



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES SOCIO-ANTROPOLÓGICOS QUE
INTERVIENEN EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
DE UNA COMUNIDAD DEL ESTADO DE OAXACA,
MÉXICO. 2008.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ERVIN CASTREJÓN GÓMEZ

TUTOR: MTRO. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR

ASESORES:

C.D. MIRIAM ORTEGA MALDONADO
MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

TRABAJO EN COLABORACIÓN CON EL CENTRO DE
ATENCIÓN INFANTIL (CAI) PIÑA PALMERA. POCHUTLA - OAXACA.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México por tener las puertas abiertas al conocimiento, a la Facultad de Odontología y sus profesores, por darme las bases para la formación académica y personal que en este momento tengo.

Al Dr. Alberto por todo el tiempo que me dedicó para la elaboración de este trabajo, por la consejos, palabras y atenciones que tuvo hacia mí, por apoyarme en tiempos difíciles y orientarme para lograr salir adelante, por las muestras de amistad que me ha manifestado, por los buenos momentos que pasamos en Zipolite. Creo que no hay palabras que expresen lo agradecido que estoy con usted. ¡Muchísimas gracias!

A la Dra. Miriam, le agradezco por su apoyo y recomendaciones que me ayudaron a llevar este trabajo de una manera óptima.

Al Dr. De la Fuente, quisiera agradecerle por sus comentarios oportunos siempre con fin de mejorar este trabajo.

Mi agradecimiento a Israel y Eduardo, por colaborar de una manera importante en la elaboración de este trabajo.

A la Virgen de Guadalupe y a Dios por darme salud y así permitirme cumplir es meta.

A mi Madre, muchas gracias Lulú por todo el apoyo, cariño, regaños y lecciones de vida que me has dado, porque luchaste y trabajaste día con día para que lograra realizar este sueño, hace cinco años lo veíamos muy lejano hoy ya es toda una realidad, se que sin tí esto no hubiera sido posible. Este logro no es solo mío, sabes que es nuestro y que vendrán otros más que seguiremos compartiendo. Una vida no bastaría para pagarte, todo los sacrificios que has hecho por mí, doy gracias a la Virgencita y a Dios porque me mandaron la mejor mamá del mundo. ¡¡¡Te quiero muchísimo!!!

A Ita Vico, porque siempre me haz apoyado, dejas a un lado tus cosas para ayudarme, por todos los desvelos que hemos pasado, te agradezco todo lo que me haz enseñado, por todo esto y muchas otras cosas más ¡Gracias Víkitos!

A Oti y Pillo, que siempre han estado conmigo, me apoyaron y me dieron consejos que jamás olvidaré, los adoro, los quiero, y siempre están presentes en mi corazón.

A Chela, Edgar y Gael, por el cariño, los buenos deseos y apoyo incondicional que me han brindado. Gracias!!!

A Bere-nice, te agradezco el apoyo y comprensión que haz tenido conmigo, porque me haz escuchado y brindado ayuda incondicionalmente; en estos cinco años pasé momentos muy felices a tu lado, gracias por la ayuda brindada en este trabajo, este logro lo comparto contigo Berita, aunque sabemos que no será el único. ¡Te quiero mucho, gracias por todo!

A Luz, Eradio, Uzziel, Espe Erick, y familia, aunque estamos muy lejos les agradezco por la motivación y el apoyo que me han dado, los quiero mucho.

Resumen

Objetivo: Identificar algunos factores socio-antropológicos y culturales que intervienen en el proceso de salud/enfermedad de una comunidad indígena.

Material y métodos: Se realizó un estudio cualitativo apoyado en la metodología fenomenológica. La muestra la integraron adultos de 40 años y más que se identificaron como líderes, representantes y fundadores de la comunidad a quienes se les dio una explicación del estudio y se extendió carta de consentimiento informado. Se aplicó una entrevista semi-estructurada, la cual fue grabada; la información se capturó y analizó en el paquete Atlas ti 5.0. La muestra se definió por saturación teórica.

Resultados. La muestra quedó integrada por 12 entrevistas. Se identificó que los residentes perciben a la salud y a la enfermedad como entidades mutuamente excluyentes y que factores como el género, la clase social y la migración influyen en su percepción. La salud es concebida como una función de resistencia y vitalidad, y la enfermedad como algo incapacitante y sufrible. El uso de alternativas tradicionales es su primera opción y la búsqueda de atención de los servicios de salud es mínima o se realiza como última opción, además las personas mayores identifican al susto como responsable de su malestar.

Conclusión. La salud es percibida con un carácter positivo mientras que a la enfermedad la asocian de una manera negativa. La identificación de factores socio-culturales nos permite conocer las características de la comunidad lo que conlleva a diseñar programas eficientes que cubran las necesidades reales de la comunidad.

Palabras clave. Salud, enfermedad, comunidad, percepción, entrevista

Índice

Páginas

1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Antecedentes	6
3.1 ¿Qué es población?	6
3.2 Población Indígena	6
3.3 Características de la población indígena	8
3.4 Variables que intervienen en la población	9
3.5 Proceso Salud-Enfermedad	15
3.6 Salud en la población indígena	18
3.7 Población en el Estado de Oaxaca	20
4. Planteamiento del problema	24
5. Justificación	26
6. Supuestos	27
7. Objetivos	28
8. Material y métodos	29
8.1 Tipo de estudios	29
8.2 Muestra	29
8.3 Criterios de selección	30
8.4 Variables	30
8.5 Modelo Teórico	31
8.6 Descripción de variables	31
8.7 Procedimiento, recolección y captura de información	33
8.8 Aspectos Éticos	34
9. Resultados	38
10. Discusión	54
11. Conclusión	61
12. Referencias	63
13. Anexos	66
13.1 Anexo 1	67
13.2 Anexo 2	69

1. Introducción

México es una nación multicultural y plurilingüe, tiene diferentes grupos étnicos los cuales se ubican principalmente en los estados de Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Yucatán, Estado de México y Puebla.¹

La población indígena se caracteriza por el tipo de lengua, identidad, costumbres, alimentación entre otros aspectos. La lengua es un elemento indispensable en la percepción y reflexión sobre lo que nos rodea y un vínculo con el pasado y futuro. Los grupos más numerosos son el Náhuatl, el Maya, Zapoteco, Mixteco, Otomí, Totonaca, Tzotzil y el Tzeltal.¹

La mayoría de los indígenas se encuentran en condiciones muy desfavorables para poder desarrollar mecanismos que les permitan romper el círculo de pobreza, marginación y rezago demográfico.²

La marginación es un fenómeno que expone a estos grupos a la privación, riesgo y vulnerabilidad social.³ Es un fenómeno que afecta a la población indígena de manera importante se estima que 60% de esta población se encuentra en un grado de marginación muy alto.³

Los indígenas constituyen un grupo de población históricamente excluido del desarrollo y del disfrute de sus beneficios. Los pueblos indígenas se han caracterizado por la desigualdad, la falta de servicios básicos, la poca accesibilidad a los servicios de salud, la discriminación racial, la poca remuneración económica a su trabajo, y una alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas.

Las condiciones de estas poblaciones y sus estilos de vida han provocado que los indígenas salgan de su lugar de origen en búsqueda de oportunidades que

mejoren su accesibilidad a los servicios y su calidad de vida. Entre los principales estados a los que llegan se encuentran, la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y Puebla.

El objetivo del estudio fue identificar algunos factores socio-antropológicos, y culturales que intervienen en el proceso de salud/enfermedad de una comunidad del Estado de Oaxaca.

2. Marco teórico

El método fenomenológico explica como los individuos construyen los significados de sus experiencias y, por ende, ofrece las claves para un mejor entendimiento entre los pacientes y los médicos, se centra exclusivamente en el dominio de lo no pensado, de lo que se da por sentado dentro de la experiencia cotidiana y que es constitutivo de ella.⁴ La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad y de su origen; estudia el mundo tal como se presenta en la consciencia. Por lo que, la experiencia subjetiva inmediata adquiere primacía como base del conocimiento.⁵

Etimológicamente (phainómeno=aquello que aparece o se muestra; logos=tratado), significa el estudio de los fenómenos que se manifiestan en la consistencia.⁵

Características del método fenomenológico

- Estudia la experiencia vital y cotidiana
- Analiza la esencia o naturaleza de los fenómenos conscientes, y trata de descubrir las estructuras significativas internas
- Describe los significados vividos o existenciales es decir aquello en lo que estamos inmersos a diario
- Explora el significado del ser humano
- Descubre los significados que los individuos dan a su experiencia; lo que importa es comprender el proceso de interpretación seguido por los sujetos estudiados.⁵

La fenomenología aboga por la preeminencia de la consciencia subjetiva y reivindica que en la consciencia hay estructuras esenciales que, a través de la

reflexión, permite alcanzar el conocimiento directo. Destacan tres componentes: el acto mental, el objeto y la relación entre ambos.⁵

El resultado de una investigación fenomenológica es una narración que dibuja un modelo en el cual destaca un saber sistemático, explícito, automático e interpretativo. La fenomenología es el cuestionamiento del mundo en que vivimos, los secretos e intimidades los cuales, se someten a examen.⁵

La fenomenológica se puede resumir en los siguientes ocho puntos:⁶

1. Es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada.
2. Es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia. Ser consciente implica una transitividad, una intencionalidad. Toda conciencia es conciencia de algo.
3. Es el estudio de las esencias. La esencia de un fenómeno es universal, es un intento sistemático de desvelar las estructuras significativas internas del mundo de la vida.
4. Es la descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos.
5. Es el estudio científico-humano de los fenómenos. La fenomenológica puede considerarse ciencia en el sentido amplio, es decir, un saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjetivo.
6. Es la práctica atenta de las meditaciones. Este estudio del pensamiento tiene que ser útil e iluminar la practica de educación de todos los días.

7. Es la exploración del significado del ser humano. En otras palabras: qué es ser en el mundo, qué quiere decir ser hombre, mujer o niño, en el conjunto de su mundo de la vida, de su entorno sociocultural.
8. La investigación fenomenológica es el pensar sobre la experiencia originaria.

