; las señales y signos cuyo valor funcional es el de establecer paradigmas orientadores de conductas, hasta las ideas que condicionan los modos de ver y valorar el entorno humano) constituyen conjuntos de sistemas señales que pueden ser interpretados" (14).

La lengua es la herramienta humana más importante pero no la única; los hombres poseen otros lenguajes, y éstos serán estudiados por la ciencia que se encarga del análisis de los signos en el seno de la vida social: la Semiología (Saussure). Así pues, se han dado muchas polemizaciones en torno a la delimitación de esta ciencia, que se ofrece como herramienta exploratoria para el acercamiento a los fenómenos comunicativos. Por ejemplo, Barthes dirá que la Semiología tendrá por objeto cualquier sistema de signos cualquiera que sean sus límites: las imágenes, los gestos, los sonidos melódicos, los objetos y los complejos de éstas instancias que se encuentran en los ritos los protocolos o espectáculos; constituyen si no lenguajes, al

14. Kristeva, Julia El Texto de la Novela, p 63.

menos sistemas de significación. Al respecto, Julia Kristeva también manifiesta "La Práctica social, es decir, la economía, las costumbres, el arte, etc. es encarada como un sistema significativo estructurado como un lenguaje ... toda práctica de este estilo puede ser científicamente estudiada como un modelo secundario con relación a la lengua natural, modelada en esta lengua y modelándola."(15)

"La cultura por entero debe (puede) (sic) ser estudiada como fenómeno semiótico [pues] la cultura es un fenómeno de significación y de comunicación y que humanidad y sociedad sólo existen cuando se establecen relaciones de significación y procesos de comunicación." (Umberto Eco) (16).

Sólo mediante el análisis de una cultura en particular (como puede ser una colectividad indígena) se pueden hacer propuestas comunicativas que atiendan las necesidades propias de éstas. Así, para hacer más operativos los mensajes de salud, deben tomarse en cuenta los códigos simbólicos vigentes al interior de las colectividades, además de los diferentes registros que pueden adoptarse a partir de la lengua española al mismo nivel que los hispano parlantes; por esta razón, se deben formular mensajes en los que las imágenes lleven mayor contenido que palabras.

Este análisis simbólico, pretende recabar un número determinado de imágenes que puedan ser comprendidas por indígenas y otras que no lo sean, para después con esos elementos, discernir entre los más adecuados (acordes con sus códigos) y así plasmarlos en mensajes más apropiados al contexto y necesidades indígenas. Tal vez el texto aparezca de manera complementaria, nada más.

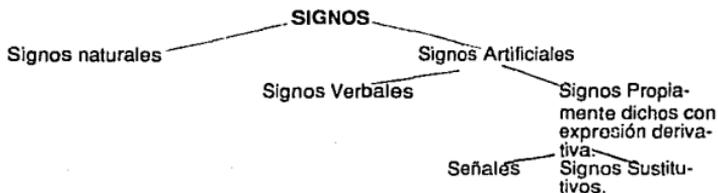
La semiología aquí, se presenta entonces como punto de partida para el análisis de las comunidades indígenas, en torno a su propia forma de producción de signos visuales. Para explicar más claramente éste término y el uso que estamos

15 . Kristeva, Julia, Op.Cit. p 73.

16 . Eco Umberto, Tratado de Semiología General. p.134.

haciendo de él, nos remitiremos a la definición y tipología que Adam Schaff propone acerca de los signos:

Todo objeto material, o la propiedad de ese objeto, o un acontecimiento material, se convierte en signo cuando en el proceso de la comunicación sirve, dentro de la estructura de un lenguaje adoptado por las personas que se comunican, al propósito de transmitir ciertos pensamientos concernientes al mundo exterior o concernientes a experiencias internas (emocionales, estéticas, volitivas, etc.) de cualquiera de los copartícipes del proceso de comunicación, (17)



A su vez, los signos sustitutivos se dividen en:



Los signos naturales, son aquellos que existen independientemente del hombre, se basan en relaciones de fenómenos que se localizan en la naturaleza, (indicaciones). Los signos artificiales, son producidos conscientemente por el ser humano en el proceso de comunicación con sus semejantes.

De los signos artificiales, nos interesan en específico los propiamente dichos con expresión derivativa, es decir, las señales, los signos sustitutivos sensu strictu y los símbolos, dado que para este caso, conviene señalar que en cuanto a

17. Schaff, Introducción a la Semántica, p. 167.

grupos culturales (diferentes entre sí) este tipo de signos, constituyen un elemento intrasferible de unos a otros pues están, dados de acuerdo a su actitud frente al contexto en que se desenvuelvan.

Las señales, son signos cuyo propósito es evocar, cambiar o hacer que alguien desista de alguna acción, su significado es evidentemente arbitrario, establecido por virtud de un convenio válido (dentro de un grupo dado de personas). Los sustitutivos *sensu strictu* son objetos materiales que representan otros objetos por virtud de semejanza o convenio. Los símbolos son objetos materiales que representan una idea abstracta, la representación se basa en un convenio que debe ser conocido si ha de entenderse un símbolo dado.

Por otro lado, la gama cromática resulta de gran importancia en éstas categorías de análisis, por cuanto el color "como elemento de comunicación visual, está cargado de información y es una de las experiencias visuales más penetrantes que todos tenemos en común, por tanto, constituye una valiosa fuente de comunicación" (18). Por lo general, las características culturales específicas de los grupos, permiten asociar los colores de una imagen a cierto significado, por ejemplo, el rojo puede significar peligro, amor, calidez, (por decir algo). Cada color puede tener numerosos significados asociativos y simbólicos. Y por ello, dadas sus posibilidades de significación, pueden ofrecernos un enorme vocabulario de gran utilidad en la comunicación visual.

Así pues, la revisión de éste marco conceptual, además de demostrar que algunos conceptos en materia de comunicación sí pueden ser utilizadas en el análisis formal de los mensajes de salud, también nos remiten a la necesidad de enfatizar el importante papel que éstos cumplen en el proceso de difusión. Por ello, a continuación, abordaremos algunos puntos sobre los que se sustenta la inoperatividad de éstas campañas de salud a nivel comunicativo.

18. Dondis A. D. La Sintaxis de la Imagen. pp. 47-48.

En primer lugar, como todo proceso de comunicación colectiva, estas campañas han sido planteadas para informar a un número indeterminado de personas, (una desventaja que no les permite discernir específicamente quién será su receptor), porque utiliza como convención previa la lengua española general, es decir, sin considerar los diferentes dialectos y sociolectos que de ésta se derivan. Por lo tanto, estas campañas de salud no consideran los diferentes modales y mucho menos las diferentes lenguas y registros (19) que las diversas colectividades mexicanas tienen. "Cada comunidad, cada grupo de hablantes, tiene un cierto conjunto de registros, de ellos, cada miembro conoce y domina un solo subconjunto, que constituye un sociolecto, una forma de ver y recrear el mundo." (20)

Consideramos que el principal defecto de las campañas salud en México, es que no atienden (en sus contenidos) a los diferentes sociolectos de las comunidades y por lo mismo, no logran cumplir con el objetivo primordial de todo proceso comunicativo: Poner en común ideas y sentimientos. De este modo, es poco probable que dicha información pueda llegar a la conciencia de los receptores, convencerlos y de ahí, traducirse en comportamiento.

Esto sucede porque el grupo emisor, en estos casos, sólo está compuesto por una fracción que es la concedora o especialista en el campo (los médicos), es decir, no están organizados con un grupo de traductores (comunicadores) de esos conocimientos a códigos más accesibles para los grupos destinatarios no especializados. Es decir, se mantiene la información en un plano "esotérico" (21) y no se reconoce la capacidad del comunicólogo para llevar esos conocimientos al plano "exotérico" (22) quienes mediante su habilidad para entablar procesos comunicativos

19. Cada uno de los niveles de una lengua que puede adoptar un hablante, según la situación, la intención y el contexto comunicativo.

20. Jiménez-Ottalengo y Paulín Pérez, *Sociedad y Lenguaje*, p 54.

21. Dícese de la doctrina profesada por los sabios de la antigüedad que cuyo conocimiento no debía ser poseído sino por muy pocos. Incomprensible para personas no iniciadas, de difícil interpretación.

22. La doctrina en que los filósofos de la antigüedad enseñaban públicamente.

eficaces, habrán primero de reconocer a su destinatario antes de emitir cualquier información.

Se puede decir también que, en la práctica, estos mensajes de salud no consideran las necesidades previas de información de las colectividades destinatarias de los mensajes, pues no son originados desde el interior de los contextos donde son difundidas, de otro modo, no existirían grupos que por su condición marginal se encuentran con mayor necesidad de información de salud, como los cinturones de miseria o los indígenas por ejemplo. Estos mensajes, no sólo deben tomarse en cuenta desde el aspecto sociolectal de la decodificación, sino también desde el nivel de información anterior que tiene el receptor.

Las necesidades de información de las diferentes colectividades no son las mismas, pues en conjunto, todas pertenecen a diferentes contextos, donde se generan distintos niveles de interacción y de vida en general. Por lo tanto, no pueden ser satisfechas con instrumentos informativos que usen un sólo código y que no se generen sobre la base de un conocimiento previo de nivel informativo de los receptores (de su ámbito cultural).

Por otro lado, estas campañas, como no son concebidas desde el interior de las colectividades donde operan, constituyen un elemento "externo" que en muchas ocasiones puede no resultar eficaz para su aplicación. En estas circunstancias, la Participación Comunitaria, podría plantearse como solución a esta dificultad, ya que a través de ella, las instituciones de salud y las mismas colectividades pueden detectar sus necesidades de información, y la manera más adecuada de llegar a la solución de sus problemas, por lo que será necesario considerarla como requisito indispensable en la estructuración de campañas de salud a nivel rural, indígena y/o marginal.

1.2.2.1 El Análisis de un caso

Para corroborar de manera más ilustrativa nuestra hipótesis sobre la condición de las campañas de salud como procesos netamente comunicativos, analizaremos parte de una campaña realizada en México (a nivel urbano y rural) por sus instituciones oficiales de salud, tomando como base el modelo de comunicación de Roman Jakobson:

Para llevarlo a cabo, utilizaremos el texto y las imágenes de un cartel que se usó en México para informar sobre la atención de enfermedades diarreicas (a raíz de la aparición de Cólera).

Guía para el Tratamiento del Niño con Enfermedades Diarreicas.

PLAN "A" (Sin deshidratación)

TRATAMIENTO EN EL HOGAR.

1. Aumentar la ingesta de líquidos de uso local y ofrecer vida suero oral mientras persista la diarrea.

2. Continuar con lactancia materna y dar de comer lo habitual.

3. Reconocer signos de deshidratación y otros de alarma para regresar a consulta:

-Diarrea con Sangre

-Distensión abdominal

Fiebre elevada persistente

Entregar tres sobres "Vida Suero

y explicar cómo prepararlo.

"PLAN B"
(Con Deshidratación, sin estado de Choque)

**MANEJO EN LA UNIDAD DE
SALUD**

1. Dar suero oral (100 ml. por cada kilo de peso en cuatro horas).
2. En Tomas cada 20 o 30 minutos.
3. Con taza y cucharita para que no vomite.
4. Mantener lactancia materna.

SIGNOS DE DESHIDRATACION

1. Aumento de la sed.
2. Disminución de la cantidad de orina, de color obscuro.
3. Somnolencia, decaimiento, irritabilidad.
4. Lloro sin lágrimas, ojos hundidos
5. Saliva espesa, Mucosa oral y lengua secas.
6. Respiración rápida y profunda.
7. Fontanela hundida en lactantes.
8. El signo del pliegue se deshace con lentitud, (más de dos segundos).
9. Pulso rápido.
10. Llenado capilar lento, de tres a diez segundos.

PLAN "C"
(Con deshidratación y estado de choque)

MANEJO DE PREFERENCIA EN EL HOSPITAL. REHIDRATACION INTRAVENOSA

En menores de un año:

1. Solución salínica isotónica (30 ml. por cada kilo de peso en una hora)
2. Repetir igual si continúa en choque.
3. Continuar con cuarenta ml. por cada kilo de peso en dos horas y retirar venoclisis.
4. Completar Hidratación con "Vida Suero Oral" (40 ml. por cada kilo de peso en tres horas).

En mayores de un año

1. Solución salínica isotónica (100 ml. por cada kilo de peso en cuatro horas) tan rápido como sea posible, hasta sentir con facilidad el pulso radial.
2. Evaluar hidratación y decidir si continuar con Plan B o Plan A.

SIGNOS DE CHOQUE HIPOVOLEMICO

- Anuria por más de seis horas.
- Llenado Capilar por más de diez segundos.
- Fontanela hundida en lactantes.

ANALISIS

A partir del ejemplo anterior y dados los elementos que contiene, podemos decir, que la función referencial en este cartel sí se manifiesta, pues se formula un mensaje totalmente informativo, y esto se hace evidente con lo siguiente:

SIGNIFICANTE	SIGNIFICADO
Ingesta	Acto de introducir alimentos en el cuerpo por vía bucal.
Fontanela	Región de la bóveda craneal, no cerrada por huesos, sino por una membrana tensa en los mamíferos que más tarde se cierra en parte, en el niño hay dos: la grande entre frontal y parietales y la pequeña entre parietales y occipital.
Distensión	Acción que se produce por una tensión violenta en los tejidos, membranas, etc.

La información que se presenta en este caso resulta totalmente observable y verificable pero los conceptos pueden resultar de difícil comprensión para los destinatarios, si es que no se trata de un público especializado como los médicos. El problema aquí, es el registro, la manera como está codificado el mensaje, esto se hace claro al observar otros términos incluidos como Venoclisis, Choque hipovolémico, Llenado Capilar, Distensión; pues pertenecen más a una variedad de registro médico que a un público general.(23)

23. Para éste análisis partimos de la ubicación que el cartel mencionado tenía. Estaba expuesto para todo el público, junto a otros que contenían también material educativo referente a otros padecimientos, por lo cual consideramos que fue elaborado para destinatarios no específicos y por ello, lo incluimos en este análisis. .

Sin una comprensión del significado de esos términos no habrá una asociación a su referente original aún cuando los términos sean correctos, el problema no es que carezcan de esa cualidad, sino que se deben buscar signos cuyo significante sea el mismo pero más accesible para su decodificación. Por otro lado, a través del contenido de este cartel, tampoco se hace referencia al contexto en el que se va a llevar a cabo el proceso comunicativo, es decir, si va a ser rural, urbano, indígena y/o marginal

En cuanto a la función emotiva, podemos decir que no se manifiesta de manera explícita dentro de los dos ámbitos que señala R. Jakobson (1.- define las relaciones mensaje-emisor y 2.- la expresión de una actitud respecto del referente). Se necesita establecer una relación entre el emisor y el mensaje. Pero sin olvidar que este proceso debe estar dirigido a un grupo destinatario especial. Es decir, para el caso que nos ocupa, el grupo emisor no solamente deberá estar constituido por el destinador, pues si analizamos la situación un poco más, distinguiremos quienes debieran encontrarse relacionados en este contexto comunicativo: En primer lugar, el grupo de conocedores o especialistas en el campo de la salud y posteriormente en segundo lugar: el encargado de entablar el proceso comunicativo, es decir, el traductor que tenga presente al destinatario, en pocas palabras el comunicador. Cada fracción de esta sección emisora, tiene relación directa con el mensaje y deberá hacerse responsables de los aspectos que le conciernan en la estructuración del mismo, por ejemplo, al grupo de conocedores o especialistas les corresponderá reconocer e identificar los problemas de salud en la población por resolver, así mismo deberá responsabilizarse por el conjunto de conocimientos objetivos por difundir para generar en la población conductas positivas para su salud. El grupo de comunicadores deberá encargarse de que el proceso de promoción de la salud sea eficaz (mediante herramientas adecuadas) es decir, procurar que los mensajes sean difundidos bajo códigos accesibles a los destinatarios. (Sus sociolectos, registros u otros).

De acuerdo con la función conativa (que se refiere a la conminación de alguna actividad para el destinatario) encontramos que ésta no aparece de manera clara en la estructuración del mensaje, dado que en primer lugar, no se reconoce el tipo de destinatario que se ha elegido para recibir el mismo, es decir, no se perciben de antemano las características y necesidades de información que puedan tener como grupo (rural, urbano, alfabeto, analfabeto, marginal, indígena u otros).

Por otro lado, según R. Jakobson, esta función puede ser vocativa (sugestiva) o imperativa, pero puede ser necesario dirigir el mensaje de manera directa hacia el destinatario, por ejemplo: "Es preferible que usted proceda de esta manera o que se abstenga de hacerlo así". Pero, ésto sólo estará condicionado por los requerimientos de los destinatarios, (sus costumbres verbales) si son adultos, niños, analfabetas o de otros tipos; es decir dependerá de su comportamiento colectivo previamente identificado (según las habilidades de los comunicólogos). También podemos decir que la doble función que se debe establecer mediante lo conativo no se logra cabalmente, porque en aras de mantener un hilo científico en la información, se mantiene un dominio de lo cognoscitivo y lo objetivo sobre lo subjetivo y afectivo. Siendo esto último de gran importancia pues el elemento afectivo de los mensajes, también incide en los actos de voluntad. Por esta misma razón, no hay una identificación del destinatario hacia los datos proporcionados, pues no se establecen las relaciones necesarias entre mensaje y receptor: no existe un vínculo que convenza al destinatario para que produzca conductas sanitarias. Es necesario tomar en cuenta, que el destinatario a través de estos mensajes, está solicitando una conducta del destinatario, y que para lograr la respuesta esperada de comportamiento, primero se deberán interpretar verazmente los mensajes, lo cual sólo es posible si los mismos se codifican bajo los cánones reconocidos por el grupo receptor.