Por lo que la fenomenología busca conocer el significado que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia⁶.

3. ANTECEDENTES

3.1 ¿Qué es población?

Población se define como el total de habitantes de un área específica (ciudad, país) en un determinado momento. El estudio de la población proporciona información de interés para las tareas de planificación (especialmente administrativas) en sectores como sanidad, educación, vivienda, seguridad social, empleo y conservación del ambiente. También proporcionan los datos necesarios para formular políticas gubernamentales de población, para modificar tendencias demográficas y conseguir objetivos económicos y sociales.⁷

3.2 Población indígena

Se da el nombre de indígena a todo aquello que es relativo a una población oriunda del territorio que habita, sin embargo, existe la tendencia a denominar *indígenas* a etnias de culturas tradicionales.⁸

Los censos de población constituyen la fuente más apropiada para cuantificar el volumen, las principales características y la ubicación espacial de la población indígena. En los censos mexicanos se ha utilizado sistemáticamente una aproximación práctica para cuantificar el número de indígenas que residen en el país.⁸

Existen varios procedimientos para identificar o clasificar a una comunidad,¹ o a un hogar o personas como indígena; uno de los procedimientos para identificar hogares indígenas es el uso del criterio lingüístico que puede ponerse en práctica

¹ Se define como **comunidad** a un grupo o conjunto de individuos que comparten elementos en común, tales como el idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica, estatus social y roles.

con la aproximación de autoadscripción étnica, es decir, en este caso un hogar se considera indígena cuando al menos uno de sus miembros declara pertenecer a un grupo autóctono.⁹

Otra de las formas para la clasificación de las comunidades, según su presencia indígena es el compuesto por cuatro grupos: en el primero, se denomina localidad con presencia indígena predominante cuando se agrupan asentamientos con 70% o más de indígenas, el segundo, con presencia media del 40 al 70%, el tercero, con presencia indígena escasa, incluye a las localidades con 10 a 40% y por último, con presencia de población indígena dispersa o nula con menos de 10% de indígenas.¹⁰

También a partir del habla y la pertenencia étnica es posible distinguir características en diferentes niveles analíticos: por individuo, por hogar, por localidad y por municipio. Para calificar y cuantificar la población indígena se utilizan los siguientes supuestos:

- Un individuo es considerado como indígena si presenta características indígenas.
- El hogar puede clasificarse como un hogar indígena si sus miembros lo son, excepto cuando los únicos indígenas del hogar son trabajadores domésticos.
- Una localidad o municipio se clasifica con cierto “grado de indigenismo” a partir del porcentaje de individuos con características indígenas o población que residen en ellos.¹¹

Por otra parte, se puede definir un hogar como indígena a partir de las características aportadas por cada individuo (jefes, jefas, cónyuges del jefe o jefa, ascendientes de los jefes) y extender a todos los integrantes de ese hogar las características del miembro seleccionado.¹²

La primera estimación de la población indígena se deriva de la pregunta sobre habla y pertenencia étnica. Con base a esto se obtuvo que hay 8.03 millones de

población indígena en el país, de los cuales, 83.8% son hablantes de lengua indígena y 16.2% no hablan pero se identifican dentro de un grupo.

Se reconoce que los datos censales sobre hablantes de lenguas autóctonas representan un límite inferior del número total de indígenas en México.¹³

En los últimos años la población indígena ha comenzado a desplazarse en volúmenes significativos a zonas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Puebla) así como, áreas conurbadas y ciudades. Su presencia en los centros urbanos, así como el contacto que han logrado establecer entre los propios miembros, con otras etnias y con población no indígena ha modificado la fisonomía de las ciudades. Por lo que existen comunidades en las que el desplazamiento es muy notorio, dando lugar al abandono de sus tierras y la invasión de personas ajenas a las comunidades, lo que modifica las costumbres y estilos de vida de los residentes oriundos.¹⁴

3.3 Características de la población indígena

La población indígena se caracteriza por el tipo de lengua, identidad, costumbres, alimentación etc. La lengua es un elemento indispensable en la percepción y reflexión sobre lo que nos rodea y un vínculo con el pasado y futuro.

México, es una nación multicultural y plurilingüe, en la actualidad se reconocen 62 grupos etnolingüísticos,¹⁵ los grupos más numerosos son el Náhuatl, el Maya, el Zapoteco, el Mixteco, el Otomí, el Totonaca, el Tzotzil y el Tzeltal.¹⁶

La identidad se manifiesta de múltiples formas, que pueden ser interpretadas como elementos simbólicos, características o prácticas de la identidad étnica. Entre los atributos que se han identificado con la etnicidad de la población indígena de nuestro país se distinguen el habla de alguna lengua o dialecto

indígena y la autopercepción de las personas de pertenencia a un grupo indígena.¹⁷

La identidad étnica de una persona o comunidad tiene un carácter dinámico que se modifica y redefine en el curso de su vida: cuando se cambia de entorno cotidiano, se migra de la comunidad o región de origen de acuerdo a los estratos sociales de pertenencia o conforme al periodo histórico de referencia particular.¹⁸

La marginación es un fenómeno que expone a privación, riesgo y vulnerabilidad social. Los indígenas constituyen un grupo de población históricamente excluido del desarrollo y del disfrute de sus beneficios. La marginación es un fenómeno que afecta a la población indígena de manera importante, se estima que 60% de esta población se encuentra en un grado de marginación muy alto.¹⁹

Es evidente que la mayoría de los indígenas se encuentran en condiciones muy desfavorables para poder desarrollar mecanismos que les permitan romper el círculo de pobreza, marginación y rezago demográfico.²⁰

Miguel Bartolomé sugiere que “...ser o no ser un indígena representa un acto de afirmación o de negación lingüística y cultural”.²¹

3.4 Variables que intervienen en la población

En la población indígena se pueden identificar variables que influyen directamente en la forma en la que se desenvuelven y se desarrollan en su entorno. Como principales variables podemos encontrar: la clase social, etnicidad, migración, género, nivel socioeconómico, equidad y salud.

3.4.1 Clase Social

La mayoría de los individuos que integran una sociedad industrial, clasifican a los demás miembros del grupo de acuerdo con su forma de hablar, su estilo de vestir y su conducta social. Consciente o inconscientemente, las personas se clasifican a sí mismo de acuerdo con ciertos criterios o normas como iguales, inferiores o superiores, y la manera como actúan entre sí, difiere según la categoría subjetiva de su propia posición social en relación con los demás. Tales variaciones en los modos de interacción social indican valores divergentes, puesto que existen patrones recíprocos de conducta, tanto subordinados como preponderantes, y ya que las personas responden a tales modelos, podría suponerse que ciertos valores son comunes a todas esas variaciones.²²

Cada clase social enseña a sus hijos la conducta adecuada y aceptable, y esta conducta adquirida tiende a mantener a las siguientes generaciones en la misma clase social de los padres a la vez que la excluye de otras clases.²²

Las escalas de clases sociales son herramientas útiles para analizar y correlacionar los fenómenos sociales y médicos aunque es difícil encontrar criterios objetivos y medibles que sirven para clasificar con exactitud y facilidad la compleja población de las sociedades industriales.²²

En las comunidades donde las personas conviven entre sí, ya sea en el trabajo o en la vida social, la posición o el prestigio social dependen de un gran número de atributos sociales, algunos con un valor común para todos los integrantes de la sociedad y otros con un valor particular en zonas residenciales determinados o para grupos sociales especiales.²²

En los últimos años se ha manifestado una creciente necesidad de documentar el efecto de la pobreza en las condiciones de salud de la población mexicana. Esto

ha sido en gran parte el resultado de la acumulación de evidencias sobre la profundización de la desigualdad social y el aumento de la pobreza.²³

3.4.2 Etnicidad

Banton,²¹ distingue entre etnicidad y raza, afirmando que “la primera refleja las tendencias positivas de identificación e inclusión, en tanto que la segunda, refleja las tendencias negativas de disociación y exclusión”.

Algunos autores han afirmado la existencia de asociaciones entre etnicidad y desigualdad en la prestación y el uso de los servicios de atención a la salud, apoyándose también aquí en gran medida sobre desigualdades relacionadas con la clase social.²⁴

Aunque se han enunciado muchas teorías que vinculan el pertenecer a una clase social con experiencias de enfermedad y de utilización de servicios de salud, lo cierto es, que existen pocos esfuerzos para crear teorías equivalentes alrededor del concepto de etnicidad. No obstante, es posible distinguir un cierto número de “temas” entrelazados en la bibliografía de la investigación y el razonamiento. El acento principal ha recaído sin la menor duda en aspectos de diferencias culturales entre minorías étnicas y la población mayoritaria.²⁴

3.4.3 Migración

Es el movimiento de la población, es decir el movimiento de personas a través de una frontera específica con la intención de adoptar una nueva residencia. Los términos de inmigración y emigración se utilizan para referirse a los movimientos entre los países, mientras que la migración interna especifica el movimiento en un país.²⁵

Emigrante: Toda persona o migrante que se moviliza desde su lugar de procedencia a otro, posee la calidad de emigrante respecto del lugar que deja.²⁵

Inmigrante: toda persona o migrante que se moviliza desde su lugar de procedencia a otro, posee la calidad de inmigrante respecto del lugar de llegada.

Los movimientos migratorios pueden ser definitivos o temporales, voluntarios o forzados, e internos o internacionales.²⁵ Hull²⁶ concluye que “en estudios sobre emigrantes no hay una relación directa y confiable entre cambios y enfermedad” sin embargo el supuesto de sentido común de que los inmigrantes llegados de regiones rurales que se establecieron en partes urbanas, estaban muy propensos a padecer muchas enfermedades psiquiátricas en el proceso de ajustarse a un medio social radicalmente distinto y a veces hostil.

3.4.4 Género

Se identifican diversos mecanismos a través de los cuales la asignación social y la construcción de identidades de género pueden afectar la salud; destacan entre ellos, la construcción simbólica del cuerpo, la asignación genérica del concepto de cuidado, la relación entre afirmación de la identidad de género, y el comportamiento sexual y las decisiones sobre la reproducción.²⁷

La construcción racional del conocimiento y la práctica científica occidental conforman una epistemología que asocia las dimensiones de naturaleza, cuerpo, subjetividad, emociones y reproducción con la identidad genérica femenina y los conceptos de cultura, mente, objetividad, racionalidad y producción con la identidad genérica masculina.²⁷

Algunos estudios sugieren que las jerarquías de valoración social de hombres y mujeres, lo mismo que sus roles, definen la dinámica de distribución de alimentos y la asignación de tiempo y recursos para el cuidado de salud en el espacio

doméstico. Esta valoración no depende de la gravedad del padecimiento, sino de la valoración o posición de poder del sujeto que padece.²⁷

Otros autores mencionan la discriminación de género que las mujeres de algunas sociedades experimentan desde su nacimiento a nivel conyugal, familiar, social, como determinante de su estado nutricional y su condición de salud previa al inicio de la vida procreativa.²⁷

Otra dimensión de desigualdad que puede afectar la salud y que señala en la literatura sobre el tema son las diferencias entre hombres y mujeres en el acceso a los mercados de trabajo y las condiciones laborales.²⁷

3.4.5 Equidad

La salud esta íntimamente ligada al desarrollo de cualquier nación, es decir, no se puede incrementar y consolidar un país competitivo si no se cuenta con esta herramienta básica de bienestar social. En México, existen importantes desigualdades económicas que llevan a una deficiente calidad de vida. En este sentido, cerca de la mitad de los mexicanos carecen de acceso a un sistema de salud óptimo, y para un gran porcentaje, combatir una o varias enfermedades significan fuertes erogaciones a su economía. Además, existe un sector de la población que esta imposibilitado para acceder siquiera a un tratamiento.²⁸

Las reformas en salud pública deben encarar los problemas en las dimensiones de la equidad y la eficiencia, en un enfoque centrado en la búsqueda de la salud de toda la población. Debe perseguir y modificar los más importantes factores determinantes de ella, mediante el compromiso de todos los actores de la comunidad, con acciones que mejoren la calidad de vida y promuevan condiciones y hábitos saludables de todos. Muchas organizaciones no gubernamentales como

fundaciones y asociaciones están atentos y dispuestos a brindar ayuda en el tema de salud.²⁸

La omisión económica y cultural del cuidado de la salud ha prevalecido, a pesar del impacto que tienen en la vida cotidiana de la salud social e individual y, por consiguiente, se ve reflejado en los resultados de salud. Esto ha dado lugar a una de las inequidades macroeconómicas más potentes relacionadas a la salud y al género.²⁸ Las necesidades en materia de salud son más amplias que las meramente sanitarias y el tema despierta mucho interés en la población. El nivel de necesidades depende del estado objetivo de salud, así como, de nivel subjetivo. La cobertura de la necesidad se produce con recursos identificados generalmente como públicos. Existen importantes variaciones geográficas en lo que se refiere a la mortalidad y a otros resultados de salud, en ingresos y condiciones ambientales, y en el financiamiento y utilización de los servicios de asistencia sanitaria. La información recolectada regularmente y que se encuentra disponible para caracterizar las variables relacionadas con la salud, presenta con cierta frecuencia limitaciones de calidad y accesibilidad.²⁸

3.4.6 Educación

El analfabetismo entre los indígenas propician relaciones asimétricas con la población mestiza, además que tiene repercusiones en la reproducción intergeneracional de la pobreza en el interior de la familia. Si los padres y en particular la madre, son analfabetas, es probable que los hijos también lo sean.²⁹

A la condición de analfabetismo se añade en muchos casos el desconocimiento del castellano, lo que coloca a muchos indígenas en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que la incapacidad para hablar español le impide comunicarse e interactuar en un plano de equidad con la población mestiza. Para el conjunto del país en 1995, 14.8% de la población indígena mayor de 5 años era monolingüe,

no obstante, esa proporción ha disminuido notablemente con el paso de los años, en 1980 era de 24.1% y en 1990 de 16.5%. En 1995, el confinamiento doméstico y la escasa interacción con los hablantes del castellano propiciaron que en general, el monolingüismo fuera más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.²⁹

La expansión de la educación formal bilingüe y multicultural ha contribuido a erradicar el aislamiento y el rezago educativo de los indígenas. A partir de 1992, con la reforma del artículo cuarto Constitucional, se incrementaron los recursos y se intensificaron los programas destinados a las poblaciones indígenas en edad escolar. También, se dio especial apoyo a la publicación de libros de texto gratuitos en lenguas indígenas. No obstante, todavía existe un importante rezago en la cobertura y la calidad de la educación bilingüe.²⁹

En la educación inicial (aquella que se otorga a niños menores de cuatro años), se ha iniciado en la captación de padres de familia, aunque la cobertura es aún limitada, pues solo 1011 localidades cuentan con este servicio. Por su parte, la educación preescolar indígena bilingüe registra un ascenso en cuanto a su población y se observa un crecimiento significativo en años recientes.²⁹

3.5 Proceso Salud-Enfermedad

La conceptualización de la enfermedad se expresa por haberla experimentado o sufrido durante algún momento de su vida. Las dificultades empiezan cuando hay que definir la salud. Para Domínguez Carmona, estas dificultades derivan de que la salud no es una identidad, una realidad en el sentido de la cosa, como una caja o una mesa, sino que, igual que ocurre con la belleza o la fealdad, es una

abstracción mental, o mejor, como dice Bertrand Russell, una construcción lógica.³⁰

Cada persona tiene su propia percepción y vivencia personal de lo que es la salud, de acuerdo con lo que se considera normal en función de los conceptos vigentes en los grupos sociales en los que vive inserto y de sus experiencias personales, todo ello muy modulado por factores culturales, socioeconómicos, religiosos, etc.³⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna o Carta Constitucional (1946) definió a la salud como <<el estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades>>. Esta definición marcó un hito en su momento pero hay que reconocer que junto aspectos muy positivos e innovadores, presenta también aspectos negativos o criticables.³⁰

Entre los aspectos innovadores están los siguientes:

1. Por primera vez se define la salud en términos afirmativos o positivos
2. No sólo se refiere al área física del ser humano, sino que, por primera vez, se incluye las áreas mental y social.

Entre los aspectos negativos o criticables están:

1. Equiparar bienestar a salud, lo cual no siempre es verdad.
2. Se trata más de un deseo que de una realidad.
3. Es una definición <<estática>>, ya que sólo consideran como personas con salud las que gozan de un completo bienestar físico, mental y social.
4. Es una definición <<subjetiva>> pues no habla del aspecto objetivo de la salud.³⁰

San Martín, menciona que, considerar la salud como un estado biológico y social estático no es realista: la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación. No puede, entonces, admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación, con estados intermediarios, que van de la adaptación perfecta hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.³¹

Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y, en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente. Pero no sucede lo mismo con la salud y la enfermedad latente no percibida.³¹

Salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación biológica, son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por lo tanto, un "individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía o adaptación física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte), en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno³¹ y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias en sus condiciones de vida.³¹

La salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos; por nuestra parte, nuestros conocimientos en relación a los riesgos del ambiente y nuestro comportamiento en relación a la salud.³¹ Por lo que la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La ecología humana estudia dicho proceso. La salud y la enfermedad obedecen a los mismos factores externos e internos.³²

El medio es físico, biológico y psicosocial. Muchos de los elementos que lo forman, son necesarios para la vida y la salud; sin embargo, si se modifican, casi siempre por la acción del ser humano, pueden tener efectos desfavorables. El aire, el agua y los alimentos son indispensables para la vida, pero si se contaminan, se convierten en factores de enfermedad.³²

Perkins define la salud de la siguiente manera: *“la salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquél, procurando su adaptación”*. Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y enfermedad, y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Se ha establecido el principio de multicausalidad que no tiene solamente un valor teórico o académico, sino que orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad.³²

3.6 Salud en la Población Indígena

Actualmente las condiciones de salud de la población indígena de México presentan un rezago importante respecto al resto de la población, existiendo marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cinco principales causas en el país corresponden a enfermedades no trasmisibles, en la mortalidad indígena dos enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: las infecciones intestinales e influenza y neumonía.³³

En las comunidades indígenas tienen una prevalencia elevada las llamadas patologías de la pobreza, entre las que destacan el cólera, la tuberculosis, el

paludismo, el dengue, la lepra, etc. Al mismo tiempo, la prevalencia de enfermedades consideradas urbanas como diabetes mellitus, cáncer e hipertensión arterial han ido en aumento. El alcoholismo sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias indígenas.³³

A consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en las zonas indígenas, la baja frecuencia de notificación y la baja asistencia a los servicios de salud, existe un marcado subregistro en la información. Además, los sistemas institucionales de información, no distingue si el usuario del servicio es indígena o no. Por ello, no es posible identificar específicamente los daños a la salud que ocurre en esta población.³³

Las estadísticas revelan sólo las causas de enfermedad diagnosticada, pero no capturan el sentir indígena sobre las causas que afectan el equilibrio de salud-enfermedad, ni tampoco los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud.³³

Entre las cinco principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional reportadas por el IMSS-Solidaridad se encuentran; el mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera y la disentería.³³

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población indígena, casi el total de los partos son atendidos por parteras.³³

El principal problema de nutrición de los niños y niñas menores de cinco años es la desnutrición crónica, manifestada por retardo en el crecimiento (baja talla) en casi la mitad (44%) de la población. Otros importantes problemas de nutrición son la deficiencia de micronutrientes y la anemia, esta última, afecta a un 36% de los niños y niñas indígenas. Las deficiencias de micronutrientes también son muy

importantes en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, donde cuatro de cada diez presentan anemia, casi el doble que la población general.³³

3.7 Población en el Estado de Oaxaca

El estado de Oaxaca, que se encuentra en el sur de México, tiene 3, 228, 880 habitantes del cual el 52% corresponde a mujeres y 48% a hombres. La edad media de los oaxaqueños se sitúa en 22 años, de un promedio nacional de 24 años de edad. Del total de la población, 56.5% se ubica en el área rural y de estos 70% vive en extrema pobreza.³⁴