En lo relacionado con la función poética hay varios aspectos por discutir:

a) Dado que no se hace explícito cuál es el grupo elegido como destinatario, no es posible saber si este cartel se basa en cánones adecuados a las características de un grupo en particular.

b) En cuanto a la información, ya vimos que se pretende ser muy objetivo, presentando al referente (diarrea) bajo una concepción totalmente médica. es decir, se ignora por completo al destinatario. Para ello, como ya hemos mencionado anteriormente, este mensaje deberá respetar los cánones estéticos de la comunidad destinataria, sin perder la objetividad de la información. Es importante remarcar aquí la necesidad de respetar la objetividad del conocimiento médico, trasladándolo a un plano exotérico y no permitir (como en el caso de éste cartel) que se quede en lo esotérico.

Por último, también podemos decir que dadas las características del medio que estamos analizando (cartel impreso) debería llevarse a cabo un seguimiento del acto comunicativo que se da a través del mismo, con un grupo de muestra (tal como se hace en la planeación de las campañas publicitarias de tipo comercial) con el objeto de constatar si es continuo o se interrumpe, (los niveles de la función fática) qué impacto causa, cómo fue interpretado y los comportamientos resultantes. De lo contrario, será imposible conocer los grados o las modalidades en que se llevó a cabo la interpretación de los mensajes, imposibilitando así, el cumplimiento de su finalidad.

Con lo anterior queda brevemente descrito el uso del código lingüístico de este cartel, ahora proseguiremos con la descripción del uso de otros elementos visuales en el mensaje, por ejemplo: los íconos (signos sustitutivos sensu stricto) y la gama cromática.

En cuanto al cartel que estamos analizando, podemos comenzar con la localización de los íconos en la estructuración de este cartel. Estos se encuentran en tres secciones:

1. Sección Superior Izquierda: Cuatro imágenes, mujer amamantando a un menor, sobre "Suero Vida Oral", mujer haciendo tomar suero preparado a un bebé.

2. Sección Central Izquierda: Una imagen; Personal médico acompañando a una mujer que hace tomar suero oral a un menor.

3. Sección Inferior al Centro: Una imagen; Personal médico colocando suero intravenoso a un menor.

Por la forma en que están representadas, consideramos que estas imágenes pueden servir tanto para mensajes dirigidos a públicos rurales como urbanos, ya que los personajes aquí trazados se apegan a características compartidas en ambos contextos; por ejemplo, la ropa del personaje femenino, su peinado, el color del cabello. No se hace demasiado detallamiento en cuanto a los componentes del entorno, tal pareciera que se hacen implícitos, por ejemplo, con el único mobiliario presentado (una mesa sencilla) se hace referencia "elípticamente" (24) a un entorno también sencillo (tal vez de escasos recursos económicos) y por ello, consideramos que estos códigos sí son aplicables tanto en contextos rurales como urbanos.

Por otro lado, algunas de estas imágenes, sí manifiestan una relación con el texto, con ellas se enfatizan los puntos que se proponen como solución a la deshidratación (consecuencia de la diarrea) incluso se hace énfasis con más imágenes

24 . Elipsis: figura de retórica; omisión en un enunciado de uno o más elementos oracionales con un contenido consabido por los interlocutores, porque dicho contenido se desprende bien de la estructura lingüística del enunciado.

La retórica por ejemplo, analiza en detalle las reglas del retrato, de la descripción y esas reglas son observadas tanto en la pintura como en la literatura ... una de las principales tareas de la semiología consiste en establecer la existencia de sistemas en modos de significación en apariencia asistemáticos. Guiraud, Pierre, *La Semiología*, p. 43.

en el Plan A, posiblemente con la intención de resaltar más la parte preventiva a la deshidratación severa.

Tal vez, con estas imágenes puedan hacerse claros algunos términos de este cartel, como por ejemplo el de Ingesta; pero también existe la posibilidad de confusión porque no corresponde ninguna vinculación del texto en particular con alguna imagen en específico. La asociación de estos dependerá de cuestiones muy particulares a cada receptor. Aunado a esto, el cartel no propone ninguna imagen que esclarezca los términos que impliquen mayor dificultad de comprensión: Choque hipovolémico, Fontanela hundida. Anuria, Llenado capilar; es decir, el texto no se complementa con la imagen, ni viceversa.

También podemos decir que la información de este cartel (en texto e imágenes) está estructurada de acuerdo a la costumbre de lecto-escritura (de izquierda a derecha) primero se tiene contacto con la imagen y después con la información (las flechas indican la dirección de la lectura) pero para que éste fuera más comprensible, debiera articularse (texto e imagen) de manera simultánea, así tal vez pudieran rebasarse las limitantes lingüísticas que se presentan.

En el cartel que ahora nos ocupa, se hace uso de varios colores, de los cuales destaca uno: el rojo, que es utilizado para dar énfasis al Plan "C" (Atención de emergencia para estados graves de deshidratación), posiblemente con el objetivo de concentrar la atención en esa zona. También es posible que, adecuándose a la descripción anterior del color y sus posibilidades de asociación simbólica, hayan utilizado el color rojo para significar peligro, lo cual es muy discutible porque no conocemos si esa asociación (rojo=peligro) es generalizada en todas las colectividades de México.

Con las afirmaciones anteriores no pretendemos agotar todas las posibilidades de análisis comunicacional de las campañas de salud a nivel gráfico, en todo caso, pretendemos demostrar que el enfoque "racional comunicológico" puede

aplicarse al estudio de las campañas de salud, pues constituyen sistemas de información factibles de ser desglosados en categorías meramente comunicacionales.

Cabe mencionar que la mayor parte de este análisis quedaría invalidado si se demostrara que el cartel fue creado exclusivamente para personal médico, pero en todo caso, sirvió para demostrar la premisa anterior.

1.2.3 Instrumentación de campañas de salud: Breve hojeada a algunos planes de acción.

Después de la revisión que se hizo del ejemplo anterior, asumimos que el análisis de la promoción de la salud, como una problemática social, deriva en dos direcciones:

Una se origina en la Instrumentación de las campañas de salud como procesos netamente comunicativos (de carácter social) y otra: considera la difusión de éstas en el ámbito de las relaciones humanas. El subcapítulo siguiente estará dedicado a revisar algunos pasos que se han dado para procurar algunos mejoramientos en la función de las campañas para la difusión de la salud pública.

En México la Ley General de Salud plantea que el ejercicio de ésta, se dividirá en dos rubros, (ver anexo 1):

- a) Protección a la Salud
- b) Salubridad general

dentro del primer inciso, (en el título VIII, Ver anexo (2) se contempla la promoción de la salud en cuatro ámbitos:

1. Educación para la salud
2. Nutrición
3. Control de efectos nocivos para el ambiente en la salud.
4. Salud ocupacional.

Para los fines de este trabajo, consideraremos únicamente el primer ámbito porque a través de su análisis podremos acercarnos al problema de la promoción de la salud. La Educación para este bienestar, como ya dijimos, es un proceso que se lleva a cabo mediante la difusión de campañas, con el propósito de sugerir o reforzar algunas conductas sanitarias, indispensables para el ser humano.

Veamos algo de lo que se ha hecho a nivel general en México por instituciones nacionales e internacionales.

Programa IMSS-COPLAMAR, de Solidaridad por Cooperación Comunitaria: Se instituyó en el sexenio de 1976 a 1982, su objeto: "Propiciar la ampliación del ámbito de cobertura de los servicios de solidaridad social, y la consolidación de un sistema de Cooperación comunitaria en beneficio de las colectividades destinatarias de dichos servicios, en los términos de los decretos respectivos que señalen a los grupos de población marginada.

PLAN NACIONAL DESARROLLO 1985-1994, instituido en México por el Presidente Carlos Salinas de Gortari, mismo que considera prioritaria la atención de zonas marginadas, urbanas y rurales, con énfasis en la atención primaria a la salud.

PARA LA VIDA O.M.S.-U.N.I.C.E.F., estrategia que propone un cambio en el manejo de información sobre los problemas de salud más severos entre la población que actualmente sobrevive en condiciones de extrema pobreza en el tercer mundo.

DECLARACION DE ALMA-ATA, conferencia internacional sobre atención primaria a la salud, OMS-UNICEF, reunida en Alma Ata, URSS. 6 de septiembre de 1978. Considera entre otras cosas que: "La salud en el ser humano es un derecho fundamental y un objetivo social de gran importancia. La promoción y Protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida ...- El pueblo tiene derecho a participar individual y colectivamente en la planificación y atención de su salud. La atención

primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la vida social.”.(25)

25 . Includa en el texto, Salud para todos en el año 2000, (Estrategias).OMS, OPS 190-192pp.

II. UN MODELO DE COMUNICACION PARA LA DIFUSION DE LA SALUD

2.1 El modelo aplicado a la problemática

Para poder hablar de un modelo de comunicación que sea operante (efectivo) respecto de la salud indígena, hemos de retomar uno de los puntos que manejamos con anterioridad: Las actividades en torno a la salud, se deben ejercer con la participación de las instituciones gubernamentales que promuevan ese bienestar y las comunidades indígenas. Por lo que habrán de apoyarse en herramientas comunicológicas que permitan la difusión de mensajes informativos de salud. Estas herramientas pueden ser analizadas categóricamente desde dos puntos de vista: los medios o soportes físicos para el transporte de dicha información y los códigos comunes, tanto a destinador como a destinatarios, (a través de los cuales estructurarán los datos por difundir).

Los medios que conduzcan o sirvan de soporte a la información deberán ser de estructura sencilla, accesibles a toda la población escogida como destinataria para el caso (incluyendo a la de escasos recursos económicos y/o marginales) es decir, excluir el uso de medios a veces inaccesibles para algunos sectores (por razones económicas o geográficas) como los electrónicos.

Así pues, a partir de las condiciones mencionadas, sólo podemos considerar el uso de ciertos medios (tal vez los gráficos) de los cuales se deriva el uso de los códigos visuales: íconos, gama cromática y reforzados por un texto, en razón de cierto código lingüístico (sociotecto, variedades dialectales, registro). Dichas categorías comunicacionales, estarán derivadas de cánones reconocidos por la comunidad destinataria, éstos, sólo podrán ser descubiertos por medio de un análisis específico

dentro de ese grupo social; es decir, con apoyo de una investigación participante llevada a cabo por los mediadores de la comunicación.

En cuanto al uso de la lengua, hemos puntualizado ya sobre algunas funciones que consideramos necesarias (para garantizar el objetivo de este proceso comunicativo) por ello, también basaremos esta propuesta de trabajo en los postulados de Roman Jakobson -estableciendo la identidad de cada componente en el caso concreto, de la promoción para la salud en México-.

DESTINADOR:

Para este caso, indicaremos el carácter determinado que cada instancia de esta fracción tendrá, por ejemplo, en primer lugar consideramos como parte emisora al gobierno mexicano y sus instituciones de salud encargados de promover este bienestar a nivel nacional, regional y/o municipal. En segundo lugar, el grupo de especialistas que manejan la información técnica respecto a la prevención de enfermedades y conservación de la salud. Y como tercera instancia, el grupo de comunicadores, que mediante su capacidad profesional, puedan traducir el conocimiento científico de los médicos, a modalidades de la lengua española y a lenguajes alternativos que resulten comprensibles para el grupo elegido como destinatario.

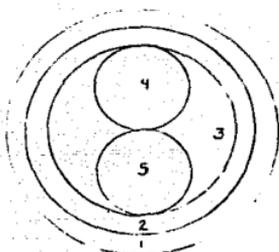
DESTINATARIO:

Debido a la naturaleza de esta investigación, hemos escogido a la población indígena infantil alfabeta (o semi-alfabeta) misma que constituirá el grupo de destinatarios directos y como destinatarios indirectos: los padres de familia y demás miembros de la misma; dado que es a través de los menores, como pretendemos llevar a cabo el proceso comunicativo secundario. Elegimos al grupo infantil, en virtud de su capacidad de desarrollo físico y mental, pretendemos que en el caso de lograr su

convencimiento (a través de la información de los mensajes) puedan convertirse en destinatadores de los mismos datos que decodificaron hacia el interior de su núcleo familiar.

CONTEXTO:

(Refiriéndonos al entorno en el que se desenvuelven los actores) y tomando como base la propuesta esquemática de la comunicación de Tatiana Slama Cazacu (1):



1. Contexto total
2. Contexto Implícito situacional/Ambiente físico propiamente social.
3. Contexto Explícito:
4. Contexto lingüístico-verbal.
5. Contexto Extralingüístico:

Correlatos auxiliares gestuales, mímicas, etc.

La relación de los seres humanos con dichos contextos, deriva ciertas características culturales en ellos, las cuales se manifiestan en sus distintas concepciones de salud o enfermedad. Así mismo, las relaciones contextuales, nos remiten hacia algunas características psicológicas y de comportamiento específico, o bien de tradición (según estemos hablando de un grupo social determinado y en un momento histórico dado). Es decir, estas relaciones socio-contextuales deberán ser consideradas desde un aspecto dinámico, no lineal.

1. Slama Cazacu, Tatiana, "Aspectos Convergentes (y divergencias fortuitas) de la Sociolingüística y de la Sociolingüística", en Uribe Villegas, Oscar (editor) *La Sociolingüística Actual*, México, IIS-UNAM, 1974 165-195 pp.

Para los fines de este trabajo, consideraremos al entorno rural, indígena e infantil, por lo tanto, los referentes que sean incluidos en los mensajes deberán ser codificados en lenguajes que se desprendan de este mismo ambiente:

MENSAJE:

Para referirnos al mismo, primero debemos tener identificada la problemática que se pretende resolver, según las necesidades (previamente reconocidas) de los destinatarios, derivadas de su contexto para entonces, decidir cuáles cánones estéticos se tomarán como base en la estructuración de los datos y los parámetros lingüísticos que se respetarán, como por ejemplo: las conductas expresivas del grupo elegido para decodificar los mensajes de salud o bien, los puntos que deberán resaltarse más -los preventivos o los curativos-.

CONTACTO:

Los canales o medios físicos serían únicamente los accesibles a las comunidades rurales indígenas elegidas, como los folletos y carteles entre otros. Por otro lado, la conexión psicológica necesaria -para este proceso- tendrá que efectuarse de manera directa entre destinatadores y destinatarios, es decir, sólo mediante una coparticipación efectiva que puede ser desarrollada a través de la participación comunitaria (Ver apéndice 1)

CODIGO:

Para entablar cualquier proceso comunicativo, será necesario discernir previamente qué convención icónica y lingüística habrá de utilizarse para lograr que el destinatario pueda, después de haber comprendido e interpretado fiablemente la información, convencerse para realizar cambios que lo conduzcan a conductas más sanas. Y para que ésto sea posible en el campo que hemos elegido, habremos de

seleccionar un código que sea reconocido por el grupo destinatario. (Debido a la naturaleza de los canales escogidos, estos deberán ser esencialmente gráficos: icónicos, cromáticos, lingüísticos y sus posibles combinaciones).

Por otro lado, y de igual importancia, son las funciones que se desprenden de cada componente:

Referencial:

Esta se efectúa a través de un objeto (o referente), circunscrito a un contexto. Para que se lleve a cabo, primero se debe determinar el contenido de los mensajes de salud: Preventivos o Curativos, y posteriormente en relación con qué enfermedades o malestares (2). Tomando en cuenta, que la relación de estos referentes con los destinatarios, está determinada según su entorno físico.

Lo que se debe procurar a través de esta función, es que aún cuando se respeten todas las relaciones derivadas del contexto (maneras de codificar icónica, lingüística y cromáticamente, solo por citar algunas) no se debe perder la objetividad de la información respecto de los referentes incluidos, y viceversa; tampoco se deben olvidar los parámetros de recepción de los destinatarios en aras de conservar esa objetividad.

Emotiva:

Originada a partir del emisor de los mensajes. Para esta función, hablamos mencionado las dos instancias: Instituciones gubernamentales de salud (grupos especialistas) y los Comunicadores encargados de entablar procesos eficaces mediante la traducción de los conocimientos médicos (llevándolos a un plano exotérico).

2. Según la situación de morbilidad de la comunidad destinataria.

La función emotiva, se llevará a cabo abarcando los siguientes aspectos: Qué se dirá, a Quiénes y Cómo, considerando la concordancia previa de las dos partes para que la información sea emitida adecuadamente al destinatario. Así mismo, respetando las formas valorativas o indicativas de las acciones sugeridas en los mensajes, identificadas por los receptores. Es decir, la actividad del destinador, con respecto al destinatario se efectuará a través de la interacción previa de ambas partes.

Conativa:

Esta función, implica la conminación de alguna actividad, por lo general, se lleva a cabo a través de dos dimensiones: mediante lo cognoscitivo-afectivo y lo objetivo subjetivo; es decir, se debe vigilar que en la estructuración, el mensaje contenga tanto elementos dirigidos hacia el intelecto, como otra que produzca cierta reacción empática hacia el contenido del mensaje, pues recordemos: la promoción de la salud es un proceso y sus etapas deberán abarcar desde la información recibida, la interpretada fiablemente y la que convence para inducir al comportamiento adecuado a la salud del destinatario. Aquí no se debe olvidar, la manipulación presente en muchos ámbitos de la comunicación colectiva, es decir, cuando los mensajes resultan mas emotivos que cognoscitivos. Esta situación debe evitarse, pero sin suprimirla por completo, dado que, la cuestión afectiva también está relacionada con los actos de voluntad. Así pues, los mensajes deberán considerar estas dos esferas: lo informativo (que conlleve datos objetivos, verificables) y lo afectivo (que conduzca a la acción).