El 79% de la población es indígena, ocupa el primer lugar en mortandad infantil y materna, 80% de las mujeres padecen desnutrición crónica y 52% de las casas tienen pisos de tierra. La densidad poblacional es de 37 habitantes por kilómetro cuadrado; Oaxaca es una de las 10 entidades federativas del país con mayor densidad poblacional.³⁴

Oaxaca es uno de los tres estados con un índice muy alto de marginación, por lo que, cada año 400 mil oaxaqueños aproximadamente emigran para buscar mejores oportunidades de vida a los Estados Unidos y Canadá. También los migrantes oaxaqueños tienen como destinos dentro del país el Estado de México y el Distrito Federal, donde habitan (en datos del 2000) 256 786 y 183 285 oaxaqueños respectivamente.³⁴

El estado de Oaxaca tiene como base de la organización político-administrativa al municipio; el municipio se constituye por un ayuntamiento, el cual puede ser elegido por medio democrático o por usos y costumbres. Posee 570 municipios (casi el 25% del total nacional). Estos se dividen en regiones como son Región Costa, Región Sierra Sur, Región Istmo, Región Sierra Norte, Región Papaloapan,

Región Cañada, Región Mixteca y Región Centro. Dentro de la Región Costa encontramos tres distritos San Pedro Pochutla, Juquila y Jamiltepec.³⁴

Pochutla cuenta con 14 Municipios, uno de ellos Zipolite, objeto de nuestro estudio. (Imagen 1)



Fuente. Google Earth 2008



Fuente. Google Earth 2008

La población de Zipolite vive primordialmente de la pesca, para lo cual cuenta con pequeñas lanchas muy rudimentarias. Algunos habitantes tienen pequeñas parcelas donde siembran productos básicos para consumo propio y para la venta: maíz, cacahuate, jamaica, café, plátano, papaya, sandía, melón y calabaza, entre otros, o son jornaleros agrícolas y perciben entradas económicas de 30 pesos por jornada.³⁴

Las mujeres en la mayoría de los casos a los 13 años ya son madres, muchas veces sin contar con el apoyo del padre de su hijo. Son madres solteras y el único sostén de sus familias. Su participación en la vida sociocultural es definida por el rol de madres o esposas, por lo que carecen de identidad como personas independientes. Viven al día sin sentir que tienen poder sobre sus vidas u otras elecciones. Desde que nacen están descalificadas. *“fue una niña, ni modo, mejor suerte la próxima vez”* es un comentario común cuando nace una mujer. Muchas de ellas, son robadas a temprana edad por el hombre o “apartadas” por un viudo del pueblo o amigo de su padre. En algunos casos conocen a sus esposos el día de su boda.³⁴

Los jóvenes que tienen estudios no se quedan en sus comunidades por la falta de oportunidades de trabajo y desarrollo personal; por lo mismo, muchas comunidades cuentan nada más con un gran número de niños y adultos mayores.³⁴

Las etnias que se encuentran en esta zona son la zapoteca y la chatina. Los zapotecas producen principalmente jamaica y para los chatinos su principal fuente de ingreso es el café. Es común que participen en cooperativas en sus propias comunidades. La población zapoteca vive en la Costa Sur y Sierra de Oaxaca y mantiene su idioma aunque ha perdido algunas tradiciones. Muchos han sido expulsados de sus comunidades de origen por situaciones de violencia entre familias y/o pleitos por la tierra.³⁴

Los chatinos, que habitan en la Sierra de Oaxaca, en el distrito de Juquila, arriba de Puerto Escondido, todavía mantienen tradiciones culturales vivas, aunque existe diferente estratificación social al interior de los pueblos. Algunos pobladores que enfrentan extrema pobreza son empleados a jornal por otros de su misma etnia que se han desarrollado mejor económicamente.³⁴

En la zona, los conflictos derivados de las opciones religiosas—católicos, protestantes, evangélicos, testigos de Jehová o mormones— y de participación partidista define algunas actividades de las comunidades con quienes se trabaja. Por ejemplo, si en una comunidad, uno de sus representantes profesa una religión o pertenece a un partido o agrupación en la comunidad, es difícil llegar a la parte de la población que defiende este representante.³⁴

Otro aspecto importante que rodea a la población que vive en la Costa es el consumo y tráfico de drogas. Hay jóvenes, campesinos y pescadores en la zona que viven de la venta de enervantes. Los niños crecen conociendo y experimentando drogas. Algunas autoridades y funcionarios locales las distribuyen de manera abierta. La construcción de carreteras ha abierto mayores posibilidades al tráfico de drogas. En la zona se siembra también marihuana y amapola, en tanto que la cocaína llega por el mar, procedente de Centro y Sudamérica.³⁴

Las familias tienen un mínimo de siete hijos, los cuales serán la futura mano de obra de apoyo para su economía, por lo que la existencia de un hijo con discapacidad genera acomodos no siempre favorables. Estos hijos son sobreprotegidos o abandonados por sus familias.³⁴

4. Planteamiento del problema

La salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La salud y la enfermedad obedecen a los mismos factores externos e internos, por lo que se ha conceptualizado a la salud como la adaptación y equilibrio entre ambos y a la enfermedad como la desadaptación. Sin embargo, siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y enfermedad, y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa por lo que se puede conceptualizar a la salud y la enfermedad como un proceso de constante adaptación.

En México las condiciones de salud de la población indígena presentan un rezago importante respecto al resto de la población, existiendo marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad y morbilidad tanto general como específica. Por lo que en nuestro país existen comunidades que conservan cierto tipo de costumbres y tradiciones culturales; la importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas el 100% de los nacimientos son atendidos por parteras. Muchas de estas comunidades han sido invadidas por gente ajena a la comunidad, y personas de la misma comunidad migran a otros pueblos o ciudades, principalmente con el fin de buscar más ingresos y mejorar la calidad de vida de su familia, lo cual conlleva a que aparezcan variables que modifiquen la búsqueda de ayuda y de atención a la salud.

Las estrategias para explorar los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad han recurrido a la interpretación biológica, es decir a la cuantificación o diagnóstico de la enfermedad, este trabajo propone analizar este proceso desde

una perspectiva antropológica social, para identificar los padecimientos y sentir de la comunidad.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación

- ¿Qué factores socio-antropológicos influyen en la percepción del proceso salud-enfermedad de una comunidad del Estado de Oaxaca?

5. Justificación

El comprender y entender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva antropológica-social, referida desde el punto de vista de los residentes nativos de una comunidad, nos permitirá delimitar el panorama de las necesidades reales de la entidad, para la estructuración de estrategias dirigida específicamente a los miembros de la comunidad.

La migración, el género, educación, equidad, clase social, pueden ser analizados como variables que modifican la cosmovisión de los habitantes de una comunidad, estos factores pueden interactuar y definir el proceso salud-enfermedad, lo que conlleva a la búsqueda de alternativas holísticas para remediar o curar sus padecimientos, por lo que es importante comprender el significado que los pobladores tienen acerca de temas como la migración, que narren la situación que se vive cuando un familiar abandona el hogar, los motivos que los llevan a hacerlo y hacia donde migran. Además de comprender la cosmovisión y opinión sobre el arribo de nuevos habitantes extranjeros, que han llegado a radicar a Zipolite.

México es considerado como un país lleno de tradiciones y costumbres, estas se ven mayormente arraigadas en comunidades pequeñas localizadas en el interior de la República, por lo que se pretende averiguar si las tradiciones se han perdido o modificado con la llegada de extranjeros a la comunidad.

La identificación de las características de esta comunidad, nos permitirá considerar variables sociales, demográficas y culturales que participan en el proceso salud enfermedad, además de hacer inferencias culturales específicas a otras comunidades, que harán más eficientes los programas de intervención.

6. Supuestos

- El proceso salud/enfermedad se define como entidades mutuamente excluyentes más que desde una perspectiva socio-antropológica.
- El género condiciona la accesibilidad a los servicios de salud y oportunidades laborales.
- La migración tiene influencia en las tradiciones y costumbres de la comunidad.

7. Objetivos

Objetivo general:

Identificar algunos factores socio-antropológicos y culturales que intervienen en el proceso de salud/enfermedad de una comunidad indígena.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características socio-antropológico y culturales de la comunidad.
2. Identificar el significado del proceso salud-enfermedad y las variables que lo definen en la población nativa.
3. Identificar los mecanismos de búsqueda de atención a la salud.
4. Identificar las variables que influyen en el desplazamiento poblacional.

8. Material y métodos

Este estudio se llevó a cabo en Zipolite que es una comunidad perteneciente al Municipio de Pochutla, estado de Oaxaca.

Para la realización de este estudio se contó con el apoyo del Centro de Atención Infantil (CAI) Piña Palmera, la cual brindó el apoyo necesario para contactar a las autoridades correspondientes, además nos facilitó el acercamiento con los residentes de la comunidad, y nos ayudó a identificar a los líderes de la comunidad y a los fundadores, a quienes se les visitó en su domicilio. El acercamiento se hizo a través de un representante del CAI Piña Palmera.

8.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo apoyado en la metodología fenomenológica.

8.2 Muestra

El universo de estudio fueron personas de 40 años o más de vida que residían en la comunidad y que fueron pioneros en la fundación de la comunidad.

El tamaño de muestra se definió por saturación teórica y quedó conformada de 12 entrevistas.²

²Saturación teórica indica el momento de retirarse y es cuando se llega a la uniformidad en la información y se agotan las ideas.

8.3 Criterios de selección

8.3.1 Criterios de Inclusión

- Personas que aceptaron participar en el estudio
- Personas con 40 años o más de vida
- Personas con disposición para ser entrevistados
- Personas con capacidad de hablar sobre sus experiencias
- Personas con capacidad de expresar sus sentimientos

8.3.2 Criterios de exclusión

- Personas que no hablen español
- Personas que se hayan ausentado por más de un año de su comunidad

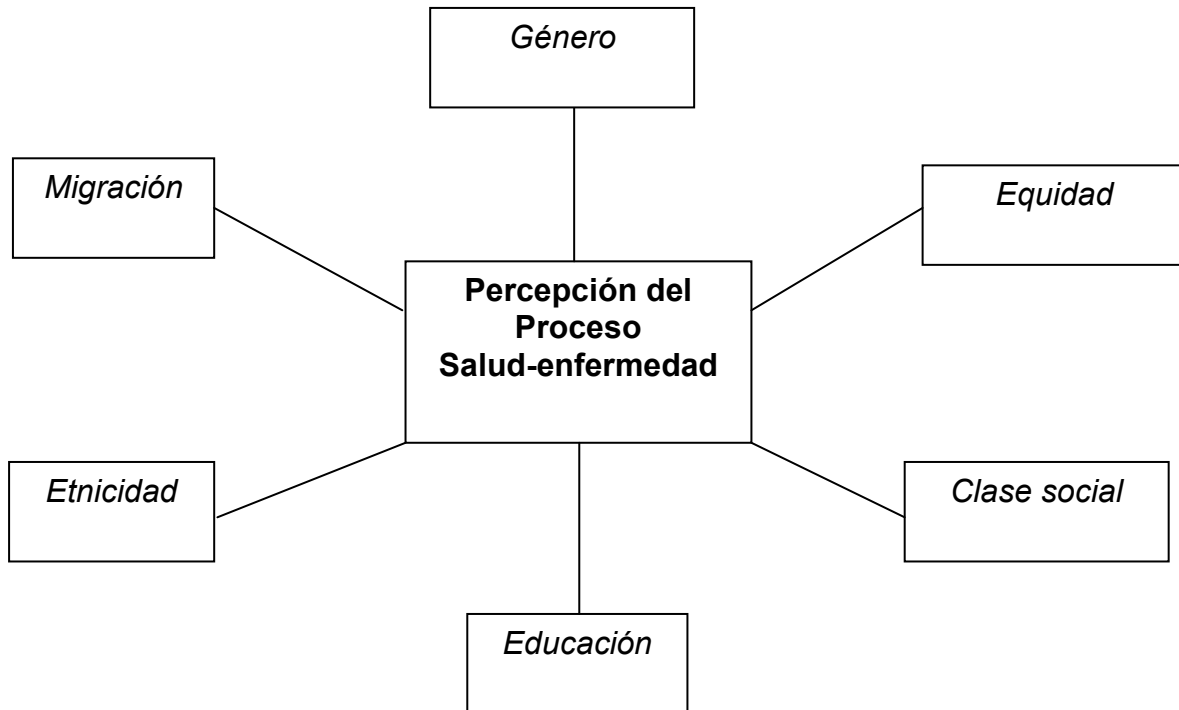
8.3.3 Criterios de eliminación

- Personas que no hayan terminado la entrevista

8.4 Variables

- Proceso Salud/Enfermedad
- Género
- Equidad
- Clase social
- Educación
- Migración
- Etnicidad

8.5 Modelo teórico



8.6 Descripción de variables

El proceso salud-enfermedad, tiene dos grados extremos en la variación biológica, que son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente, con esto entendemos que el género tiene mucho que ver, en cuanto al proceso de adaptación, un hombre por el *status* en que predomina en casa es el único que lograra adaptarse en su entorno y gozar de salud. La mujer no podrá adaptarse, porque, ella no solo debe cuidar de si misma, sino que tiene por obligación cuidar y dar prioridad a los demás miembros de la familia.

Algunos estudios sugieren que las jerarquías de valoración social de hombres y mujeres, lo mismo que sus roles, definen la dinámica de distribución de alimentos y la asignación de tiempo y recursos para el cuidado de salud en el espacio doméstico.

Por otra parte proceso salud-enfermedad no tiene prioridad a ningún nivel o clase social, no discrimina, pero, si lo llevamos a comunidades indígenas esto cambia, en estas, quien gozará de salud o quien estará con menor riesgo de no lograr una adaptación, será quien tenga o goce de mayor capital. Esto hace a la gente sin recursos más vulnerable, y por lo tanto no llegará a la adaptación.

La salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. Por lo que a mayor educación podrán interactuar de una forma adecuada entre la persona y el medio que la rodea, si no gozan de ello, no lograrán la adaptación adecuada para obtener su bienestar.

Las consecuencias que para la salud tiene el proceso de migración, Hull, concluye que “en estudios sobre emigrantes no hay una relación directa y confiable entre cambios y enfermedad ” sin embargo el supuesto de sentido común de que los inmigrantes llegados de regiones rurales que se establecieron en partes urbanas, traerá como consecuencia un cambio radical en su forma de vida y por lo tanto en este cambio de “vida” producirá que no logre mantener una interacción para lograr de nueva forma adaptarse al medio al que retornaron.

Algunos autores han afirmado la existencia de asociaciones entre etnicidad y desigualdades en la prestación y el uso de los servicios de atención a la salud, apoyándose también aquí en gran medida sobre desigualdades relacionadas con la clase social. La mayoría de las personas tienden a acudir con su curandero probablemente por la falta de dinero o solo porque creen que el chaman es quien lograra curarlos.

8.7 Procedimiento, recolección y captura de la información

Se estableció comunicación con las autoridades y líderes de la comunidad para proporcionarles información relacionada al estudio.

Previo a la aplicación del instrumento, el entrevistador se presentó y se le dio a la persona una breve explicación del estudio, además se extendió una carta de consentimiento informado (anexo 1), en caso de que la persona no supiera leer, se le leyó en voz alta y en caso de que se necesitara se le explicaron los objetivos del estudio.

Para la aplicación de la entrevista se utilizó una audio grabadora (Sony ICD-P620), la cual se colocó en el centro de conversación, al finalizar esta, se les agradeció y se les proporcionó un presente como recompensa a su cooperación. Las entrevistas fueron realizadas por dos entrevistadores que conocían la estructura y flexibilidad de esta.

El instrumento constó de dos partes, la primera se relacionó con información personal del entrevistado, la segunda fue una entrevista semi-estructurada (anexo2).

La información fue capturada por el tesista y dos pasantes de odontología, en una laptop marca HP modelo 1200 procesador Centrino Duo, en un procesador de textos (Office 2007), la transcripción fue supervisada por el tutor.

Para el análisis de la entrevista, el primer paso consistió en su transcripción literal en el procesador de textos Word 2007 y se guardó en el formato Rich Text Format (rtf), posteriormente se pasó al programa ATLAS.ti 5.0. En este paquete se enumeraron los renglones de la transcripción y se ordenó el texto de la entrevista en forma de columna, con el fin de facilitar la codificación y el uso de notas. Se contemplaron siete grandes temas, con la ayuda del software se crearon quince temas en las doce entrevistas, de estos se obtuvieron 113 notas. Se analizaron 288 renglones, el número de palabras transcritas fueron 24,293. LA codificación y análisis fue realizada por el tesista y el tutor.

8.8 Aspectos éticos

Para el desarrollo de este estudio se tomaron en cuenta los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la que considera los puntos:

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, y la salud, la intimidad, y la dignidad del ser humano.

20. Para tomar parte de un proyecto de investigación los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos y métodos, fuentes de financiamiento posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador esta obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados, se deben publicar tantos los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben de estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta declaración no deben de ser aceptados para su publicación.³⁵

Además se tomaron en cuenta los principios de Código de Nuremberg relacionados al consentimiento voluntario y la libertad de decidir la participación en el estudio. Además de ser de su conocimiento la naturaleza, duración y objetivos del estudio; los métodos y procedimientos de cómo se llevo a cabo.³⁶

Finalmente con relación al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. En su capitulo II de la investigación en comunidades:

Artículo 28. Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles con el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

Artículo 29. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal obtendrá la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a los que refiere los artículos 21 y 22 de este reglamento.

Artículo 30. Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad legal sobre la comunidad. En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en la libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio.

Artículo 31. Las investigaciones experimentales en comunidades solo podrán ser realizadas por establecimientos que cuente con autorización previa de la secretaria para llevarlas a cabo sin perjuicio de las atribuciones que correspondan a otras dependencias del ejecutivo federal, y hubieran cumplido, en su caso, con los estudios de toxicidad, de acuerdo a las características de los productos y el riesgo que implique para la salud humana.

Artículo 32. En todas las investigaciones en comunidades el diseño experimental deberá ofrecer las medidas prácticas de protección para los individuos y asegurar que se obtendrán resultados válidos, haciendo participar el mínimo de sujetos que sea representativo.³⁷

9. Resultados

Se aplicaron doce entrevistas, nueve fueron mujeres y tres hombres, la edad promedio fue de 66 años, con respecto a la escolaridad nueve refirieron no tener ningún tipo de estudios, dos tener solo la primaria y uno la preparatoria, la mayoría se dedica al hogar y a la cocina, solo dos de ellos fueron jornaleros. Con respecto al estado civil cinco estaban casados, tres solteros, tres en unión libre y un viudo. El número de hijos en promedio es de casi seis hijos por persona con un intervalo de dos a diez hijos, con respecto a su origen, tres de ellos refirieron ser oriundos de Zipolite el resto provienen de diferentes comunidades. Cuadro 1

Cuadro 1. Características sociodemográficas de doce residentes de la comunidad de Zipolite perteneciente al municipio de Pochutla Edo. De Oaxaca.

Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Número de hijos	Lugar de nacimiento
74	H	Ninguna	Jornalero	Unión libre	9	Sn. Joaquín Jojutla
53	M	Ninguna	Cocina-Hogar	Soltera	3	Sta. María Huatulco
47	M	Preparatoria	Terapeuta física	Soltera	2	Distrito Federal
70	M	Ninguna	Hogar	Casada	7	La Luz Tultepec
89	H	Primaria	Campo	Viudo	10	Sta. María Huatulco
77	H	Ninguna	Hogar	Casado	7	San José Chacalapa
68	M	Ninguna	Hogar	Casada	7	San José Chacalapa
51	M	Ninguna	Hogar	Unión libre	3	Zipolite
45	M	Ninguna	Hogar	Casada	4	Zipolite
44	M	Primaria	Hogar	Unión libre	3	Zipolite
60	M	Ninguna	Cocinera	Soltera	8	Pochutla
66	M	Ninguna	Hogar	Casada	7	Miahuatlan

Fuente. Directa Promedio de edad: 66 años (44 a 89 años)

La entrevista consistió en 16 preguntas de las cuales cuatro tenían la flexibilidad para ser ampliadas en el momento de su aplicación.