Poética:

Para este caso, la estética del mensaje deberá corresponder a los cánones estéticos de la colectividad o grupo de receptores, es decir, la cuestión formal será determinada por lo que se acepte entre los destinatarios, en el ámbito lingüístico e icónico. La dominación de un código sobre otro (cuando la imagen se sobrepone al

texto, por ejemplo) dependerá de los patrones valorativos de la comunidad destinataria (si es alfabeto o no).

Metalingüística:

En realidad, se debe evitar el uso (en estos mensajes) de signos, símbolos y señales de difícil comprensión para los destinatarios; pero si esto no fuera posible, todo signo con esas características deberá ser traducido en términos más claros, con la finalidad de que no se interrumpa el acto comunicativo.

Fática:

Para constatar cuáles son los niveles en que se desarrolla el proceso comunicativo con los destinatarios, los comunicólogos (a cargo de la elaboración de los mensajes) deberán desarrollar algunas pruebas con grupos de muestra para detectar posibles fallas de la campaña; ésto a través de la medición de reacciones que presenten los destinatarios (ante la propuesta alternativa). A esta función deberá corresponder también la observación de las respuestas a los mensajes, es decir, comprobar si coadyuvan al cambio hacia conductas acordes con la salud.

Ninguno de estos elementos y funciones deberán ser ignorados en la instrumentación de campañas de salud a nivel rural, si se pretende que, como proceso de comunicación resulten eficaces., Dado que en éste intervienen varios factores (por la naturaleza del proceso en sí) también se tendrán que considerar algunos subprocesos que forman parte de la difusión de las campañas de salud.

2.2 SUBPROCESOS ALTERNATIVOS QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA.

Como hemos visto, en este proceso de comunicación colectiva, intervienen varios factores, uno de ellos es el medio o canal a través del cual se llevará a cabo el mismo; para lograr el objetivo que nos hemos propuesto, en razón de un público rural, indígena e infantil, hemos hablado ya del cartel pero también habremos de remarcar que no es el único medio idóneo para la promoción de la salud; incluso aún cuando resulta un medio muy eficaz para llevar información a las comunidades indígenas, debe ser reforzado con otros, debido a que este proceso busca no solamente llevar la información, sino penetrar a la conciencia de los destinatarios y de este modo, propiciar un cambio de actitud hacia conductas más adecuadas para su bienestar.

Por lo tanto, se necesita la utilización simultánea de varios medios para completar la información de la campaña. Algunas modalidades alternativas que consideramos adecuadas (como apoyo de los carteles), son los juegos; porque constituyen una de las herramientas de aprendizaje más cercana al grupo infantil, además de representar un excelente factor de integración.

Por otro lado, también consideramos que el teatro guiñol, dentro de este campo, constituye un vehículo de expresión personal y de comunicación grupal muy efectivo; como herramienta viable para la difusión de ideas (a través de tramas) propicia el trabajo en grupo desde la construcción de títeres y el escenario, hasta la ejecución de la obra, ya que desarrolla una actividad hacia un fin común.

La historieta (como medio de difusión colectiva) constituye un medio idóneo para aquellos grupos que manifiestan interés por la imagen gráfica; porque además, (según el tipo de estudio que hemos elegido) este medio o canal, ofrece gran versatilidad (dada su capacidad de incluir imágenes de cualquier estilo o canon

iconográfico) según sea el contexto de que se trate. Se puede decir que es el medio ideal para públicos semialfabetos o analfabetos que no están acostumbrados a leer.

Estos medios en realidad, son modalidades alternativas a los procesos de comunicación colectiva para promover la salud (al nivel que hemos escogido -rural, indígena e infantil-). En el próximo capítulo nos detendremos en la revisión del trabajo de campo elaborado para descubrir parámetros reales que sirvan de base a una campaña de salud operativa.

2.3 ESTUDIO DE CASO: AMEALCO

Las campañas de salud constituyen procesos de comunicación y algunas presentan carencias, que se reflejan principalmente en los siguientes casos:

Cuando sus mensajes no son estructurados tomando en cuenta las características de los receptores a quienes habrán de dirigirse. Es decir, la información que presentan es de difícil comprensión tanto para públicos urbanos, como para rurales, pues utilizan términos especializados y no hay una traducción de los mismos a un lenguaje, sociolecto, registro u otros mas ordinarios (exotéricos). También por ejemplo, cuando no toman en cuenta la realidad plural, (heteroégena) de México y por ende, no satisfacen los requerimientos de atención a la salud y de información, que al respecto tienen los distintos grupos sociales.

A fin de probar estos planteamientos, realizamos un diagnóstico en algunas zonas de México, del que derivamos una propuesta de trabajo: Un diseño de campañas de salud al interior de las comunidades indígenas que promuevan la participación de las mismas y que, por medio de ella, cada comunidad obtenga los índices de las necesidades que en materia de información o atención, puedan ser resueltas.

Para que estas campañas puedan ser reconocidas por el grupo destinatario, como herramientas eficaces para ayudar en la concientización de sus

semejantes, habrán de respetar sus parámetros de percepción (sus cánones en todos los sentidos).

Dado que la realidad indígena en todo su conjunto es muy compleja, requerimos -para el cumplimiento de nuestros propósitos- del estudio de un caso particular, para acercarnos de manera directa al problema citado. Como una guía, recurrimos al Instituto Nacional Indigenista (INI).

Esta institución, al conocer nuestra propuesta nos invitó a participar en la organización de un anteproyecto integral de salud, que se está llevando a cabo en un municipio del estado de Querétaro: Amealco.

En este proyecto intervienen todas las instituciones gubernamentales de salud a nivel nacional, estatal y municipal (ISSSTE, IMMS y SSA), así como otros organismos interesados en el mejoramiento de la salud.

Del grupo otomí de toda la región de Amealco, decidimos aplicar esta propuesta de trabajo, al sector infantil por dos razones fundamentales: 1. Constituyen un grupo relativamente moldeable por encontrarse en proceso de desarrollo físico y mental, se puede decir que aún no han conformado totalmente sus criterios de personalidad. Por otro lado, el juego puede ser una herramienta capaz de llevarles mensajes de salud apropiados a sus necesidades y contexto. 2. Es a través de ellos, como podemos llegar más fácilmente a los demás miembros de su núcleo familiar y así ampliar la cobertura de los mensajes.

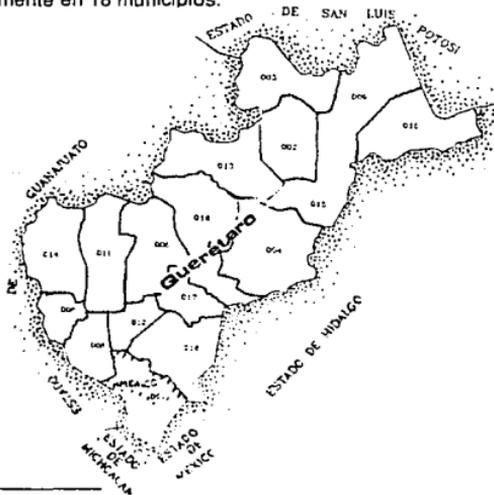
Dentro de nuestro planteamiento -para lograr su eficacia- propusimos el trabajo de campo de observación directa-participante (3) con la comunidad, porque de este modo, se pueden detectar los códigos de signación que comparten como

3 La observación participante exige la intervención del investigador en las actividades que desarrolla la entidad analizada; esta participación se denomina pasiva cuando el observador únicamente observa los acontecimientos y las relaciones; se considera participación activa aquella en la que el investigador se mezcla con los miembros de la organización, actuando como uno más de sus componentes. Se trata de un auténtico método de observación. Duverger, Métodos para las Ciencias Sociales, p. 175.

colectividad. Para lograr lo anterior, requerimos de algunas condiciones que permitieran la experimentación -mas o menos- controlada y así, la información recabada fuera lo más verosímil. Por ello, acudimos a las instalaciones que el Instituto Nacional Indigenista de Querétaro tiene, zona donde se albergan estudiantes de nivel primaria (6 a 14 años según el reglamento interno). Ahí se les brinda alimentación, alojamiento y asesoría escolar. Los alumnos, considerados como becarios, permanecen de lunes a viernes en lugar. EL Centro Coordinador Otomí de Amealco, nos permitió llevar a cabo este estudio directamente con becarios de los albergues del municipio: San ildefonso, Santiago Mezquititlán y Chitejé de Garabato.(4)

2.3.1 Descripción de la zona

Querétaro tiene una superficie total de 11,769 km² y se encuentra dividido políticamente en 18 municipios.



4 Los albergues indígenas constituyen una alternativa para aquellas comunidades dispersas que por su lejanía entre sí, no tienen acceso a los servicios educativos de nivel básico

Por sus características ecológicas es posible diferenciar cuatro zonas dentro de su territorio: 1. **La Sierra Gorda** (Arroyo Seco, Jalpan de la Sierra, Landa de Matamoros, Pinal de Amoles, San Joaquín), 2. **El Semidesierto del Centro** (Colón, Peñamiller, Ezequiel Montes, Cadereyta y Tolimán), 3. **Los Valles Centrales** (Tequisquiapan, San Juan del Río, Pedro Escobedo, Querétaro, Villa Corregidora y Villa del Marqués), 3. **La Sierra Queretana** (Amealco y Huimilpan)

Dado que nuestro grupo de estudio se encuentra en el municipio de Amealco, centraremos nuestra atención en la zona de la Sierra Queretana.

Suelo y Clima: en la región sur proliferan los valles y planos: Amealco, San Juan Dehedo, El Lindero, Torre Carmen, San Felipe, San Pedro Tenango, San Bartolomé del Pino.

Los suelos en general son cafés, forestales y podzólicos; de los llamados complejos de montaña, gran parte de la superficie utilizable se encuentra en proceso de degradación debido al uso agrícola en pendientes no aptas y deforestaciones que han facilitado la erosión.

El Clima es de dos tipos: seco, árido y templado subhúmedo. Con temperatura mínima de -3 grados C y con una máxima de 34.3 grados C., la temperatura promedio es de 15 grados C.

Orografía: Las principales elevaciones que se encuentran en la sierra queretana son los cerros: 1. Del Gallo, 2. Redondo, 3. Grande y 4. Chiteje de la Cruz.

Hidrografía: En el sur, los ríos son permanentes (aunque no siempre potables) y desaguan por un lado en el Lerma-Santiago los siguientes: San Miguel, Terrero, Chitejé y San Carlos. Y por otro, desguan en el San Juan Moctezuma: Barranca, Tuna Manza, Zatlaco, Galindo y Cofradía.

La precipitación en esta zona alcanza los 1000 mm anuales.

Flora Y Fauna: El paisaje de la Sierra Queretana esta conformado por bosques de pino, encino y madroño; así también crecen algunas especies arbustivas cuyo principal ejemplo es la pingüica. El nopal y el maguey crecen en toda la región.

La fauna del sur, fuera de la doméstica, son mamíferos de pequeña especie, aves y reptiles.

Agricultura: La zona sur cuenta con grandes áreas de posibilidades agrícolas, dadas las condiciones del suelo, agua y pendiente. Sin embargo, ésta necesita de trabajos de conservación de suelos.

Ganadería: En la Sierra Queretana, se explotan principalmente bovinos y ovinos.

Localización del hábitat otomí: El grupo otomí queretano, ocupó históricamente la parte central y sur del estado, marcando su frontera norte con la Sierra Gorda habitada por Pames y Jonaces.

Sujetos al expansionismo mexicana, al proceso geopolítico de la Nueva España y del México independiente, los otomíes se vieron presionados dentro de su asentamiento original hacia puntos que por su aspereza constituyeron refugios naturales. Actualmente los otomíes, ocupan 89 localidades de los municipios de Ezequiel Montes, Cadereyta y Tolimán y 25 poblaciones del municipio de Amealco. (Ver anexo 2).

Situación General del municipio de Amealco.

Para adentrarnos en el estudio de las comunidades indígenas ubicadas en Amealco, y en particular, para elaborar una propuesta comunicacional para la salud, se requieren conocer otros datos del contexto, además de los ya citados.

Extensión territorial

682.1 km², representando el 6% de la superficie estatal.

Demografía

Los únicos datos con que se cuenta actualmente en el municipio son los de 1973 (27 858 hab). El Consejo Estatal de Población, estimó que para 1985 existirían 55 485 habitantes, registrándose -según cálculos oficiales- un crecimiento medio anual de 3.7 % . (5)

Concepto	1985	1986	1987
Nacidos vivos registrados	2204.0	2472.0	2509.0
Natalidad por 1000 hab.	46.0	49.8	48.7
Defunciones	333.0	304.0	322.0
Mortalidad por 1000 hab.	6.9	6.1	6.2
Crecimiento Natural	2.9	4.4	4.3

Factores condicionantes

Actividades económicas:

Según el número de habitantes asentados en cada localidad del municipio, el Comité de Planeación del Estado de Querétaro (COPLADEQ), estima que cerca del 80 % de la población económicamente activa, se dedica a las actividades propias del campo y de la zona: agricultura, ganadería, alfarería, extracción de tepetate y manufactura de artesanías (bordados); el 20 % restante se divide entre el sector industrial y de servicios.

Redes de Comunicación

La densidad de redes de caminos, permite comunicar aproximadamente al 90 % del municipio mediante 11.9 kms de carretera federal, 56.5 de estatal y 274.1 de caminos rurales.

5. Desafortunadamente para nosotros, ninguna institución maneja datos más actualizados. Han trabajado con base en estimaciones poco aproximadas, pues el Censo INEGI, revelo 45 501 hab.

En cuanto a los servicios de Comunicación, los de correos, telégrafos y teléfonos, han sido proporcionados en función de la situación geográfica y de la concentración poblacional.

<u>Teléfono</u>	<u>Telégrafo</u>	<u>Correos</u>
Cabecera Municipal Santiago Mezquit. San Ildefonso	Cabecera Municipal La Torre San Nicolás	Cabecera Muni. La Torre San Nicolás San Miguel Tlaxcaltepec.

Desarrollo Urbano

La dispersión de los asentamientos humanos, ha constituido un obstáculo para la creación de infraestructura y dotación de servicios sociales; inclusive en localidades que rebasan los 2 500 habitantes.

Agua Potable

En el municipio existen 15 sistemas con más de 3500 tomas domiciliarias, las fuentes de abasto son norias, manantiales y pozos. Las comunidades cubiertas con éstos sistemas son 24, por lo que la Comisión Estatal de aguas, con base en las estimaciones oficiales consideran que se beneficia a 28 mil habitantes. Un poco más del 50% de la población total del municipio (55 485).

En algunas comunidades, los sistemas, ya instalados, presentan problemas relativos a deficiencias en el equipo de bombeo, electrificación de los mismos y sustitución de la red, por contar con material inadecuado.

El drenaje y el acantarillado, constituyen un servicio con poca cobertura en el municipio (6). En la cabecera municipal, el sistema resulta ya obsoleto, debido a que inicio sus operaciones en 1935. Por lo que la cobertura estimada en su origen, ha sido

6 Fuente: Comisión Estatal de Aguas.

rebasada por el crecimiento demográfico. Además en los últimos cinco años, han surgido nuevos asentamientos en la periferia de la cabecera municipal, con lo que se agudiza la necesidad de ampliación del sistema y de introducción en las localidades en que ello sea factible; o bien, la instalación masiva de letrinas o construcción de fosas sépticas, a fin de evitar la degradación ecológica y la salud de los habitantes.

Servicios de Educación

Actualmente a nivel básico de educación infantil (primaria) se encuentra mas extendido en el municipio, ya que los 89 planteles educativos que existen, corresponden al nivel primaria.

Por otra parte, la práctica de las actividades deportivas y culturales son limitadas, debido a la ausencia de infraestructura adecuada para estos eventos.

PRINCIPALES DAÑOS A LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE AMEALCO

Morbilidad. (Enfermedades de mayor incidencia)

No.	Causa de Morbilidad (7)	Casos	Tasa
1.	Infecciones respiratorias agudas	6151	11931.8
2.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	2182	4232.7
3.	Amibiasis intestinal	1504	2917.5
4.	Paratosis intestinal	1112	2157.1
5.	Traumatismo y/o heridas	976	1893.3
6.	Gastritis Acido pépticas	722	1400.6
7.	Artropatías	675	1309.4
8.	Hipertensión Arterial Sistemática	636	1233.7
9.	Infección Vias Urinarias	561	1088.2
10.	Diabetes Mellitus	179	374.2

Así, tenemos que la principal enfermedad que requiere atención médica son las afecciones respiratorias agudas, esto posiblemente es debido a las

7 Las referencias de estos índices se obtuvieron de las hojas diarias de los médicos que prestan sus servicios en las Unidades de Salud del municipio. Tasa por 100 mil habitantes.

deficiencias de saneamiento de las viviendas y el clima frío que predomina en la región.

En segundo, tercer y cuarto lugar, encontramos padecimientos que se encuentran muy arraigados en el estado:

-Enteritis y otras enfermedades diarreicas.

-Amibiasis y otras parasitosis intestinales.

Mismas que estan relacionadas con la falta de potabilización de las aguas de los pozos y por los malos hábitos higiénicos.

Por otro lado, debemos tomar en cuenta también que existe un numero indeterminado de pacientes que no asisten a los servicios de Medicina Institucional, pero que reciben atención de curanderos o parteras de la región (Medicina Tradicional) y por ello, no se tiene referencias ni de la cantidad de pacientes ni de las enfermedades que estos medicos tradicionales atienden.

MORTANDAD

Causas de Mortandad	Defunciones	%	Tasa
1. Enfermedades intestinales	45	14.0	87.3
2. Enfermedades del corazón	42	13.1	81.5
3. Influenza Neumonía	31	9.5	60.1
4. Deficiencias en la nutrición	29	9.0	56.3
5. Afecciones originadas en el periodo perinatal.	28	8.6	54.3
6. Causa violenta no especificada	26	8.1	50.4
7. Bronquitis Crónica, Bronquitis no especificado, Enfisema y Asma.	13	4.1	25.2
8. Diabetes mellitus	10	3.1	19.4
9. Tumores malignos	7	2.2	13.6
10. Enfermedades cerebro vasculares	7	2.2	13.6
Subtotal	238	73.9	461.7
11. Otras no especificadas	84	26.1	162.9
Total	322	100.0	624.6

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE AMEALCO

Cobertura	No. de Habitantes	% de Cobertura
IMSS	2583	4.7
ISSSTE	1445	2.6
Servicios Municipales de Salud SSA	48693	87.3 (8)
Medicina Privada	2774	4.9

Unidades de Salud distribuidas en el municipio
S. S. A.

UNIDADES AUXILIARES DE SALUD

San Pedro Tenango
El Rincón
El Lindero
Galindillo
Jacal de la Piedad
El Atorón

CENTROS DE SALUD RURAL PARA POBLACION CONCENTRADA

Amealco, Cabecera Municipal
Chitejé de Garabato

CENTROS DE SALUD RURAL PARA POBLACION DISPERSA.

El Bothe
Donicá
Santiago Mezquititlán
San José Itho
San Ildefonso
La Torre.

Además de estas unidades, se cuenta con dos módulos de "Extensión de Cobertura", que visitan 15 localidades de difícil acceso con periodicidad quincenal.

Están localizadas en:

Amealco I
Santiago Mezquititlán II.

8. De acuerdo con estas cifras proporcionadas por las instituciones, deducimos, que los Servicios Municipales de Salud cubren ese porcentaje de la población total del municipio.

2.3.1.1 LA SALUD Y LA ENFERMEDAD PARA LOS INDIGENAS DE AMEALCO

Hemos mencionado a grandes rasgos las condiciones en que se desenvuelven los grupos indígenas de la zona de Amealco y para acercarnos a la problemática de salud-enfermedad que comparten como colectividad, fue necesario establecer un contacto más directo con ellos y conocer sus reacciones ante el ambiente y sus semejantes.

Como ya hemos inferido, la salud y la enfermedad, están estrechamente vinculadas con todos los factores que intervienen en la vida social y cultural del grupo. Ambas forman una unidad indivisible, integrada y funcional; de ahí, que la modificación de algún hábito o costumbre de la comunidad tendrá que repercutir en la unidad social y cultural, de la cual son parte.

La gente considera el proceso de la salud-enfermedad desde el ángulo de su propia cultura. "Conocerla, en su visión integral (sincrónica y diacrónica) dará las pautas explicativas que se requieren para entender las bases que la sustentan."(9)

Siguiendo este enfoque, se podrá detectar lo que hace la comunidad por sí misma, frente a este binomio, qué está haciendo por ella, a través de los diversos programas institucionales -regionales o locales- y en su caso, qué puede hacerse, cuándo, con quién y cómo. Además, se podrá derivar de éste análisis cultural, los factores que propicien la aceptación o rechazo de elementos extraños. Los cuales permitirán replantear los procedimientos y medidas que son necesarias.

Para modificar los hábitos negativos de salud no debe olvidarse, que si las propuestas promocionales carecen de sentido como procesos de comunicación y no van de acuerdo con el contexto histórico de la comunidad, no contribuirán a su aceptación.

9. Programa IMSS-COPLAMAR p. 10.

En este sentido, lo que debemos tomar en cuenta, para la planeación de estas estrategias, no son sólo los datos que muestran las estadísticas de salud; es necesario acercarse a la comunidad para que ella plantee sus propios requerimientos, y cómo los puede satisfacer usando sus recursos (humanos y físicos). Por ejemplo, no se les pueden hacer peticiones que requieran del uso del servicio hidráulico, como las acciones relacionadas con la higiene, si en su localidad, carecen de este servicio por completo.

Esto es parecido a lo que David Werner propone en torno a las necesidades de las comunidades rurales, para él existen dos tipos:

Necesidades Sentidas

Lo que la gente siente que son sus problemas mas grandes.

Necesidades Reales

Los pasos que la gente puede dar para resolver estos problemas de la manera mas duradera.

El caso específico de Amealco (+)

las enfermedades de los niños mas frecuentes: Diarreas parasitosis, vias respiratorias, mal de ojo.

Cuidado del agua para evitar su contaminación, mejorar sus hábitos higiénicos.

las mujeres gestantes

Actualizar los conocimientos de las parteras y médicos tradicionales para evitar complicaciones de parto y problemas postnatales.

Alcoholismo

Organizarse con sus autoridades tradicionales y civiles para difundir información sobre los daños que causa el alcoholismo.

Acudir ante las autoridades oficiales para denunciar a vendedores clandestinos de alcohol.

+ (10)

10. Estas inquietudes fueron recogidas durante reuniones con autoridades indígenas informales, médicos del Sistema Municipal de Salud, autoridades del INI y con la curandera de la región Sra. Filogonia Hernández, de el Picacho.

Con el objeto de que esta propuesta de comunicación resulte efectiva, es necesario que previo a la estructuración de los mensajes, tomemos como base puntos como los anteriores, (incluyendo la importancia de la medicina tradicional) ya que no se deben plantear programas de salud, sin considerar las necesidades de los indígenas (de Amealco, en este caso) ni los recursos y la disposición con que cuentan para la solución participativa de sus problemas, siendo esto último, uno de los requisitos indispensables para que funcionen al interior de cualquier colectividad. Muchos de ellos, manifiestan apatía ante las campañas que les son implantadas desde fuera y tal es el caso de los planes de salud, incluso, en Amealco, se realizaron varios programas de letrización, de huertos familiares, y otros, (11) pero no han atraído la atención de los destinatarios.

En resumen, esto sólo ha significado gran desperdicio de recursos humanos y económicos, sin que se haya llegado a soluciones concretas; por ello, resulta necesario evitar toda actitud posiblemente paternalista y fomentar la subsidiaria (12) del destinador hacia el destinatario, motivando a este último a emitir una respuesta activa, es decir, que se considere la posibilidad de que el mismo beneficiario de los programas de salud, sea el constructor de ese bienestar. La educación para la salud no debe fomentar prácticas negativas, ni propiciar la autocompasión en los indígenas, por el contrario, necesita dirigirse a la conciencia de los mismos para motivar en ellos, los cambios necesarios para su bienestar en general.

11. Según informes de la Comisión Estatal de Aguas, durante las reuniones del Proyecto Integral de Salud en Amealco.

12. Desafortunadamente el discurso gubernamental ha confundido éste término con el paternalismo, cuando su significado más cercano se puede aplicar a las situaciones en que las instituciones apoyan, mediante colaboraciones directas, a las comunidades organizadas previamente en procesos de participación social.

2.4 INVESTIGACION PARTICIPANTE

2.4.1 Acercamiento a tres albergues indígenas de Amealco.

Para iniciar la primera etapa de la investigación participante, realizamos visitas cortas a éstas instalaciones (San Ildefonso, Santiago Mezquititlán y Chitejé de Garabato) y a través de ellas, pudimos observar varios aspectos relativos a su funcionamiento interno y el comportamiento de algunos becarios:

a) Alumnos albergados.- Según el reglamento interno (ver anexo 3) el cupo máximo es de cincuenta, de los cuales sólo cuatro pueden ser mestizos (13) y sus edades de 6 a 14 años (que cursen la educación primaria).

b) Las instalaciones se encuentran divididas de la siguiente manera: Dirección, Almacén, Comedor y Dormitorios. Estos últimos están dispuestos en dos secciones: una para niñas y otra para niños, cada división cuenta con inodoros, lavabos y regaderas, el agua escasea poco. Las camas están colocadas en forma de literas. En el almacén se guardan los objetos de reserva de cada albergue, cobertores, sábanas, artículos de limpieza, alimentos enlatados, conservas, leche en polvo y leguminosas que sirven para el consumo interno; también les proporcionan alimentos frescos que son adquiridos en la región por la Coordinadora Otomí del INI, ubicada en la cabecera municipal.

En el comedor, ingieren los tres alimentos del día que son preparados por el personal de apoyo (las ecónomas). Ese espacio, también se ocupa para realizar las tareas escolares.

13 Entendiendo por mestizos el grupo monolingüe y por indígenas el grupo bilingüe (hablan otomí además del español).

c) El aseo de las instalaciones corre a cargo de las alumnas internas y a los hombres se les asignan tareas del campo (siembra, levantamiento de cosecha y riego entre otras). Estos trabajos son supervisados por el encargado del albergue o por personal adicional de apoyo, (en San Ildefonso, es un agrónomo y en Santiago Mezquititlán, un veterinario, aún cuando no realizan ninguna actividad pecuaria; en Chitejé sólo supervisa el director.

d) En lo que a salud se refiere, pudimos constatar de manera muy superficial, que de los alumnos enfermos, casi ninguno recibe atención adecuada, aun cuando cerca de cada albergue, hay una unidad rural de salud (la menos cercana es la de Santiago Mezquititlán, que se encuentra a medio km. aproximadamente). Por otro lado, las enfermedades más insistentes, según nos informó cada director, son las respiratorias, pero indagando con los alumnos, también notamos que son frecuentes las enfermedades diarreicas y las bucales por falta de higiene, además de las relativas a la deficiente higiene corporal externa. Sólo en Santiago Mezquititlán fue evidente la preocupación de la directiva por la situación de cada alumno en varios aspectos: (académico, de salud y otros).

2.4.2 PRIMER SONDEO: SAN ILDEFONSO

El albergue del Instituto Nacional Indigenista, ubicado en la comunidad de San Ildefonso Tultepec (Eva Sámano de López Mateos) brinda atención a 50 becarios, de los cuales 35 son mestizos (monolingües) y 15 indígenas. Ellos asisten por la tarde o la mañana -según su grado escolar- a la escuela primaria "Miguel Hidalgo" que se encuentra a unos metros del albergue; el resto del día permanecen en éste último.

Para iniciar un primer acercamiento, reunimos a los alumnos en grupo y nos presentamos ante ellos (con ayuda del maestro encargado de la dirección de esas instalaciones), él mismo les indicó cómo íbamos a trabajar mediante su cooperación. Posteriormente se nos otorgó un lugar en el dormitorio de niñas. Los alimentos diarios los ingeríamos con todo el alumnado .

Para cumplir con la investigación participante que nos habíamos propuesto, requerimos colaborar con los alumnos en sus actividades diarias (y así integrarnos al grupo) pero se nos sugirió no participar en la limpieza de las instalaciones (que hasta antes de nuestra llegada no se realizaba organizadamente) porque "contribuiría a disminuir el sentido de responsabilidad de los becarios."

Las Actividades que elegimos fueron las asesorías escolares que los alumnos solicitaban para la realización de sus tareas -porque además, nadie se encarga de ello- y al terminar ésta, leíamos cuentos y oíamos música infantil.

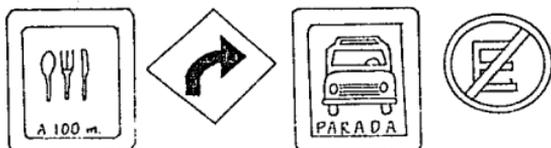
Posteriormente, siguiendo los pasos necesarios para la realización de esta investigación, hubo que llevar a cabo un sondeo de imágenes y colores con la finalidad de percibir sus códigos en estos ámbitos: Para ello, utilizamos la siguiente gama de colores: Rojo, Azul, Amarillo, Verde, Morado, Café, Negro, Lila y Rosa; también incorporamos los tonos fosforescentes: verde y naranja pues detectamos el uso frecuente de ellos en algunas de sus artesanías: Con estos colores invitamos a los niños del albergue a pintar sobre diversos materiales (papel Kraft y papel revolución), esta exhortación fue hecha de manera abierta y no había ningún tema en específico a cubrir en sus dibujos, así, los alumnos contaron con la libertad necesaria para esa actividad plástica.

Debido a que los alumnos dispusieron de tiempo libre, en días posteriores realizamos otro sondeo con los mismos fines. Los invitamos a pegar pedazos de papel de colores (que correspondían a la anterior gama cromática, sobre botes de metal forrados de papel Kraft.

Los resultados aparecieron marcando dos tendencias notoriamente diferentes: los indígenas prefirieron en ambos ejercicios, los colores fosforescentes, mientras que los mestizos los mates.

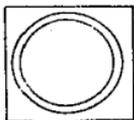
Como actividad paralela, llevamos a cabo algunas pláticas con temas de salud para sensibilizarlos y acercarlos a los próximos mensajes de las campañas

alternativas para ellos. También realizamos un sondeo de reconocimiento de señales (principalmente las de tránsito) ejemplos:



En este ejercicio, notamos que casi no reconocían ninguna, por ello, decidimos explicarles los principios básicos sobre los que se sustenta su funcionamiento, les indicamos que éstas, o indican un comportamiento o pretenden detener una acción, y se plantean bajo éstos parámetros básicos:

Estas indican comportamientos.



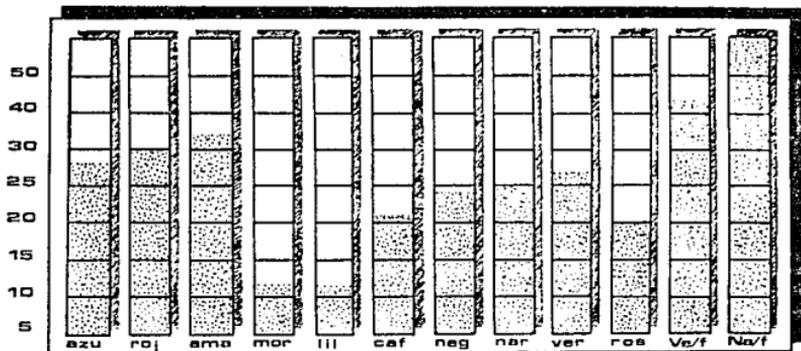
Estas prohíben comportamientos.



En esta etapa de la investigación, ya contábamos con varios elementos fundamentales para la elaboración de las campañas infantiles en el albergue: los códigos icónicos (cuyo origen era netamente rural) (14) y los códigos lingüísticos (en su variedad dialectal del español, pues a través de la realización de tareas se hizo manifiesto que de todos los niños indígenas, la mayoría no sabe leer ni escribir el otomí). Por otro lado, también percibimos mediante la lectura de cuentos infantiles, que ante un documento impreso, los niños del albergue, preferían ver imágenes acompañadas de un texto breve que leer un texto apenas ilustrado.

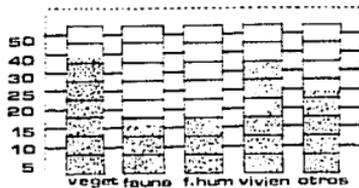
14 ver gráficas correspondientes.

colores



niños

San Ildefonso



imágenes

niños

Por otro lado, para la cuestión de los contenidos educativos que propondríamos en los proyectos de campaña, fue necesario observar algunas situaciones al interior del albergue y que estaban directamente relacionadas con el problema de la salud-enfermedad:

Existen algunas carencias en cuanto a la información básica en el albergue, para fomentar hábitos higiénicos y alimenticios propicios para su salud, por ejemplo: dado que la temperatura del clima es muy baja por las mañanas, los niños evitarán bañarse pues además no cuentan con las instalaciones de gas necesarias para llevar agua caliente a las regaderas; esta situación, importante para el desarrollo de hábitos higiénicos, debe ser vigilada para que los alumnos adviertan la importancia que la limpieza corporal tiene para evitar algunas enfermedades. Y por lo mismo, ésta debe fomentarse para que los alumnos la realicen (al medio día que es cuando la temperatura del ambiente aumenta un poco)

Por otro lado observamos que la mayoría de los niños indígenas sí aprovechan toda la comida que se les proporciona en el albergue, quienes la desperdician son los mestizos. También descubrimos que las enfermedades de mayor incidencia entre ellos, son: en primer lugar, las respiratorias, en segundo las de vías bucales (por falta de higiene), en tercero las digestivas-parasitosis y en cuarto altos niveles de desnutrición.. Además de que no existe cuidado alguno para los alumnos enfermos, ni se procura evitar el contagio con los demás.

PRIMERA PROPUESTA DE CAMPAÑA

Elaboramos los mensajes de salud para darlos a conocer a los niños a través de juegos, en los que predominaran las imágenes y el texto fuera pequeño, específico y codificado en castellano, los íconos utilizados debieron corresponder a los códigos que los becarios manifestaron a lo largo de los sondeos y, utilizando los colores fosforescentes que resultaron más impactantes para los niños indígenas (pues nuestra campaña va dirigida a ellos principalmente).

De este modo, procuraríamos satisfacer las necesidades de información de salud en el albergue (atendiendo a las enfermedades de mayor incidencia) usando los siguiente juegos: Memoria de la Salud y Serpientes y Escaleras. El primero funciona a través de 60 pares de cartas (120 en total) que portan imágenes y textos de salud, las cartas son colocadas en desorden y con el reverso hacia arriba, los alumnos, en grupos de seis, tienen un turno para voltear dos cartas y buscar en ellas un par, si lo logran, ganan una oportunidad más de levantar un par de cartas nuevamente. El objetivo es que a través de la memorización de las posiciones de las cartas en la mesa, también memoricen los mensajes que conllevan.

El segundo juego, consta de un tablero de 56 cuadros, numerados en orden ascendente de abajo hacia arriba, en algunos cuadros fueron colocados los mensajes de salud: las acciones positivas, por ejemplo: Comer Fruta y Verdura, son correspondidas por medio de una escalera a cuadros más altos, que implican un mayor avance del jugador y que también tienen mensajes de salud.



Por el contrario, las acciones negativas (tomar agua sucia ...), corresponden a cuadros inferiores cuyo enlace es una serpiente, (Te da chorro ...) lo cual representa un retroceso en el avance logrado en el juego.