Los resultados se presentaran en dos secciones, la primera se relaciona con el proceso salud-enfermedad y los mecanismos implicados para la búsqueda de atención; la segunda, a aspectos relacionados con las características de la comunidad y algunos factores que intervienen en su modo de producción.

Salud

Después de identificar algunos datos personales, se procedió a la identificación del primer gran tema “la salud”, la pregunta se planteó como: ¿Para usted que es salud?, esta se tuvo que ajustar en algunos caso a ¿para usted que es estar sano?

La percepción de la salud fue referida como el bienestar físico, el estar bien del cuerpo, además consideran factores como: la familia, la sociedad y lo emocional como parte de su bienestar.

El significado que tiene la salud para los residentes de la comunidad posee un carácter funcional, es decir, el gozar de salud les permite realizar actividades como: comer, trabajar, caminar, platicar y estar tranquilo.

También refirieron aspectos relacionados con la higiene de los alimentos y la calidad y origen de estos para garantizar su salud.

- TGH: *“pues para mi tener salud es estar bien del cuerpo o de alguna parte del cuerpo, es este lo más principalmente, de no sentirse molesto, pienso que es tener salud, comer bien...”*

- DS: *“pues yo digo que vivir tranquilo, comer bien, verdad, dormir bien, no tomar no fumar...”*

Enfermedad

El segundo gran tema fue “la enfermedad”, que se planteó: ¿Qué es enfermedad?, esta pregunta fue de respuesta directa y no se ajustó en ninguna de las personas entrevistadas.

La percepción de la enfermedad la refieren con características de ser limitante y discapacitante, además de causar sufrimiento. Las manifestaciones de estar enfermo las exteriorizan con malestares como: calentura, dolor de cabeza, diarrea, gripa y en algunos de los casos porque les dio el “aire”, además relacionan a la enfermedad con un carácter religioso, como se hace evidente en el siguiente fragmento de una persona que esta enferma del corazón y que cuando estaba trabajando en el campo sintió un fuerte dolor en el pecho:

- FMG: “hay diosito lindo yo no tengo la culpa ni tu, por querer limpiar mi milpa mira como estoy aquí, que aquí voy a morir; sabes que al morir aquí dios, Jesús, al morirme aquí como voy a ir pa´ bajo voy a rodar; dame chance bajar, bajar a mi casa dame permiso ya que yo llegue a mi casa no le hace que me muera estoy dispuesto a la muerte o a vivir...”

Además consideran a la enfermedad como consecuencia del abuso físico por las excesivas jornadas de trabajo, así como el consumo excesivo de alcohol que llegan a tener y en muchas ocasiones lo asocian al descuido de su persona, como lo refiere un campesino:

- TGH: “por descuido, el trabajo, hacer fuerza porque como yo empecé a trabajar muy chico, a la edad de 8 años ya era yo del campo trabajador..., trabajaba 12 horas...”

Una persona entrevistada, mencionó con respecto a la experiencia de enfermarse, que los padecimientos no se quitan, y que solo se controla como lo menciona a continuación:

- MPG: *“sabe que ahora si que pues enfermedades entran y salen algunos y otros pues ahí estamos sufriendo con la enfermedad y no nos curamos y no se nos quitan...”*

De las personas entrevistadas se identificaron algunas que tenían padecimientos crónicos, en ellos, la experiencia de enfermedad se manifestó de dos maneras, por un lado, logran adaptarse y vivir con la enfermedad:

- DS: *“me tengo que acostumbrar para tener la vida otra vez y solamente así estoy tranquilo...”*
- SRM: *“pues sana, sana, no te voy a decir que sana, porque soy hipertensa osea que si padezco de la presión alta y sana no estoy, pero tampoco que digas enferma, yo me siento sana...”*

Y por el otro lado, vivir de la enfermedad, en la que factores como la soledad, el abandono, la discapacidad y el deterioro físico, hacen que su postura sea fatalista y de sufrimiento.

- FMG: *“la enfermedad viene a fregar la vida...estoy mas conforme que si dios me muriera ya estoy al lado de el...”*

La cosmovisión de la Enfermedad involucra aspectos relacionado con lo mágico-religioso, la disfuncionalidad, el sufrimiento, el descuido y el abuso físico refiriéndonos a las excesivas jornadas de trabajo; que a diferencia del concepto de salud, este tiene un carácter más funcional y ambiental.

Proceso salud-enfermedad

Otro de los grandes temas fue el “Proceso Salud-Enfermedad”, se preguntó ¿Cree usted que la salud y la enfermedad tienen alguna relación?, esta se tuvo que ajustar y plantearse de diferentes maneras; para la mayoría de los entrevistados fue complejo tratar de asociar a la salud y la enfermedad.

Para la mayoría de las personas entrevistadas, tanto la salud como la enfermedad no guardan ninguna relación directa, consideran que se esta sano o se esta enfermo. Sin embargo, algunos refirieron que el descuido genera enfermedad.

- TJC: *“por ejemplo, salud osea, si tienes salud estas bien, estas bien en todo, si estas enfermo, pues no tienes salud no, no te encuentras bien contigo mismo...”*

Con relación a las enfermedades pasadas, la mayoría de las personas mencionó haber padecido enfermedades infecciosas como: sarampión, varicela, gripa, tos e infecciones gastrointestinales, además algunos refirieron padecer enfermedades crónicas como: diabetes, hipertensión y angina de pecho.

Búsqueda de atención medica

Referente a la “búsqueda de atención medica” se identificó que antes de solicitarla, recurren de primera instancia a los remedios caseros, a la medicina tradicional con yerbas e infusiones, cuando esta no genera mejoras, recurren a la automedicación para aminorar el malestar, dejando como última instancia la visita al médico.

- TJC: *“pues ahora si es una gripita común y corriente te lo curas ya sabes, que con un desenfriol o algo; pero si es una tos que ya es crónica que ni con el té ni con la pastillita yo la verdad me voy corriendo al médico, tenemos médico de cabecera o por teléfono me dice sabe que: déle esto o ráigamelo o el viene pa´ acá en caso de que uno no puede ir...”*

Al médico se recurre cuando la enfermedad ha generado pérdida de la función o cuando notan algún cambio físico y perciben que ya no es normal.

- E: *¿alguna otra enfermedad que haya padecido?*
- TGH: *“nada más de la hernia también...”*
- E: *de la hernia, hernia de ¿qué tipo? ¿dónde fue?*
- TGH: *“de este, cómo se llama, de esta parte de acá ...”*
- E: *¿el abdomen?*
- TGH: *“esto de acá...”*

- E: *¿y en que momento se dio cuenta que la tenía?*
- TGH: *“que estaba saliendo...”*
- E: *¿qué se estaba saliendo? y en el momento que se dio cuenta que salía ¿fue al medico o espero algún tiempo?*
- TGH: *“fui al medico para que el me dijera que era lo que estaba sucediendo conmigo...”*

Los cambios en la búsqueda de atención son evidentes, en las personas que padecen una enfermedad crónica, debido a que por sus condiciones se ven obligados a consultar directamente al médico.

- E: *¿y que fue lo que le paso en el corazón?*
- D: *“pues como una gota, pero es una angina de pecho...”*
- E: *¿y acude al medico cuando ya se siento mas mal?*
- DS: *“cuando me siento mal, ya me voy a la clínica de Huatulco unos tres cuatro días, me llevan allá y me reciben, ya he ido cuatro veces, a Oaxaca también me llevan...”*

En algunos de los casos existe resistencia a la búsqueda de atención médica, y cuando lo hace es por alguna urgencia, además de tener ideas poco claras de la medicina alópata e incluso por considerar que los médicos más que hacer un bien, buscan solo su remuneración económica:

- FMG: *“cuando me di cuenta me están hablando digo ¿quienes son ustedes? soy fulano aquí la doctora... [Urgencia]... yo dije ustedes no me van a sanar lo único es que me van a chingar el dinerito que traigo, eso si me lo van a quitar...”*

Además consideran que el consumir medicamentos por tiempo prolongados tiene otras consecuencias “lo curan de una cosa y se enferma de otra”

- TGH: *“ya pues si siento algo acudiré con un curandero, pero ya no quiero medicina, por que es mucha...me compone de algo y me descompone de otra cosa...”*

En uno de los casos, la persona entrevistada no era responsable de la búsqueda de atención, son sus hijos los responsables de llevarla al médico cuando estos se dan cuenta de que esta enferma.

- MPG: “cuando uno esta malo pues lo ven a uno los hijos y dicen no pues te voy a llevar al doctor...”

Causalidad

Otro de los grandes temas fue la “causalidad” de la enfermedad la pregunta se planteo como: ¿Por qué usted cree que se enferma?

Las enfermedades que han experimentado las personas entrevistadas en su mayoría han sido de carácter infeccioso por lo que consideran al descuido personal, la mala alimentación, la higiene deficiente y la calidad e higiene con la que se preparan los alimentos, como las causas por las que se enferman.

Por otro lado, en el caso de las personas que padecen de enfermedades crónicas, identifican al estilo de vida y el estrés, como causantes de la enfermedad:

- ARJ: “con el estrés, por que yo demasiado estresada entonces al estar demasiado estresada dejo de tomar líquido en cantidad me disminuyo, entonces empiezo a expresarme a acumular es que cuando me enfermo estoy muy estresada...la presión a veces en el trabajo o en la casa de alguna actividad que algo que me tenga así...”

Además consideran que la enfermedad que padecen los hace más susceptibles a presentar otras enfermedades o complicaciones propias de la enfermedad. En el caso de una persona que padece de hipertensión arterial considera que las preocupaciones son una de las principales razones por las que se enferma:

- SRM: “pues yo creo que están las preocupaciones las de todo, de todo tiene un poco...”

La explicación de la enfermedad desde un enfoque mágico religioso también se hizo evidente en una personas que padece de diabetes, mencionó que Dios es el que decide que tan sano y que tan enfermo puede estar, además considera a la

enfermedad como parte de un castigo por los maltratos e infidelidades a su esposa.