RECOLECCION DE ERRORES.

Con el uso de éstos juegos, se manifestaron algunos problemas de aprendizaje escolar que dificultaban el cumplimiento de nuestro objetivo; por ejemplo, en las Serpientes y Escaleras, la lectura era complicada para ellos, debido quizás a que están acostumbrados a la lecto-escritura de izquierda a derecha.



Muchos no ponían atención al orden de los números porque no sabían contar; en lugar de avanzar retrocedían. dado que esas fallas en el aprendizaje, no nos compete subsanar, ideamos otro juego que rebasara esas limitantes: La Carrera de la Salud. Este juego, sigue el principio de la Oca, el orden de los cuadros es en espiral, no hay lugar a errores ya que no cambian de dirección al avanzar.

19	18	17	16	15	14	13	12
20			WANN ROSOS				11
21			SANOS Y FUERTES				10
22	23	24	25	26	27	28	9
1	2	3	4	5	6	7	8

En cuanto al juego de la memoria, no se presentaron problemas, tuvo más demanda entre los niños debido a que las posibilidades de ganar, no se agotan, además de que fomenta la memorización y por consiguiente, siempre mantiene un alto nivel de atención por parte de los jugadores, hacia el movimiento de las cartas y sus mensajes.

2.4.3 Segundo sondeo: Santiago Mezquititlán.

En la visita llevada a cabo en las instalaciones de este albergue (Josefa Ortíz de Domínguez) tuvimos contacto con un total de 51 alumnos, de los cuales, 27 son indígenas y 24 son mestizos. La mayoría de estos becarios no rebasan los ocho años de edad (el 70 % de la población estudiantil) lo que implica cierto nivel de escolaridad (es decir, estudian alguno de los tres primeros grados de la enseñanza primaria en la escuela vecina Lázaro Cárdenas. El grado de avance escolar de los alumnos, determina el horario de asistencia a la misma, es decir, los tres primeros grados, asisten por las tardes a la escuela y los tres restantes ,acuden en la mañana.

En realidad, no hubo necesidad de hacer ningún tipo de presentación formal, pues ya habíamos tenido la oportunidad de conocer a la profesora Ma. de la Paz Bernal, encargada del albergue de esta localidad. Ella misma les había comentado a los alumnos sobre nuestra próxima visita, así pues, ya contaban con el antecedente de nuestra llegada y manifestaron mucha curiosidad respecto de las actividades que íbamos a realizar con ellos. (También se nos asignó un lugar en el dormitorio de niñas y tomábamos los alimentos con ellos).

Para llevar a cabo la investigación con este grupo, tuvimos que acoplarnos a las diversas actividades, que se realizan en el albergue, como son: limpieza de las instalaciones, realización de tareas escolares (supervisadas por la profesora encargada y las dos ayudantes en la cocina), así como algunas propias del campo: remoción de tierras, supervisión , limpieza de cultivos y riegos.

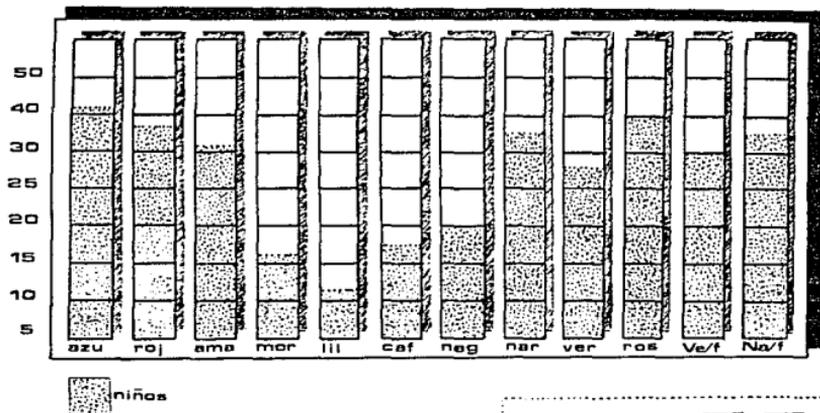
La cantidad de tiempo restante para realizar alguna actividad con ellos era muy pequeña, pero aun así pudimos llevar a cabo la ejecución de algunas. Primero practicamos el sondeo de colores, incluyendo para ello, la misma gama cromática en los pigmentos. Las actividades a realizar fueron iguales que en el albergue anterior, pero los resultados fueron un poco diferentes ya que muchos de los alumnos no mostraron tanta preferencia por los tonos fosforescentes, aunque la variedad de los iconos si eran netamente rurales (ver gráficas).

Otra parte del sondeo, consistió en el reconocimiento de señales por parte de los alumnos (usamos algunas similares a las del albergue anterior) y también percibimos que los becarios están muy poco familiarizados con el significado y funcionamiento de este tipo de signos, así pues, procedimos a su explicación. El poco tiempo que restaba entre la realización de tareas escolares, lo utilizabamos para leer con ellos cuentos y leer música infantil. Otros días, organizamos pláticas de salud para detectar su nivel de información sobre el tema..

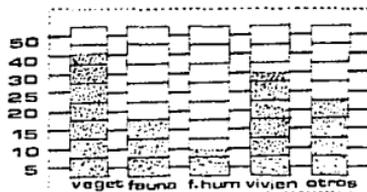
A través de la lectura de cuentos infantiles, pudimos constatar que contrariamente al albergue anterior, los alumnos de Santiago Mezquititlan, sí manifiestan preferencia por los documentos con texto, tanto como con imágenes. Podríamos atribuir su gusto por la lectura debido a que cuentan con una pequeña biblioteca de libros infantiles y de temas de interés en general, la cual se encuentra en el comedor, situación que no acontece en San Ildefonso, donde los libros están únicamente al alcance del director, en su oficina.

En esta etapa, disponíamos ya de algunos elementos para proyectar lineamientos de las campañas de salud en el lugar: códigos icónicos y lingüísticos (aquí tampoco saben leer ni escribir en otomí los niños indígenas). También es relevante para este caso, mencionar que los alumnos sí cuentan con información básica de salud y hay más organización interna que en el albergue anterior, de manera que cada trabajadora, se responsabiliza por un número determinado de

colores



Santiago Mezq.



imágenes

niños

alumnos vigilando así varios aspectos que se relacionan directamente con su salud, como son: la higiene corporal , bucal y los hábitos alimenticios -cuidar su dieta y que no se desperdicie la comida-. Así mismo, se tiene más cuidado con los alumnos enfermos y se procura evitar el contagio de las enfermedades mas insistentes: las respiratorias. También existen los padecimientos bucales por falta de higiene y de atención especializada, pero en menor escala.

Primera Propuesta de Campaña

Partiendo de la experiencia del anterior albergue y con los datos obtenidos en la investigación participante, también planteamos los mensajes de salud a través de juegos: La Memoria de la Salud y las Serpientes y Escaleras, pero en ninguno de los dos incluimos colores fosforescentes. Al introducir a los alumnos al funcionamiento de estos juegos, no notamos ninguna dificultad en el manejo de los mismos, por ello no consideramos necesario introducir la carrera de la salud. También la Memoria fue para la mejor opción de juego, debido quizás a que representó una manera más dinámica que las Serpientes y Escaleras (sobre todo para los más pequeños).

Recolección de errores

A través del uso de estos juegos, sólo notamos una dificultad propiciada en la manufactura de los mismos: el formato de las Serpientes y Escaleras resultaba demasiado grande para su manejo (sobre todo para los alumnos mas chicos) Por ello, decidimos cambiar el formato a la mitad de su original.

2.4.4 Tercer Sondeo: Chiteje de Garabato.

Este albergue (Sor Juana Inés de la Cruz), brinda servicio a 53 niños, de los cuales 28 son indígenas (bilingües) y 25 mestizos (monolingües). A Cargo del mismo, se encuentra el profesor Cruz Méndez. Las instalaciones de este albergue se encuentran situadas en el centro de esta localidad, que por su ubicación de la misma

(casi frontera con Michoacán) recibe becarios de zonas marginales, que no tienen otro acceso a servicios educativos.

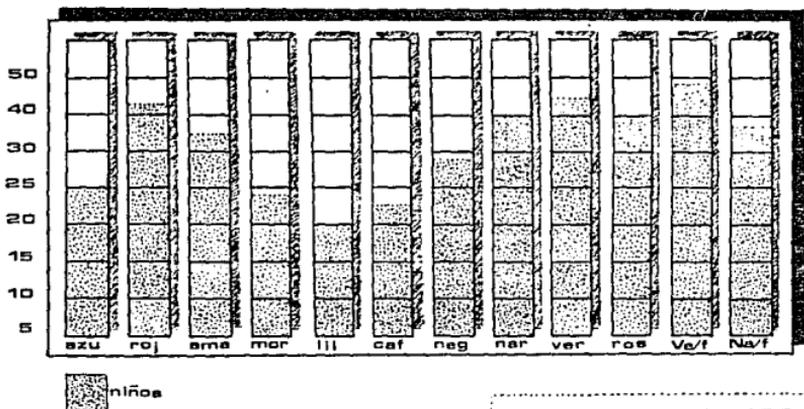
Los horarios de asistencia a la escuela primaria son por la mañana para todos los grados, y por ello, disponíamos del horario vespertino para realizar las actividades respectivas a la investigación participante.

Al principio, fue un poco difícil establecer el contacto con los alumnos, ya que no prestaban mucha atención a nuestra estancia en el lugar, por ello, decidimos organizar varios juegos infantiles (rondas populares) para darnos a conocer. Efectuábamos los juegos al medio día, antes de la comida, después ayudábamos a algunos a la realización de sus tareas escolares cuando habían llevado a cabo la limpieza del comedor. (Tampoco se organizaban antes de nuestra llegada). Al finalizar todo esto, los invitábamos a pintar con los materiales que ya hemos mencionado con objeto de efectuar el sondeo de códigos cromático e icónico (ninguno manifestó interés por la actividad secundaria de los botes forrados de papel Kraft). Los resultados fueron los siguientes: Tanto los alumnos mestizos como los indígenas mostraron igual preferencia por los tonos mates, tanto como por los fosforescentes (ver gráficas). En cuanto a los íconos, encontramos que versan sobre las mismas temáticas que en Santiago Mezquititlán y San Ildefonso. (Ver gráficas).

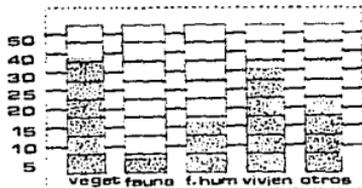
Por lo que respecta a las otras actividades de reconocimiento de señales y lectura de cuentos infantiles, recabamos datos muy parecidos a los de San Ildefonso, solo que aquí, casi ningún alumno manifestó interés por la lectura de cuentos infantiles (preferían las rondas) y así pudimos darnos cuenta de que carecen del hábito por la lectura. Por otro lado, en lo referente a la utilización de la lengua otomí, casi nadie demostró tener conocimientos al respecto.

En las pláticas de salud que organizamos con ellos, descubrimos que la información relacionada con ésta, es mínima, aún cuando en el comedor hay varios carteles colocados junto al pizarrón -a la vista de todos- y que contienen varias

colores



CHITEJÉ



imágenes

niños

sugerencias en cuanto a comportamientos sanitarios. Así mismo, constatamos que a pesar de que ninguno de los trabajadores del albergue, se preocupa, por la situación salubre de los alumnos, existe al menos, la inquietud continua del representante del comité de padres de familia, hacia el mejoramiento de las condiciones de los alumnos, ya que mantiene un contacto más o menos consecutivo con sus familias, para conocer mejor la situación de cada uno y así promover la participación de todos en actividades benéficas para los mismos.

En cuanto a la incidencia de las enfermedades, encontramos en primer lugar las bucales (por falta de higiene, sobre todo), en segundo lugar las respiratorias y en tercero las digestivas; además de que evitar el contagio entre los demás alumnos - de estos dos últimos padecimientos- es casi imposible, pues los dormitorios carecen de espacio suficiente para separar a los alumnos enfermos, incluso cada cama es compartida por dos o tres becarios.

Propuesta de Campaña

Utilizamos los juegos anteriormente citados, a partir de los resultados de los sondeos icónico-cromático y lingüístico. Hicimos un par de cada juego, de los cuales, uno tenía colores fosforescentes y el otro mates.

A través del comportamiento de los alumnos, constatamos que la Memoria también resultó de mayor impacto y que las Serpientes y Escaleras, presentaban el mismo problema que en San Ildefonso.

Recolección de Errores

Con la experiencia en San Ildefonso, introdujimos el juego de la Carrera de la Salud para suplir las Serpiente y Escaleras, pero notamos que este juego, tampoco resultó de interés para los alumnos y esto, nos conduce a crear una alternativa de juego a partir de la Memoria de la Salud, se trata de el Dominó de la Salud

La carta del centro o 'mula' es la que lleva el mensaje más importante del juego.

Y a partir de ella, se desprenden cuatro rubros:

- 1) Higiene Bucal
- 2) Usos racionales del agua
- 3) Higiene Corporal
- 4) Hábitos Alimenticios y Saneamiento en General.

1. Tienes tos ...
2. No te mojes
3. Me gusta bañarme
4. Peine
5. Me gusta peinarme
6. Córtese las uñas

7. Recoje la Basura
8. Manos sucias no
9. Manos limpias sí
10. Dolor de panza
11. Jabón
12. Lávate las manos.

1. Cuida las plantas
2. Cultivar alm.
3. Come fruta
4. No golosinas
5. Come verdura
6. Gastar en alcohol

NIÑOS
SANOS
Y
FUERTES

1. Boca limpia sí
2. Dientes sanos
3. Si comes dulces
4. Cepíllate tres veces ...
5. Pasta de dientes
6. Dientes enfermos No

1. Cuida el agua
2. Agua limpia sí
3. Te da chorro
4. Agua sucia no.

Este juego consta de 56 cartas (se excluyen la de la cruz roja y los iconos de frutas sin texto), mismas que serán repartidas de la siguiente manera: A Cada uno se le asignan ocho cartas y las veinte restantes constituirán la "sopa", de donde podrán tomar las que requieran al momento de tirar, esto sólo pasa cuando a algún jugador le quedan únicamente cartas de castigo:

Es decir, las que llevan un mensaje prohibitivo, porque esas mismas solo pueden ser colocadas al final del





rubro al que corresponden. Lo importante aquí, es que la discusión entre los alumnos se genera en el momento en el que deben pensar a cuál rubro pertenece la carta que van a tirar, y así, el mensaje de salud tiene más permanencia porque entonces ya lo habrán decodificado correctamente. Podríamos decir, que esta alternativa causó más impacto que únicamente como memoria.

2.4.5 La Respuesta de los destinatarios.

La respuesta de los alumnos en los tres albergues fue muy parecida; de manera casi inmediata los becarios, comenzaron a mostrar cambios favorables, sobre todo en cuanto a higiene bucal (casi todos empezaron a utilizar cepillo dental) que es proporcionado por el doctor de la Coordinadora Otomí del INI. En cuanto a Higiene Corporal, los cambios fueron en menor escala, pero entre ellos mismos, se fomentó poco a poco al crear discusión a través del uso de los juegos. En semanas posteriores a la presentación del material educativo, notamos que muchos alumnos, ponían más cuidado en su higiene personal, incluso algunos lavaban su ropa de cama y la de uso diario.

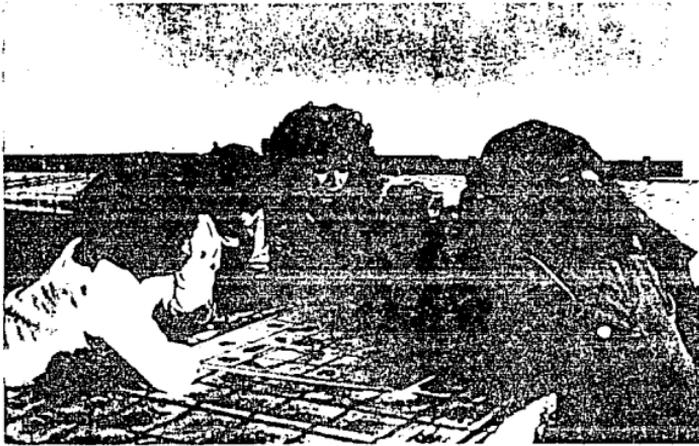
La única desventaja, es que para muchos alumnos al romper el contacto con nosotros, dejaban atrás las conductas sanas y volvían a sus antiguos hábitos - algunos perjudiciales para su salud-. Y dado que en el primer y el tercer albergue la cooperación de los maestros encargados, fue mínima, es dudoso que los alumnos mantengan el cuidado de su salud ya que nadie se responsabiliza de la misma. Esta circunstancia, nos permite observar, que para la consecución de los fines de la campaña alternativa, la colaboración directa del maestro es necesaria, así como la de los padres de familia, ya que eso podría ayudar en la permanencia de los mensajes; de lo contrario poco se podrá lograr, ya que la información de salud, en la mente de los

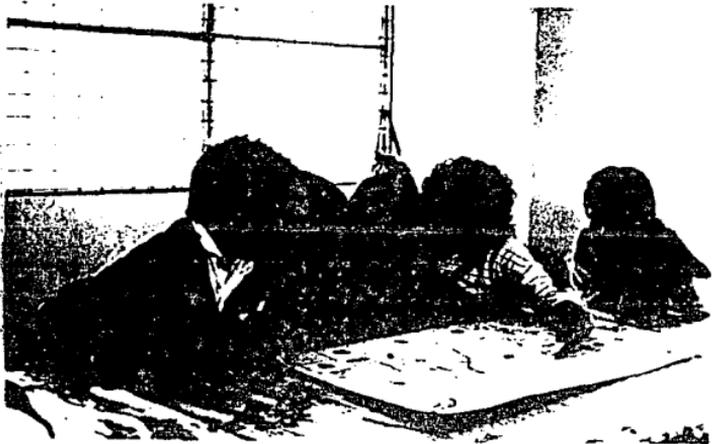
becarios será mínima y no se logrará el convencimiento que los conduzca a crear hábitos más sanos.

Incluso, en los albergues de San Ildefonso y Chitejé, el tiempo libre con que cuentan los niños no es utilizado de manera productiva o benéfica, pues no se fomentan actividades para mejorar la condición del albergue. Podríamos también decir, que muchos de ellos, manifiestan cierta apatía hacia los trabajos del albergue, pues fue evidente que no valoran los elementos obtenidos sin su propio esfuerzo y tampoco se fomenta el respeto hacia los mismos por parte de la directiva.

En Santiago Mesquititlán la situación fue muy distinta y funcionaron mejor las campañas, debido a que contamos con el apoyo constante de la directora; por ello los alumnos reaccionaron tan favorablemente a los mensajes, pues los alumnos sí cuentan con información previa y hábitos mas o menos propicios para la salud.







III. PROPUESTA DE CAMPAÑA ALTERNATIVA.

A partir de los resultados obtenidos en el transcurso de la investigación, como fueron las enfermedades de mayor incidencia, las actitudes con respecto a la salud-enfermedad, los recursos con que cuenta la población para enfrentar la problemática, su situación geográfica-social y los códigos de signación necesarios < cromático, lingüístico e icónico >, proponemos la siguiente estrategia para funcionar como alternativa a los modelos tradicionales de difusión de la salud en el país (a nivel rural). Sin pretender, resolver con ello la problemática por entero pues, esto constituye únicamente un lineamiento a desarrollar de modo más profundo, para las autoridades que ejercen de lleno, la promoción de este bienestar.

3.1 JUSTIFICACION EPIDEMIOLOGICA.

De acuerdo a los datos obtenidos en las estadísticas ya presentadas, sobre los niveles de mortandad y morbilidad, las enfermedades de mayor incidencia son:

- a) Afecciones de las vías respiratorias
- b) Problemas gastrointestinales y parasitosis
- c) altos niveles de desnutrición.

Pero por otro lado, también fue evidente un alto índice de enfermedades bucales por falta de higiene y de atención adecuada a tiempo.

3.2 OBJETIVO DE LA CAMPAÑA.

1. Estructurar mensajes breves, sencillos, directos, codificados según las características de los destinatarios, que además no sólo informen sino que también estimulen el convencimiento necesario para generar conductas más salubres.

2. Convertir a los niños indígenas en promotores de salud, dentro de su hogar y su comunidad.

3.3. DESTINATARIOS DIRECTOS

La Campaña va dirigida a niños de los albergues del Instituto Nacional Indigenista de la Región de Amealco Querétaro, cuyas edades fluctúan entre los seis y los catorce años.

Este público fue elegido de esta manera ya que sus actitudes y costumbres están en proceso de formación, por lo tanto, son más permeables a cualquier mensaje dirigido hacia el desarrollo de conductas, como pueden ser los de salud. (1)

3.4. PLATAFORMA DIDACTICA (LOS CONTENIDOS)

Está constituida por mensajes de salud, acordes con las necesidades educativas del grupo destinatario. Estos contenidos, abarcan varias sugerencias en cuanto a comportamientos preventivos, sobre las enfermedades de mayor índice en los albergues.

3.5. PLATAFORMA CREATIVA (LA MANERA COMO SE DAN A CONOCER LOS CONTENIDOS)

Esto será a través de juegos, ya que de los poderosos instintos que existen en los seres humanos y que, pueden emplearse en la enseñanza, dice Gilbert Highet, uno "es el amor al juego." (2).

Los juegos son medios de entretenimiento para tomar y aplicar decisiones dentro de los grupos, conforme a reglas específicas, sirven para adquirir conocimientos. "Se emplean para la solución cooperativa de problemas complejos

1. La población infantil cautiva en los albergues, constituye un grupo de destinatarios de cierto modo, más accesible, ya que por su condición de permanencia constante en las instalaciones, permite mantener un contacto más o menos controlado con ellos, por lo que es más fácil observar el flujo de información entre el objeto de estudio y el investigador.

2. Gyorgy, Kepes, La Educación Visual p 49

entre grupos diversos que requieren decisiones".(3) Los conocimientos adquiridos se transforman en acciones.

Esta estrategia también estará basada en el teatro guiñol, ya que en comunidades indígenas y a nivel pedagógico, es una de las formas más directas de comunicación "El teatro escolar, es un efectivo auxiliar en la educación ... educar significa descubrir, exponer, mostrar, explicar la realidad que constituye nuestra circunstancia" (4). Por que a través de él, surge la identificación del espectador y se excita su imaginación. Esto contribuye a la identificación de los personajes y las tramas con las situaciones reales que el espectador vive (catarsis).

Por otro lado, consideramos que las historietas y cuentos ilustrados, también constituyen una alternativa favorable para estos propósitos, porque a través de ellas, se transmite al lector una determinada visión del mundo, que puede ser acorde a situaciones de salubres. En las historietas predomina la acción y están estructuradas en una secuencia de imágenes, es decir, un repertorio de signos (lingüísticos e icónicos), que han sido previamente reconocidos por la comunidad destinataria.

Y por último, los carteles, que como forma de "arte público" permite un impacto visual más permanente en los observadores.

3.6 ESTRATEGIA DE COMUNICACION.

1. El primer paso , será iniciar un acercamiento al grupo destinatario elegido, que puede ser por medio de pláticas, sobre todo de higiene, y así detectar su nivel de información al respecto; esta primera etapa cubrirá una semana de actividades.

2. Realizar un sondeo para detectar las preferencias cromáticas e icónicas de los destinatarios (a través de dibujos con temas libres).

3.Corburn, Ursula Juego y Aprendizaje p 170.

4 Azar Hector Teatro y Educación p 32.

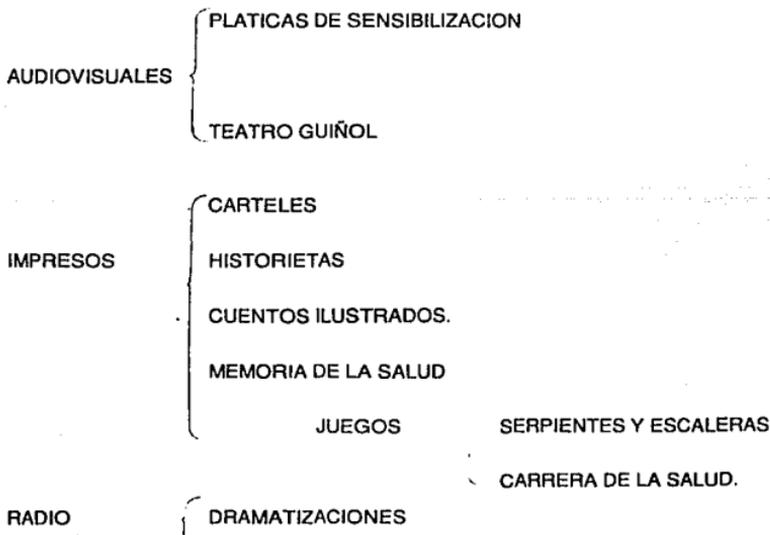
Con el análisis de estos datos, se pueden estructurar los mensajes necesarios y elegir las herramientas comunicativas, que puedan dar la conocer los información, codificada en lenguajes reconocidos por los destinatarios.

Más adelante los niños podrán hacer sus propios juegos y tal vez obras de teatro, con mensajes de salud.

La campaña debe ser permanente (Durante todo el ciclo escolar), pero renovando los materiales de manera continua, a fin de cautivar siempre la atención de los destinatarios.

3.7 PLAN DE MEDIOS.

La modalidad de los medios de información que se utilizarán para lanzar los mensajes de salud, será multimedia y se dividirá en dos rubros



"LA LUCHA POR LA SALUD Y LA LIMPIEZA"
(Obra para teatro guiñol en un solo acto)

Personajes: Anunciador

Supercepillo

Dientes

Caries

Postemilla

Escenario: Cuadrilátero de un ring lleno de espectadores bulliciosos.

Anunciador: Pelearaaán tres raunds, dos de tres caídas sin límite de tiempo. En esta esquinaaaaaaa los técnicos: Supercepillo y su compañero Dientes (UNA LLUVIA DE APLAUSOS INTERRUMPE AL ANUNCIADOR. COROS DE AFICIONADOS GRITAN EL NOMBRE DE SUS HEROES), contra los rudos: Caries y Postemilla (ABUCHEOS Y CHIFLIDOS ACOMPAÑAN EL ANUNCIO, SUPERCEPILLO OFRECE LA MANO AMISTOSAMENTE A LO QUE LOS RUDOS RESPONDEN CON UN EMPUJON. LOS TECNICOS IGNORAN EL DESPRECIO Y COMIENZAN A CALENTAR).

Caries: Desde hace tiempo que te traigo muchas ganas Supercepillo, vas a ver como te dejo.

Supercepillo: Mmmmmm, ya lo veremos.(LOS LUCHADORES INICIAN EL ENCUENTRO, ACOMPASADOS MOVIMIENTOS SE APODERAN DE LOS CONTENDIENTES. TRATAN DE APLICARSE LLAVES PERO NO LO CONSIGUEN. SIN EMBARGO CARIES LE PICA LOS OJOS A

SUPERCEPILLO. UNA RISA ESTRIDENTE SE APODERA DE CARIES. DIENTES CONTEMPLA AZORADO EL ESPECTACULO Y ENTRA AL COMBATE).

Dientes: Eso no se vale, hizo trampa.

Postemilla: ¡Tú cállate dientón! (ACTO SEGUIDO POSTEMILLA DA FUERTES PATADAS EN LA ESPINILLA DE DIENTES).

Dientes: ¡Ay, ay , tramposo!

Postemilla: Te voy a destruir, no va a quedar ni un pedazo de tí. Al fin que no sirves para nada.(DIENTES LOGRA ASESTAR UN GOLPE A SU AGRESOR Y EVADE LAS TERRIBLES PATADAS).

Dientes: ¿Cómo que no sirvo para nada? No ves que sin mí no puedes masticar bien la comida, ni hablar bien. Y tampoco se verá bonita una boca.(NUESTRO HEROE COGE A POSTEMILLA Y LE APLICA LA RANA). Tu sí que no sirves para nada, eres una infección, una bolsa de pus que lastima a los dientes de los niños y de los adultos. Pero vas a ver, te vamos a destruir.

Postemilla: Eso crees yo seguiré molestando a todos los dientes descuidados y sucios. (CARIES AYUDA A POSTEMILLA Y ENTRE LOS DOS GOLPEAN A DIENTES)

Caries: Orita vas a ver dientecillo, te voy a deshacer, te voy hacer agujeros y aunque seas muy valiente te voy a hacer daño.(SUPERCEPILLO SE

RECUPERA Y TRATA DE AYUDAR A SU AMIGO, YA QUE CARIES ESTA EMBARRANDO A DIENTES CON UNA SUSTANCIA GELATINOSA Y ANUNCIA CINICAMENTE):

Caries: Es dulce, con mucha azúcar y desperdicios de comida.(DIENTES NO PUEDE QUITARSE DE ENCIMA ESA MASA HORRIBLE SON MINUTOS DE MUCHA DESESPERACION. SUPERCEPILLO JALA A CARIES LO GOLPEA CON FIRMEZA. MIENTRAS TANTO POSTEMILLA ATACA A DIENTES, QUE HA COMENZADO A PONERSE OSCURO).

Postemilla: Te voy a dar para que te duela hasta la raíz, no vas a soportar el dolor es terrible, ja, ja, ja,ja, ja.(POSTERMILLA ACOMETE FURIOSO CONTRA DIENTES, LE JALA LA MASCARA Y LE PROPINA ALGUNOS PIQUETES CON SUS DEDOS COMO AGUJAS. DIENTES NO SOPORTA EL MARTIRIO Y CASI AHULLA DE DOLOR, PERO SU AMIGO ACUDE EN SU AYUDA).

Supercepillo: Ya verás malvado, con mis fibras quitaré toda esa azúcar y comida que tanto daño hacen a Dientes.(SUPERCEPILLO LIMPIA VIGOROSAMENTE A DIENTES, QUIEN POCO A POCO RECUPERA SU BRILLO).

Dientes: Gracias amigo, casi terminan conmigo.

Caries: No canten victoria tan pronto. Sin pasta de dientes, tu amigote morirá.

Supercepillo: Eso crees villano pero la pasta no es necesaria, el cepillado es lo que cuenta para mantener los dientes limpios. Eso todo el mundo lo sabe, ¿verdad amiguitos? (EL PUBLICO INFANTIL COREA CON FUERZA):

Niños: Si!!!!!!!.

Caries: ¿Ah si, y si no hay pasta con que lo cepillas, tonto?.

Supercepillo: Con un poco de polvo de tortilla quemada o sólo con agua.

Caries: Ah!, ¿pero si no hay cepillo están perdidos, verdad?

Supercepillo: Tampoco, con un pedazo de toalla limpia podemos limpiarnos o con una ramita fibrosa, como esta. (SUPERCEPILLO MUESTRA LA RAMA, Se mastica por un lado y por el otro se le saca punta con una navaja, (UNA VEZ TERMINADA LEVANTA LA RAMA PARA QUE TODOS LA VEAN. ORGULLOSO SE DIRIGE A CARIES): ¿Lo ves?, ¡no es necesario tener mucho dinero para limpiar los dientes!

Caries: Esa no me la sabía.

Dientes: Ahora verán malvados. acabaremos con ustedes para que nunca más lastimen a ningún otro diente.(Y DICHO Y HECHO. SUPERCEPILLO Y DIENTES BARRIERON CON LOS RUDOS QUE JAMAS VOLVIERON A LASTIMAR A NINGUN DIENTE O MUELA).

FIN

ESTO ES UNA ...



BOCA

CUANDO ESTÁ ABIERTA, PODEMOS VER



LOS DIENTES

JUAN NO
LOS
CUIDA



POR ESO...

TIENE LA
BOLA
ENFERMA



JUAN SIEMPRE
ESTA COMIENDO
DULCES



LOS DIENTES SE
ENFERMAN
CUANDO



NO LOS LAVAN
DESPUES DE
COMER



SIEMPRE SE LAVA
LOS DIENTES



POR ESO

SE LE PLAN LAS MUELAS Y
DIENTES



¡AY NO!

UNA PICADURA ES UN
HOYO NEGRO EN



UN DIENTE O
MUELA

LAS PICADURAS
DUELEN ANCHO
AL COMER DULCE
O TOMAR DULCE



PARA
QUE PUEDES
TENER



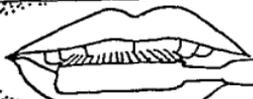
DIENTES SANOS



dieta de higiene bucal

Comunicación Educativa

1. DEBES LAVARLOS SEGUIDO



ESPECIALMENTE, DESPUES
DE COMER

2. NO ES NE-
CESARIO USAR
PASTA DE DIENTES



CON AGUA LIM-
PIA Y UN CEPI-
LLO ES SUFICIE-
NTE



SI NO TIGES
CEPILLO...



¡TU PUEDES
HACERTE
UNO!



USA UNA RAMITA
DE ZACATE O BIEN,
LA CORTEZA DEL
ENCINO



AFILA LA OTRA
PUNTA PARA
QUE CON ELLA
PUEDAS LIMPIAR
DE ARRIBA LOS
DIENTES



ENJUAGA TU BOCA CON
AGUA LIMPIA PARA
QUE SE SALGAN LOS
RESTOS DE COMIDA



-CORTA UN PEDAZO
TODAVIA VERDE Y
SUAVE



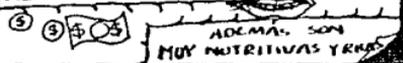
MASTICA UNA PARTE
PARA QUE DE UN
LADO SE HAGA
EL CEPILLO



RECORDA
ES MEJOR COMER
FRUTAS Y VERDURAS



SON MAS BARATAS Y CON ELLAS
NO SALLEN CARIES.



ADEMAS SON
MUY NUTRITIVAS Y RICAS



¿SABES QUE
HACER PARA
NO ESTAR
ENFERMO DE
LA PANZA?



ES MUY FACIL,
SÓLO DEBES
SEGUIR ÉSTOS
CONSEJOS:

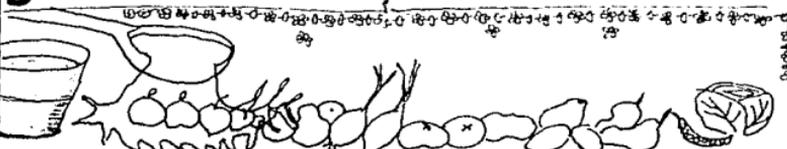
1 LAVATE BIEN LAS MANOS
ANTES DE COMER



2 TAMBIÉN DESPUÉS DE IR
AL BAÑO.



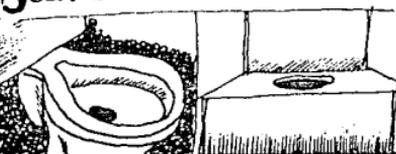
3 LAVA BIEN LAS FRUTAS Y VERDURAS QUE VAYAS A COMER



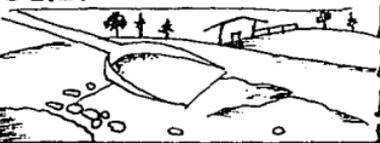
4 TRATA DE TOMAR AGUA LIMPIA
O HERVIDA SIEMPRE QUE PUEDES.