FMG: “diosito: dame chance por favor dame chance bajar a mi casa bajando a mi casa si voy a morir ya estoy a lo que tu digas... gracias dios, ya me quitaste el dolorcito ya no siento ya me quitaste el vomito; pero lo que te prometí antes te lo sigo prometiendo llegando a mi cama tu dices te mueres ni modos estoy dispuesto... y por que todavía me tienes aquí, ¿porque? yo le platico solo a dios hay perdóname, digo ¿que hice?, tu sabes que de joven fui bien cabrón y culero cuando esta yo mas joven, cuando tenía yo todo, como me acuerdo con mi esposa, que hoy, ella me cuida y esta conmigo y fui tan malo con ella, a mi no me da pena decirte, fui... a ella me gustaba dejarla sola aquí o en la playa dejarla e irme con otra mujer, eso si me gustaba a mi, como había dinero; había vida, ahora si vieja perdóname y doy gracias a dios de que estés conmigo...”

La sensación de malestar origina que las personas busquen la manera para remediar sus padecimientos, esto motiva a que recurran a alguna alternativa para conseguir este objetivo, los remedios que ellos emplean a continuación se describen:

- GMO: “lo pongo a hervir ¿no? le quita uno la goma ¿no? toda la gomita y esta la pones a hervir, cuando esta hirviendo el agua le dejas caer la pura goma y le pones un pedacito de canela ya con esto hierve ya te lo tomas con miel... es el té de sábila con canela...” [Remedio usado para la tos y gripa]

- FMG: “el palo grande, le quitan la cáscara al palo y luego lo echan en una olla a hervir ya que hirvió bien espera uno a que se enfríe y lo cuele y lo toma... [Remedio empleado para controlar la hiperglicemia].

Aunque las características históricas y culturales de esta comunidad, no son muy antiguas, el uso de los remedios a través de tés o hierbas no son una tradición arraigada, e incluso algunos refieren con poca precisión el nombre o la manera de hacer la preparación; el remedio lo consumen porque fue consejo de un familiar o el vecino. Sin embargo, las personas tampoco se identifican con la medicina alópata, por lo que alternan los remedios con los medicamentos.

Cuidados

Otro de los grandes temas fue “los cuidados” y su relación con el género, la pregunta se planteo como: ¿Usted como hombre o mujer, recibe los mismos cuidados? y ¿Cuándo la mujer se enferma quien la cuida? Las diferencias en relación a los cuidados recibidos, evidencio discrepancias referentes al género. Las mujeres manifestaron que las responsables de sus cuidados cuando esta presente algún evento morboso, son ellas mismas:

En algunas ocasiones los cuidados hacia las mujeres son responsabilidad de sus hijos, hermanos y muy esporádicamente su esposo.

- GMO: *“a veces cuando están mis hijos, ellos son los que me cuidan...”*

- MPG: *“cuando uno esta malo, pues lo ven a uno los hijos y dicen no pues te voy a llevar al doctor...”*

Además se identificó que las mujeres resisten más la enfermedad, e incluso manifiestan que la ignoran y así se cumplen sus jornadas laborales:

- GMO: *“si no, no le hago caso a la enfermedad me voy a trabajar así numas ando...”*

- ARJ: *“por que así podemos estar enfermas y aun así damos... seguimos manteniendo nuestro ritmo de trabajo...”*

La ayuda en los cuidados de las mujeres esta a cargo de otras mujeres, ya que se considera que existe mayor confianza entre personas del mismo género.

- ARJ: *“me cuidó mi amiga y después, este me fui a casa de mi abuela en ese entonces tenía yo... estaba mi abuela y mi abuela fue la que me cuido... unas semanas...”*

En el caso de los varones, las responsables de sus cuidados son las mujeres, esposa e hijas.

- DS: *“pues mi hija, esta muchacha que se acaba de ir, son diez pero una es la que esta conmigo, la que vive aquí, ella esta al pendiente de todo...”*

La figura masculina, tiene una imagen de resistencia y de fuerza a la enfermedad o de que nunca se enferma.

- MPG: *“...mi marido ¿no? mi marido no, el no se enferma ¿no? Es muy poco y como yo estoy pues cuando el se enferma pues yo veo por el, yo tengo que verlo, y ahí pues no se meten mis hijos no, pues no se a lo mejor ya andando solo pues ya será diferente, ya una persona por ejemplo que ya no tenga su pareja pues yo pienso que si es diferente, pero si el, si ese hombre este se estima el mismo y tiene que ver por su salud, por su persona, por su aseo, yo pienso que... o hasta más...”*

Las características que se relacionan con el género hacen evidente que por el tipo de actividad física y laboral el hombre es prioritario para recibir atención médica:

- E: *¿usted cree que como mujer usted tiene los mismos derechos de ser atendida que un hombre?*
- PMV: *“no...no”*
- E: *¿por qué?*
- PMV: *“porque el hombre tiene diferentes trabajos...”*

Las mujeres recurren al remedio casero y manifiestan mayor tolerancia al malestar, antes de solicitar atención, además de que consideran que las características biológicas y reproductivas hacen evidente estas diferencias.

- ARJ: *“de preferencia se atiende primero al varón si, incluso la mujeres la mayoría con remedios caseros nos atendemos y el hombre no, el hombre con el remedio si a los dos días el remedio no le esa haciendo efecto luego, luego se va al médico...”*

Los varones acuden inmediatamente al médico en comparación con las mujeres, con la finalidad de regresar pronto a sus actividades laborales.

Transición epidemiológica

La “transición epidemiológica” se consideró como uno de los grandes temas, la pregunta se planteó como ¿Ha notado cambios en salud de la comunidad por la gente que se va y la gente que llega?

Los cambios en la salud de la comunidad, están más relacionados a los estilos de vida, los cuales se han ido modificando por las necesidades económicas del lugar, debido a que es una comunidad que depende del turismo y este no es constante, algunas personas se han visto obligadas a salir de Zipolite para tener mejores percepciones económicas; la migración y regreso de los habitantes han generado la adopción de nuevos hábitos e incluso de enfermedades de transmisión sexual.

Las personas refieren que actualmente el cáncer y el VIH son enfermedades que se escuchan con más frecuencia, las cuales han generado el fallecimiento de algunas personas.

ARJ: “...aquí no sabíamos lo que era enfermedades, lo que era el SIDA por ejemplo, últimamente se ha dado mucho por la misma emigración que hubo de acá de los de mucha gente que se fue acá de la zona y luego regreso, nosotros no sabíamos de esas cosas y últimamente sabemos de mucha gente que por equis razón murió, o el cáncer pues, si a veces moría la gente aquí pero que era o que pudo haber sido un cáncer lo que lo mato ahora si sabemos que hay gente que esta muriendo de cáncer, que esta muriendo de SIDA, que esta muriendo de enfermedades actuales...”

Además consideran que las enfermedades nuevas son caras y los tratamientos se tienen que llevar a cabo en la ciudad de Oaxaca o en la ciudad de México.

ARJ: “pues han tratado de irse hasta la ciudad de Oaxaca o la ciudad de México los que tiene recursos... los que no tratan de atenderse aquí en los hospitales, en el hospital de aquí de la zona y si corren con la suerte de que los envíen a Oaxaca y encuentren un buen médico que los mueva un médico pues adelante y si tienen la solvencia, por que los que les... muchos de ellos llegan a ir a la ciudad de Oaxaca o la ciudad de México pero la

solvencia del medicamento para ellos es muy costoso todos sabemos que un tratamiento de SIDA o de cáncer pues esta arriba de... una medicinita nada mas de 20 pastillitas esta arriba de mil de dos mil pesos y la mayoría de nuestra gente no tiene..."

También identifican que la adquisición de nuevos hábitos se debe al contacto que se tiene con otras personas ajenas a la familia, además de que consideran que el fenómeno de migración a generado que las personas que migran y regresan traen consigo nuevos hábitos entre ellos el consumo de drogas y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

MGJ: "pues yo pienso que por la gente que se van, regresan, hay muchos hombres y mujeres que se van al extranjero y que allá se meten con personas infectadas y regresan y..."

Medicalización

Uno de los temas que se identificaron fue el de la "medicalización", la medicalización en esta comunidad la refieren como: que recurren al médico cuando las alternativas empleadas no han funcionado e incluso el dolor o la complicación es la condicionante para visitar a éste.

Además consideran que las enfermedades no son nuevas, que siempre han estado presentes, esto se puede atribuir al proceso de medicalización en el que anteriormente estaba presente el malestar, a partir de la incorporación del médico y su visita a este, se dan diagnósticos y por lo tanto una etiqueta al padecimiento para finalmente se considera como una enfermedad.

TJC: "pues enfermedades pues ahorita no se; por ejemplo se va desarrollando ahorita enfermedades que conocíamos con un nombre o con otro nombre, ahorita se conoce con un nombre moderno, pero pues las enfermedades van ahora si saliendo, no es por que el extranjero la traiga, sino que ya la traemos y que numas se van desarrollando..."

La otra sección de la entrevista consistió en preguntas dirigidas a identificar las características de la comunidad y algunos factores que intervienen en su modo de producción.

Migración

La “migración” fue otro de los grandes temas. Esta comunidad depende del turismo para tener mejores ingresos, sin embargo esto se da por temporadas, por lo que algunas de las personas entrevistadas manifestaron que algunos de sus familiares salen de la comunidad en búsqueda de mejor oportunidades de trabajo y regresan en temporadas donde el hay turismo.

- *TJC: “pues para vivir aquí, aquí es un pueblo, y aquí vivimos del turismo, el turismo no es permanente el turismo viene en diciembre, semana santa...mi esposo ahorita; ahorita que son las vacaciones de verano; y el demás tiempo no hay turismo entonces no habiendo turismo no hay dinero, y lógico aparte de que es de allá va a ver a su familia y aprovecha para trabajar...”*

Algunas otras establecen su vida fuera de la comunidad, debido a que empiezan su vida en pareja.