5 USA LETRINA O BAÑO



6 SI NO PUEDES, ENTIERRA TU
CACCA LEJOS DE TU CASA.



7 NO DEJES ENTRAR A TU CASA A LOS
ANIMALES PORQUE ENSUCIAN.





la caca de una persona enferma y pasan ²
 a la boca de otra persona por medio de los
 dedos y unas sucias, o también pasan a través
 del agua que no está limpia.

- Pero ¿Cómo pasa eso mamá? (Pregunta Mario de-
 no de preocupación y de dudas)
- Te voy a dar un ejemplo: uno de tus amigos del
 ALBERGUE TIENE LOMBRICES.
- Pero ¿TU cómo sabes? (Dice Mario un poco
 enojado)
- Ay lo estoy inventando para que me entiendas mejor.



1

-No Mario, no te estoy mintiendo.
 Todo lo que te digo es cierto.
 El niño miraba sorprendido a
 su mamá:

- Es muy importante la
 limpieza personal para
 prevenir muchas enferme-
 dades. Mario interrumpe
 y pregunta:

¿Sí, a ver cuáles?

- Bueno mira (la mamá se queda pensando un
 ratito, deja de planchar y le dice a su hijo)
 ¡Muchas enfermedades del estómago!
 (Mario hace un gesto como si no entendiera
 nada y su mamá le explica)

- De la panza, pasan de una persona a otra
 por falta de higiene
 Mario pregunta:

- Pero, ¿Cómo pasan de una panza a otra pan-
 za?

- Pues muchos huevecillos de lombriz y microbios muy
 pequeños, que casi no se pueden ver; salen de

3

-Ay no, ¡qué feo! (Contesta Mario) Entonces ya
 no voy a comer nada en el albergue.

-No Mario, eso NO te va a ayudar. Tienes que se-
 guir comiendo TODO lo que te sirven en el albergue.
 Pero siempre tienes que lavarte muy bien las manos
 con Jabón, después de ir al baño. También antes
 de comer cualquier cosa, y nunca tocar el baño en el
 U.C.



-U.C.
 -Pero, ¿Si es urgente y yo no me aguanto?
 -Pues enterraras tu caca, pero píccura no
 hacerle, mejor ve al banco o a alguna
 letrina.
 (Mario contesta: 'X'Y ya no
 les acepto nada de comer
 a mis amigos?)
 -¿Quieres ir?
 -No tienen las manos sucias tam-
 poco les aceptes nada
 -Mario se paró pensando mucho tiempo. Ya
 no le preguntó nada a su mamá. Ella hasta
 pudo acabar de planchar. A la hora de la
 cena, antes de que su mamá lo llamara,
 Mario corre a lavarse las manos
 y dice a sus amigos: ¡HE, NE, NE, yo no como
 microbios ni nada de esas cosas!



¿POR QUÉ NO ESTÁ DESNUTRIDO?



Ilustración de la autora

- CARBOHIDRATOS JUANITA...

- Ah... sí, pero no entendí muy bien para qué sirven.
- TE VOY A PONER UN EJEMPLO: LOS ALIMENTOS QUE TIENEN CARBOHIDRATOS SON COMO LA LEÑA PARA LA LUMBRE, DAN ENERGÍA.
- Pero, las grasas y los aceites también dan energía ¿no? (Regusta Juanita)
- SÍ, PERO ESTOS ALIMENTOS SÓLO SON ALMACENES DE ENERGÍA, SON COMO RESERVAS DE LEÑA PARA QUAND LAS NECESITA EL CUERPO. ADEMÁS HAY QUE COMER Poca GRASA, SI NO, HACE DAÑO.
- Ahora sí ya entendí muy bien, además me acuerdo que la maestra dijo que las PROTEÍNAS estaban en la carne, el pollo, los huevos, la leche, el queso, y el pescado.
- Y que de estos alimentos debe comer siempre que podamos.

- ESQUE ES MUY CIERTO, PERO ¿CÓMO SE PUEDE VER JUANITA, CÓMO ME PUEDES DECIR DE LOS ALIMENTOS QUE CONTIENEN CARBOHIDRATOS?



¡Uy, qué flaquito! parece que este niño no come, pero está pareciendo (Juanita veía al bebé que estaba en la clínica de salud)



A: ¿Entonces, ¿parece que se está secando?]
- PUES SÍ, ALGO ESTÁ PASÁNDOLE, dijo Ernesto el promotor de salud de la clínica. ESTE NIÑO NO ESTÁ BIEN ALIMENTADO, SU MAMÁ SÓLO LE DABA DE COMER AGUA DE MAÍZ, POR ESO ESTÁ ASÍ DE FLAQUITO Y PANZÓN. ESTÁ DESNUTRIDO.

- Parece que no pesa nada (dice Juanita)
- ¿Cuántos años tiene?

- DOS AÑOS
- ¿Pero si está muy pequeño?]
- PUES NO HA CRECIDO PORQUE NO COME ALIMENTOS QUE LO AYUDEN A HALERSE FUERTE. SU MAMÁ TIENE QUE DARLE DISTINTAS COMIDAS QUE SU CUERPO NECESITA PARA CRECER
- ¡AH SÍ! ESO ME LO ENSEÑARON EN LA ESCUELA, dijo el maestro que todos necesitamos PROTEÍNAS, GRASAS Y CARBO... NO sé qué.

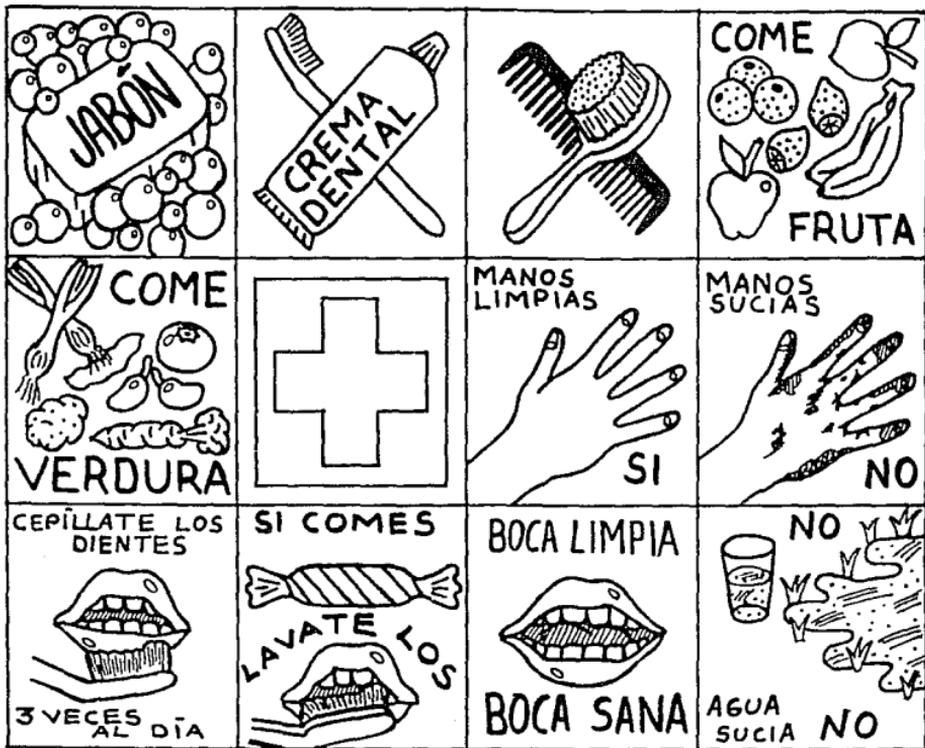


- ¿Y LAS VITAMINAS Y MINERALES? LOS ESTAS OLVIDANDO JUANITA, ACUERDATE QUE PROTEGEN LA SALUD.

- Ah, esos se encuentran en las frutas y verduras, por eso debemos cultivar algunas en el patio de la casa, lejos de donde se hacen los animales, para que estén limpias. (Juanita volteó a ver al bebé desnutrido) Ay, ¡ojalá este niño se cure, hay que darle buena comida. Se lo voy a decir a su mamá.

- MUY BIEN JUANITA, Y TAMBIÉN ACUERDATE DE DEJARSELLO A TODOS LOS NIÑOS QUE CONOZCAS Y A SUS PAPÁS.

- Sí Ernesto Adios.
ADIOS







Guión para dramatización
radiofónica:
Higiene familiar-1

- op. SE OYEN PASOS QUE SE
ACERCAN (BAJA Y DE-
SAPARECE
- LOC 1 ;Ja-di Juana!
- LOC 2 ;Ja-di Manuela!
- op. SE OYE EL TRINAR DE
UNOS PAJAROS (BAJA Y
DESAPARECE)
- LOC 1 ¿Cómo estás, y tus hijos?
- LOC 2 Yo bien, los niños están allá
adentro, miralos
- op. SE OYE EL CRUJIR DE
UNA PUERTA.
- LOC 1 (la voz se torna preocupada) Oye Juana, tu Miguelito está
jugando en el piso con la caca
del cerdo.
- LOC 2 Ay Manuela, si sólo es tierra.
- LOC 1 (su tono es tajante) No Juana, es caca, además tu
hijo no debe jugar ni con tierra y
menos con caca porque se ensucia,
no ves que luego los niños
chiquitos se meten las manos a la
boca y por eso se enferman de la
panza.
- LOC 2 Ah, pus si, eso mismo me dijo
Ernesto el promotor de
salud, ya se me había olvidado
- op. SE OYEN LLORIQUEOS
DE UN NIÑO (BAJA Y SE
MANTIENE)
- LOC. 1 Por eso debes tener a tus animales
allá afuera, para que no ensucien
tu casa y así tus hijos, no se
enfermen.
- LOC 2 Ay Juana, gracias por recordarme,

hoja 2 de 2

ya no quiero que mi hijito se
vuelva a enfermar.

LOC 1

Y acuérdate de darle alimentos
limpios y cocidos.

LOC 2

Si.

LOC1

Adiós

LOC 2

Adiós que te vaya bien.

GUIÓN PARA DRAMATIZACIÓN
RADIOFÓNICA
Higiene Familiar II

op. SE OYE RUIDO DE CERDOS Y GALLINAS A LA PAR QUE UN NIÑO LLORA. (BAJA Y SE SOSTIENE)

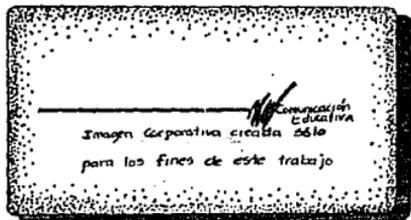
LOC 1

Señora, no deje entrar a sus - animales, la caca que dejan es peligrosa para su familia, todos en su casa pueden enfermarse de diarrea, cólera, tifoidea y otras infecciones.

LOC 2

¡Salte porciano!, ¡Fuera, afuera!

op. SE OYE EL GRUÑIDO DE UN PUERCO Y EL CACARQUEO DE LAS GALLINAS. (SE SOSTIENE, BAJA Y DESAPARECE)



3.8 CONSIDERACIONES FINALES

A partir de la experimentación comunicacional a través del estudio anterior y de la propuesta alternativa resultante, pudimos observar varios aspectos sobresalientes en torno a la promoción de salud (5). En este apartado, nos detendremos en estas cuestiones para plantearlas como posibles puntos de partida para investigaciones a futuro.

3.8.1 En torno a la morbilidad.

La salud-enfermedad, constituye un proceso social en cuanto a sus orígenes y consecuencias, ya que le concierne directamente al hombre, considerándolo como un ser inmerso en una colectividad; éste mantiene una constante relación con sus semejantes y con su ambiente. El cual, está compuesto de una multiplicidad de factores que pueden clasificarse de varias maneras, una de ellas es la propuesta por H. San Martín (6) : Ambiente inorgánico o geográfico (clima, topografía, en general, las condiciones inertes que nos rodean), (ambiente orgánico) flora, fauna y todas las manifestaciones de la vida que tienen influencia sobre el individuo o el grupo, ambiente superorgánico o cultural, que incluye todo lo que el hombre ha inventado como ser social.

Como ya hemos mencionado antes, la salud o la enfermedad, son dos grados polares, resultantes de la habilidad física y mental del hombre para adaptarse a las condiciones variables de su ambiente; por lo tanto un individuo sano es aquel, que goza de armonía interna y externa en sus niveles de adaptación (Mc Iver) al ambiente físico y cultural; en tal forma que es capaz de contribuir al bienestar de sí mismo y de su grupo social. Esto nos conduce a pensar, que para el hombre, la salud no es un fin en sí mismo, sino que es la condición necesaria, facultativa del hombre, para el disfrute

5.Como una problemática socio-comunicacional.

6 H: San Martín Salud Enfermedad, p. 65

de su bienestar individual y colectivo que facilita su cooperación, orientándose al progreso común.

Ahora bien, la salud o la enfermedad, como universales de la existencia humana, no se manifiestan de igual manera para todo individuo, ni todos aquellos que la enfrentan, gozan de las mismas herramientas físicas y mentales (artefactos y mentifactos) para su preservación o su erradicación. De igual manera el proceso de socialización no es igual para todo individuo, dado que sus puntos de partida en la interacción son diferentes (según los grupos o colectividades), empezando por las condiciones que el ambiente físico impone.

El ser humano, en su afán por alcanzar patrones de "progreso social" (no adecuados en ocasiones a su realidad nacional) ha pretendido modificar muchos factores del ambiente a su favor y así, ha producido conflictos en el proceso de adaptación, especialmente en relación a la vida social.

Los defectos de la organización humana, surgida a partir de estos cambios (como la injusticia social, por ejemplo) condicionan muchos de los problemas de salud del hombre, por ejemplo: las diferencias económicas y culturales entre los grupos sociales, que figuran como una de las principales causas de morbilidad a nivel colectivo. En este sentido, la salud del individuo y la salud de la comunidad, están, directamente relacionados con el nivel de vida de la población.

La contribución para mejorar los requerimientos de vida indispensables (ambiente sano, alimentación y vivienda aceptables y educación para toda la población) son esenciales para mantener este bienestar: la salud..

En México, se ha tomado conciencia de ésto <a nivel político> por lo que se ha elevado al rango constitucional y normativo "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud ..." (7). Es evidente entonces que la Ley contempla para todos la

7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4o, tercer párrafo.

igualdad ante el acceso a la salud, es decir, se pretende dar cumplimiento equitativo a una ley, en un país con grandes desniveles económicos, sociales y culturales: heterogéneo. Aún cuando las leyes, estipulen que los mexicanos son iguales, existen diferencias que conforman colectividades diversas, por ejemplo: las urbanas y las rurales, los hispanoparlantes y los hablantes de lenguas indígenas; cuya situación distinta a la de otras colectividades, les impone condiciones y necesidades propias.

"Las Leyes sirven para establecer normas y parámetros de comportamiento social. En una sociedad desigual, las leyes no pueden ser iguales para todos, si así lo fueran serían discriminatorias: ante quienes cuentan con menos recursos, las Leyes deberían resultar deliberadamente protectoras para poder resultar (sic) equitativas. No habría justicia si, ante quienes son entre sí desiguales, las Leyes los trataran de manera idéntica."(8)

Todo grupo social, moldea en sus integrantes, la manera como habrán de reaccionar ante la salud o la enfermedad (Conciencia Colectiva), es decir, establecen comportamientos particulares -preventivos o curativos- que condicionarán su bienestar; a medida que el individuo se relaciona con los otros miembros del grupo o grupos en que actúa, asimila las experiencias colectivas, de tal forma, que lo que la gente aprende y piensa en torno a la salud o enfermedad, está condicionado por el ambiente social en que vive.

Así pues, es evidente la importancia que además de lo natural, adquiere lo social, lo cultural y lo contextual, para entender al hombre de manera integral, sobre todo, en su comportamientos hacia la obtención de la salud.

Un ejemplo de lo anterior, es el proceso de salud-enfermedad, compartida por las colectividades indígenas (urbanas o rurales) que, por su condición marginal (en la mayoría de los casos) no tienen acceso a la atención brindada en las

8. Trejo Delarbre, Raúl, "Una ley por fin en defensa de los Indios" en Revista México Indígena no. 15, p. 12.

concentraciones urbanas. De este modo, no sólo basta con la ampliación de coberturas de los servicios, sino una transformación en la estructura de los mismos a nivel regional, en donde se debe considerar la participación comunitaria (Ver apéndice 1).

El período existente , entre los estados de salud y enfermedad, permiten al ser humano, el ejercicio de una actividad importante, para capacitar a los individuos sanos a preservar sus estados de bienestar: Esta es el Fomento a la Salud: acción social. que basada en la educación, pretende inducir en la conciencia de las personas, actitudes sanas, como un elemento indispensable para la armonía de su grupo o colectividad.

3.8.2 En torno a la Investigación en Comunicación

El fomento a la salud es una actividad, netamente preventiva y tendrá que ejercerse en todas las esferas de la sociedad. Sólo de este modo se logrará hacer de ese beneficio, una conquista verdaderamente social.

El fomento a la salud, es tan sólo una parte pequeña del proceso de obtención de este bienestar, en el que también habrán de tomar parte otros factores: la ampliación de los alcances de la medicina social ; tal vez a través de la participación comunitaria entre los servicios regionales o municipales de salud y las comunidades destinatarias, es decir, se debe asegurar una colaboración organizada de las instituciones con éstas, para promover la participación activa e informada de ellas.

Así mismo, será importante promover (sobre todo entre las comunidades marginales como las indígenas) las actividades que permitan elevar los niveles de vida adecuados para la construcción de su salud. 9

9. Recordemos aquí, lo plasmado en la Declaración Universal sobre los derechos indígenas, en el marco de los trabajos de la ONU. En su parte V, establece: "El derecho colectivo a la autonomía en cuestiones relacionadas con sus propios asuntos internos y locales, inclusive la educación, la información, la cultura, la religión, la sanidad, la vivienda, el bienestar social, y las actividades tradicionales y económicas de otro tipo, la administración de tierras y recursos, y el medio ambiente, así como los impuestos internos para la financiación de las funciones autónomas.

Para lo anterior, será necesario entonces acceder a herramientas científicas además de las ciencias médicas, pues como hemos mencionado, básicamente el problema de la salud, es un problema que rebasa los límites de la técnica profesional médica, y se encuentra entrelazado con muchas otras actividades dirigidas al logro de una sociedad más equitativa. "Por ello, interesa que los comunicólogos, como científicos sociales, cooperen en el análisis de las relaciones sociales y la estructura de nuestra sociedad."(10)

Es decir, pueden aplicar su conocimiento a la solución de las problemáticas actuales de nuestro país, "Una deformación parcelaria del sentido social de la comunicación, es el hecho de haber inculcado en los comunicadores, la idea de que su ejercicio profesional, sólo puede ser requerido por los medios de difusión, por la radio, la T.V. y el periodismo impreso, desconociendo así, la enorme necesidad de aplicar el conocimiento comunicológico, a los diferentes campos de la actividad social."(11)

Como profesionistas interesados en las problemáticas humanas, los comunicadores, deben también encontrar espacios de ejercicio profesional en instituciones que, sin pertenecer específicamente al rubro de los medios difusores, requieren organizar sistemas informativos al interior y al exterior de las mismas, para el cumplimiento de fines específicos.

Por otro lado, con este trabajo, pretendemos, además de evidenciar que los conocimientos surgidos a través del ejercicio comunicológico, posibilitan la aportación de alternativas para solucionar algunas problemáticas sociales importantes, del mismo modo demostrar que la investigación en este rubro, puede ser practicada en

Igualmente se incluye el derecho a decidir las estructuras de sus instituciones autónomas, a seleccionar los miembros de esas instituciones y a determinar la participación de los pueblos indígenas en relación con esos fines. según cita de Díaz Polanco, Héctor en la Revista Mexicana Indígena p.23.

10. Calvimontes, Jorge Revista Mexicana de Ciencias Políticas p. 12

6. Calvimontes Jorge y Torres G. Javier Revista Mexicana de Ciencias Políticas p. 6.

muchos campos, que aún, cuando distan de los tradicionales, no son menos necesarios, un ejemplo de esto, pueden ser las propuestas de R. Rojas Soriano (12) relativas a la investigación en salud u otras, como la problemática de la educación en todas sus esferas (a través de la creación de estrategias pedagógicas basadas en modelos comunicológicos, apropiados para diferentes sectores, según sus necesidades); así mismo, el ámbito del arte y la comunicación gráfica, cuyos planteamientos han sido escasamente abordados por especialistas en comunicación social. Otra alternativa de aplicación de estos conocimientos, pueden ser las técnicas de divulgación del conocimiento científico, en todos sus campos o el estudio y análisis de la literatura como modelo de representación simbólica de la realidad.

Esto, como se puede observar, sólo constituye una pequeña muestra de las muchas posibilidades que el comunicador social puede (y debe) encontrar ya que su responsabilidad, recae dentro de lo social.

-
12. a. Los medios de comunicación y la educación para la salud.
 - b. La publicidad consumista y su influencia en la desnutrición.
 - c. La utilización de los medios de comunicación para la prevención de los accidentes (de tránsito o de trabajo)
 - d. El papel de los medios de comunicación masiva en la concientización sobre los factores que afectan la salud de la población.
 - e. Elementos político ideológicos que influyen en la conformación de la opinión pública sobre los problemas de salud.
 - f. La publicidad y su influencia en el consumo de alcohol y tabaco
 - g. La publicidad y su influencia en el consumo de medicamentos sin prescripción médica.
 - h. Los medios de comunicación masiva y su utilización para ocultar o descubrir problemas de salud que se presentan en los servicios médicos.
 - i. Utilización de medios de comunicación para orientar a la población en el empleo adecuado de los servicios médicos.
 - j. Problemas de comunicación entre los integrantes del equipo de salud y los demandantes de los servicios médicos
 - k. Utilización de los medios de comunicación para orientar a la población en casos de epidemias.
 - l. Los medios de comunicación y su influencia en la creación de una corriente de opinión pública en favor o en contra del aborto. Rojas Soriano, Raúl, Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, p 118.

APENDICE 1

La importancia de la participación comunitaria en los programas de salud.

Resulta importante promover la participación comunitaria (1) en los programas de salud, porque en ese proceso, la colectividad toma conciencia de sus propias necesidades, a las cuales trata de satisfacer basándose en sus posibilidades de acción; resulta, en otras palabras originar una autoeducación que los convierta en autores de su propia salud.

"Hay dos razones por las que la participación comunitaria debe incorporarse a los programas de atención primaria, ésta se sitúa en un nivel ideológico dentro del cual la gente está mejor capacitada para realizar todo su potencial humano al ganar un mayor control sobre su medio ambiente, especialmente en este caso que se refiere a la salud ... La segunda razón es puramente práctica. las condiciones de salud de la mayor parte de la población mundial son pobres, y su participación directa en la administración y el suministro de servicios primarios de salud para sí misma, es quizá su única esperanza de recibir dichos servicios y de mejorar su nivel de salud."(2)

Ligadas implícitamente a lo anterior, están las posibilidades de que la participación comunitaria mejore la aceptación hacia las campañas de salud, pues a través de ella, posiblemente resulten, más adecuadas a las condiciones culturales del grupo en que se está trabajando.

1. Participación Comunitaria: El proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el de la colectividad, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo (OPS, Conferencia de Alma Ata, URSS, 1978).

2. Zakus, David, Revista Mexicana de Salud Pública. p 17.

**ANEXO 1
LEY GENERAL DE SALUD**

Partes	Título	Tema	
Protección de la salud	Primero	-Disposiciones generales	
	Segundo	-Sistema Nacional de Salud	
	Tercero	-Prestación de los Servicios de	
Salud	Cuarto	-Recursos humanos para los	
Servicios		de la Salud	
	Quinto	-Investigación para la Salud	
	Sexto	-Información para la Salud	
	Séptimo	-Promoción de la Salud	
	Octavo	-Prevención y control de enfermedades y accidentes	
		-Asistencia Social	
		-Acción extraordinaria de Salubridad General	
		-Programa contra las adicciones	
Salubridad General		-Control Sanitario de Productos y Servicios	
		-Publicidad	
		-Control Sanitario de seres humanos	
		-Sanidad Internacional	
		-Autorizaciones y Certificados	
		-Vigilancia Sanitaria	
		-Medidas de seguridad, sanciones y delitos	
		Décimo-primero	
		Décimo-segundo	
		Décimo-tercero	
	Décimo-cuarto		
	Décimo-quinto		
	Décimo-sexto		
	Décimo-séptimo		
	Décimo-octavo		

El título primero: Disposiciones Generales, establece las finalidades del derecho a la protección a la salud, precisa y define el contenido básico de la salubridad general y determina las autoridades sanitarias.

El título segundo: Sistema Nacional de Salud, desarrolla las bases fundamentales del Sistema, conformado por los organismos públicos en los tres niveles del gobierno (Federación, Entidades Federativas y Municipal y los sectores social y privado) tendientes a dar cumplimiento al nuevo derecho social. Se hace responsable de la Coordinación del Sistema a la Secretaría de Salud [sic] ...

El título cuarto: Recursos humanos para los servicios de salud establece las bases para la adecuada vinculación entre el Sector Salud y el Sector Educativo

El título sexto: Información para la salud, contempla la información para ésta y se establecen las reglas para integrar las estadísticas de la salud ... con el fin de consolidar un sistema nacional de información de salud de acuerdo con los criterios generales de la Secretaría de Programación y Presupuesto [sic]

El título séptimo: Promoción de la salud, establece los objetivos de ésta, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y salud ocupacional. También se adecúan las competencias entre la Secretaría de Salud y las Secretarías de Desarrollo Urbano y Ecología, de Educación Pública, de Comercio y Fomento Industrial y de Trabajo y Previsión Social ...

Herrera Madrigal M. Irene, La Salud, México, Centro de Estudios Educativos, COI. Educación para la Participación Ciudadana No. 6, 1988, p. 135-137.

ANEXO 2
CENSO DE POBLACION INDIGENA DE AMEALCO (INEGI 1990)

POBLACIONES	H	M	TOTAL
Chitejé de la Cruz	302	301	603
El Varal	231	215	446
Chitejé de Garabato	624	620	1244
San Juan Dehedo Com.	325	312	637
San Juan Dehedo Ejido	181	151	332
San Ildefonso Tultepec	529	555	1084
El Bothe	584	561	1145
Mesillas	290	325	615
Lapini	85	94	179
El Rincón	208	325	535
San Pablo	259	228	487
Tenazdá	427	417	844
Yosphi	307	325	632
San José Itho	579	600	1179
Santiago Mezquititlán:			
Barrio 1º	508	523	1031
Barrio 2º	401	417	818
Barrio 3º	483	582	1065
Barrio 4º	495	582	1077
Barrio 5º	497	527	1024
Barrio 6º	1330	1332	2662
San Miguel Tlaxcaltepec	402	403	805
Los Arboles	217	220	437
Los Linderos	567	600	1167
El Picacho	449	451	900
El Terrero	408	389	797
TOTALES	10688	10875	1583

ANEXO 3

Organización para el funcionamiento del albergue

Para que el albergue cumpla con sus objetivos, se deberá integrar en su organización y funcionamiento al personal administrativo designado para tal efecto, a los becarios y a las comunidades respectivas a través del Comité de Apoyo (los padres de familia).

La estructura operativa de cada albergue será la siguiente: Un jefe de albergue, personal de apoyo (2 cocineras por 50 becarios).

Los aspirantes a jefes de albergues serán citados y seleccionados por la SEP (Secretaría de Educación Pública) y el INI; a través de una convocatoria anual. Los jefes de albergue seleccionados así como el personal de apoyo, quedarán adscritos al INI por un período escolar, otorgándose una compensación por sus servicios en el albergue.

El jefe de albergue de preferencia deberá ser maestro normalista titulado o equivalente, de origen indígena, de la región y hablante del idioma de la misma y no desempeñar otro cargo durante el tiempo que se encuentra comisionado al INI.

El personal de apoyo deberá ser de preferencia de origen indígena, saber leer y escribir, mayores de 25 años, madres de familia, hablar el idioma indígena de la región y estar capacitados para preparar alimentos de la región.

El becario deberá ser originario de alguna comunidad indígena de la región, que no cuente con servicios educativos, hablar el idioma indígena de la región y tener edad para iniciar, continuar o concluir estudios de educación primaria.

Las comunidades indígenas participarán en las actividades y propósitos del albergue, en particular, a través de sus representantes ante el Comité de Apoyo y en General; a través de sus diversos órganos y autoridades tradicionales o formales que las representen y de la totalidad de sus integrantes cuando las actividades así lo requieran.

Funciones del jefe de albergue:

Coordinar las tareas generales de planeación que se lleven a cabo en relación con el albergue.

Elaborar anualmente el programa de actividades y demás disposiciones aplicables que deba realizar tomando en cuenta la opinión de los becarios y comunidades indígenas para preservar, promover y fortalecer sus valores culturales.

Recibir, administrar y controlar los servicios asistenciales y demás apoyos que sean otorgados a los becarios, así como los recursos materiales y financieros que se generen por programas en beneficio del albergue, dándole ingerencia directa al Comité de Apoyo.

Procurar que el inmueble del albergue esté en condiciones óptimas de mantenimiento, para lo cual se auxiliará en el Comité de Apoyo y en caso de que sean necesarias las reparaciones mayores, deberá comunicarlo a la brevedad posible al CCI (Centro Coordinador Indigenista) a fin de que éste atienda o gestione lo procedente. de igual manera procederá en lo que se refiere a los bienes muebles del albergue, los que estarán bajo su responsabilidad y su resguardo...-

BIBLIOGRAFIA

1. Anuario estadístico del estado de Querétaro, Secretaria de Programación y Presupuesto, INEGI, 1986.
2. Azcué, Clara y Herrerías David, Dibujo Básico para Promotores, México D.F., Alternativas para el Cambio Social S.C., s/año de ed. 22pp.
3. Azar Héctor, Teatro y Educación, México, UNAM-INBA, 1971, 28pp
4. Bar, Elizabeth K. La Historieta como experiencia didáctica, México, Edit. Nueva Imagen, 1978 p. 245.
5. Baena Paz, Guillermina, Comunicación en el Trabajo Comunitario, México, Edit. Pax-México, 1990, 97 pp.
6. Calzada, José Jesús, Manual para la elaboración de Teatro Guiñol, México, ILCE, S.A., 78pp.
7. Coburn-Staage, Ursula, Juego y Aprendizaje, Madrid, Edic. de la Torre, 1980 170 pp.
8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Poder Ejecutivo Federal, 1990, 162pp.
9. COPLAMAR, Promoción a la Salud, Colección de Manuales IMSS No. 14. IMSS/Subdirección General de Medicina. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, 1980, México, D.F.
10. Devalle, Susana, La Diversidad Prohibida, México, Col. Mex. 1989, 290pp.
11. Dickson, Murray, Donde no hay Dentista, México, D.F. PRODUSSEP, 290 pp.
12. Duverger, Maurice, Métodos para las Ciencias Sociales, Trad. Alfonso Sureda, España, Editorial Ariel, Col. Demos, 12a. Ed., 1981, 593pp.
13. Eli Chinoy, La Sociedad, Trad. Francisco López Cámara, México, Fondo de Cultura Económica, 223 pp.
14. Eco, Umberto, Tratado de Semiología General, Editorial Lumen, Col. Palabra en el tiempo No. 122, Barcelona, España, 1986, 462pp.
15. Fábregas Puig, Andrés, Indigenismo, México, Universidad Autónoma de Chiapas, 1988, 93pp.
16. Guiraud, Pierre, La Semiología, Trad. Ma. Teresa Poyrazias, México, Fondo de Cultura Económica, .pp 133.
18. Gyorgy, Kepez, La educación Visual, México, Ed. Novaro, 1965, 147 pp..
19. Herrera Madrigal, Ma. Irene, La Salud México, CEE. 1988 147 pp.

20. Jiménez Regina y Paulín Georgina, Sociedad y Lenguaje, FCPyS, Cuadernos de Comunicación, México, Fac. Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1984, 102pp.
21. Jiménez-Ottalengo, Regina y Georgina Paulín, Sociolingüística de la Interacción, México, UNAM-IIS, 1985, 89 pp.
22. Jiménez-Ottalengo, (Comp) Sociología y Semiología, México, UNAM-ISS, 1984, 77pp
23. Kristeva, Julia, El Texto de la Novela, Barcelona, Editorial Lumen, 1990, 240pp.
24. OMS, OPS, Salud para todos en el año 2000, Estrategias, Washington, 1982, 195pp.
25. Organización Mundial para la Salud, Organización Panamericana de Salud, Salud para todos en el año 2000, Planes de Acción para estrategias regionales, Washington, 1982 98pp.
26. PRODUSSEP, Manual de Salud Campesina, s/año de ed., 84pp.
27. Recasens, Sichés, Luis, Tratado General de Sociología, México, Porrúa, 20a. Ed., 1986, 682pp.
28. San Martín Hernán, Salud y Enfermedad, México, Prensa Médica Mexicana, 3a Ed. 1986, 810pp.
29. Schaff, Adam, Introducción a la Semántica, Trad. Florentino M. Torner, F.C.E., México, 4a. Reimpresión, 402pp.
30. Secretaría de Programación y Presupuesto, Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994. México, 143 pp.
31. Secretaría de Salud, Para la Vida, México, Dirección General de Fomento a la Salud. <solidaridad>, 1990. 105 pp.
32. Vargas, Laura, Técnicas Participativas para la Educación Popular, Programa Coordinador para la Educación Popular, México, Alforja, 8a. Ed., Vol. I, pags.s/núm.
33. Weber, Max, Economía y Sociedad, Ed. preparada por Johannes Whickelman, F.C.E., México, 1a. Reimpresión, 1969, 660pp.
34. Werner, David Aprendiendo a Promover la Salud, México, Edit. Pax-México 1989, 525 pp
35. Werner, David, Donde no hay Doctor, México D.F.; Edit. Pax-México, 1989 402 pp.
36. Young, Paulín, Métodos Científicos de Investigación Social, Trad. Angela Müller M., IIS-UNAM, México, 1966, 666 pp.

HEMEROGRAFIA

1. Calvimontes, Jorge, "Política Alimentaria y Comunicación" en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, (Comunicación y Salud), , UNAM, Año XXVII, Nueva Epoca. Oct-Dic. 1981, No. 106. Págs. 77-92.
2. Díaz Polanco, Héctor, "Los Pueblos Indios y la Constitución", en México Indígena, México, Dic. 90, No. 15, Págs. 22-26.
3. Rojas Soriano, Raúl, "Áreas de Investigación en Comunicación y Salud" en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, (Comunicación y Salud), , UNAM, Año XXVII, Nueva Epoca. Oct-Dic., 1981, No. 106. Págs. 113-118.
4. Trejo Delarbre, Raúl, "Una Ley por fin en Defensa de los Indios", en México Indígena, México, Dic. 90, No. 15, Págs. 10-15.
5. Torres Goitia, Javier, "Evolución del Concepto Salud-Enfermedad" en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, (Comunicación y Salud), , UNAM, Año XXVII, Nueva Epoca Oct.-Dic. 1981, No. 106. Págs. 15-38.
6. Zakus David, "La Participación Comunitaria en los Procesos de Atención Primaria a la Salud" en Revista Mexicana de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública, marzo-abril 88, Vol. 30 , No. 2, Págs. 151-174.