- *MCC: “por ahí se encontró a su novio y se casaron y mi hijo lo mismo por ahí se fue y allá encontró a su esposa...”*

El arribo de extranjeros que llegan a vivir a la comunidad, tiene para la mayoría de las personas entrevistadas, un sentido positivo, porque lo asocian a un incremento en oportunidades de trabajo, mayor llegada de turismo, además han hecho propuestas ecológicas relacionadas con el reciclado de plásticos y de pilas alcalinas.

- *DS: “mucho gringo se esta metiendo y haciendo casa y le dan trabajo al pobre...”*

Dos personas refirieron un sentido negativo, expresando que los extranjeros les mal baratearon sus tierras y en algunos casos los despojaron de ellas, que algunas veces los extranjeros hablan mal de los residentes. Sin embargo el testimonio de estas personas no coincide con las demás.

- PMV: “...malo porque a veces lo echan a la lumbre a uno...”

- FMG: “si, han ido hacer por su cuenta ellos otras cosas, y a los más pobres ora si hablando así chingando a la gente...”

Modificación de tradiciones y costumbres

A las personas entrevistadas se les cuestionó con respecto a las “modificación de las tradiciones y costumbres”, a lo que refirieron que estas han sufrido cambios por las nuevas generaciones y por la prioridad de vivir de sus negocios:

Además consideran que ha existido poco refuerzo por parte de la comunidad para conservar sus tradiciones y costumbres y por lo tanto se han ido perdiendo poco a poco.

- TJM: “yo diría que se están olvidando las tradiciones...”

Una característica importante del lugar de estudio es que los fundadores de la comunidad refieren que la integración de la esta se formó con gente que venía de diferentes pueblos, al llegar a Zipolite se establecieron y se expropiaron de las tierras (cuadro 1), sin embargo no conservaron algún dialecto o alguna tradición de origen; los residentes fueron adquiriendo sus tradiciones y costumbres sin imponer las de cada uno por lo tanto no se identificó etnicidad alguna.

En esta comunidad se hacen evidentes dos escenarios, por un lado las personas que viven y dependen del comercio en la playa y por otro las que viven en el pueblo.

Estos escenarios hacen evidente la adquisición o pérdida de tradiciones y costumbres, en algunos casos mencionan que cada vez la gente se conoce menos:

ARJ: “te digo que nosotros, al menos que sea muy conocida la persona pues por ejemplo antes si alguien caía en una enfermedad, siempre lo estábamos acompañando siempre lo íbamos acompañando entre los conocidos entre los que vivíamos acá, ahora si sabemos que alguien pero si no lo conoces si no es alguien allegado a ti pues ni modo y antes no sabías que si el hijo de Don Timo, estaba enfermo ibas a verlo aunque sea para saludarlo, ahora escuchas que el hijo de fulano de tal esta enfermo pero pues quien lo conoce mas que el...”

Educación

Con respecto a la “Educación”, se encontró que de las doce personas entrevistadas, nueve personas no refirieron tener ningún grado de estudio, dos personas cuentan con primaria y solo una persona mencionó tener preparatoria siendo este el grado más alto de estudios.

Algunos mencionaron que sus hijos asisten a la escuela y en ocasiones los mandan a otros poblados o a la capital del estado, con el fin de que continúen sus estudios

- *MPG: “... nada mas tengo en Oaxaca pero son poquitos, bueno una se fue a estudiar y otra a terminar su carrera pero no esta muy lejos para mí...”*

Las personas que no cuentan con estudios, refieren recibir un trato igual a cualquier persona al momento de solicitar algún servicio de salud, pero la poca o nula educación que tienen, los coloca en desventaja porque muchas veces no llegan a entender la magnitud de sus padecimientos y toman muy a la ligera o simplemente descalifican a las recomendaciones de los doctores.

Equidad

Con respecto a la “equidad”, dentro de la comunidad se diferenciaron dos zonas, el primero corresponde a las personas que viven en la playa y el otro corresponde a los que viven sobre la carretera y pendientes.

En las personas que se encuentran en la playa se observó que viven con preocupación económica, la mayoría tiene locales y vive del turismo por lo tanto se evidencia un nivel económico más elevado, esto se hizo evidente en la búsqueda de atención médica, la mayoría la hace con un carácter más privado e incluso acude a poblados vecinos y en búsqueda de otros médicos, sin importar el costo.

El otro grupo de personas, que viven sobre la carretera y pendientes notamos que ellos no tienen tiendas, la mayoría se emplea en otro tipo de trabajos e incluso tiene que trasladarse a otros poblados para conseguir empleo, en cuanto a la búsqueda de atención la mayoría recurre al centro de salud de la comunidad y si la enfermedad es más grave o necesitan otro tipo de atención, van a Pochutla o Huatulco.

10. Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna o Carta Constitucional (1946) definió a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”,³⁰ para San Martín la salud y enfermedad, son dos grados extremos en la variación biológica, son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente. Por lo tanto, un “individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía o adaptación física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte), en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo.³¹ En nuestro estudio observamos que la conceptualización de la salud y la enfermedad se semejan a lo propuesto por la OMS, es decir, son procesos completamente excluyentes; el significado de salud se asoció con un carácter positivo y lo definieron como el bienestar físico el cual les permitirá desenvolverse dentro de la comunidad y realizar todas las labores diarias, en cambio la enfermedad, la asociaron a un carácter completamente negativo, la definieron como limitante y discapacitante, el cual causa sufrimiento y que en algunos casos los aleja completamente de la vida laboral y social en la comunidad. Además la mayoría de las personas atribuyen a la enfermedad con un carácter infeccioso, al descuido personal, la mala alimentación, la higiene deficiente y la pobre calidad con la que se preparan los alimentos.

En algunos casos se refirió a la enfermedad con un enfoque mágico-religioso, refiriendo a la enfermedad como un castigo ante sus comportamientos.

Con respecto a la enfermedad y la búsqueda de atención se identificó que la mayoría de las personas antes de acudir al médico, realizan remedios caseros con

yervas e infusiones o al consumo de fármaco, y si el malestar persiste, recurre a la búsqueda médica.

De acuerdo a lo referido por Ruth Gubler, el conocimiento de la medicina tradicional indígena procede de una gran variedad de fuentes, como son textos, traspaso oral de conocimientos medicinales y el uso popular doméstico de hierbas. Esta tradición que se basa en la profesión de los curanderos y *h-menes* quienes hoy en día siguen desempeñando un papel muy importante y necesario dentro de las comunidades tradicionales. Sin embargo, poco a poco se está debilitando la práctica de la medicina tradicional, ya que en pueblos pequeños ha aumentado la presencia de centros de salud, consultas médicas y farmacias, y ya los miembros de la comunidad no acuden exclusivamente al curandero.³⁸ En nuestro estudio se identificó que la gente sigue utilizando la medicina tradicional como el uso de tes, el uso de baños o realizar limpias con yervas, pero estos remedios los hacen ellos o miembros de sus propias familias y han dejado a un lado la visita al curandero, debido a que algunas personas consideran que los curanderos provocan un daño y los asocian con brujos o simplemente no creen en ellos. Se encontró que las personas que padecen de enfermedades crónicas han dejado la medicina tradicional y se han avocado exclusivamente a buscar la ayuda médica de forma inmediata.

Ruth Glaber describe claramente que la tradición se va perdiendo debido al gran avance y modernización a la que nos encontramos día con día y además que los jóvenes van perdiendo el interés y tal vez en un futuro todo quedara en manos de la medicina alópata.³⁸

La identificación de los conceptos de salud y enfermedad nos permitió hacer evidente el concepto de clase social como es descrito por Roberto Castro, que considera “que las personas de clase social baja viven más temerosos de las enfermedades graves que las de clases media y alta; y señala la sensación

característica de clases bajas de tener poco o nulo control sobre sus vidas y circunstancias, lo que determina de manera decisiva la manera en la que enfrentan la enfermedad cuando esta se presenta”,³⁹ un ejemplo de esto es lo que refieren con respecto a la evolución y deterioro de las personas con padecimientos crónicos como la diabetes.

Informes relacionados con el género en pueblos indígenas realizado en 2004, mencionan que el género es la visión de las relaciones de los dos sexos, no solamente en términos del análisis de la división sexual del trabajo, sino de cómo se ven los hombres y mujeres de una cultura a si mismos. En el caso de las poblaciones indígenas las relaciones de género se basan por un lado en el comportamiento culturalmente adecuado identificado para cada sexo. Ello es resultado de una construcción cultural propia, pero a su vez existe una apropiación de comportamientos impuestos por las sociedades llamadas hegemónicas.

En muchas sociedades indígenas la diferenciación entre géneros es muy marcada puede notarse por ejemplo en diferencia de roles, de vestimenta, de tareas y actividades definidas como femeninas y masculinas. Sin embargo, puede decirse que con el pasar del tiempo incluso el acceso a los recursos naturales ha cambiado y como resultado de esto algunas transformaciones socioeconómicas derivado en cambios de las relaciones de género. Opiniones de mujeres indígenas coinciden en que no solamente se trata de fomentar ciertos tipos de autonomía y espacios de poder propios, o acceso a recursos y tecnologías que hasta ahora solamente acceden los hombres.⁴⁰ Lo que se encontró en este estudio fue que todavía se encuentran grandes diferencias en cuanto a igualdad entre hombres y mujeres, ellas son responsables de sus propios cuidados y los de los integrantes de su familia, además que en ocasiones tienen que cuidar a otras mujeres porque consideran que entre personas del mismo sexo hay más confianza. Se encontró que ven la masculinidad con un carácter de resistencia y de fuerza a la enfermedad, y que el hombre por el tipo de trabajo tiene prioridad para recibir

atención médica. En el caso de las mujeres recurren al remedio casero y manifiestan mayor tolerancia al malestar, antes de solicitar atención, además de que consideran que las características biológicas y reproductivas hacen evidente estas diferencias. Zolezzi, nos indica que a pesar de que se han hecho intentos por lograr una igualdad de género, y lograr que las mujeres desempeñen papeles dentro de la comunidad no han dado resultado en poblaciones mexicanas.

Para Eduardo Menéndez la medicalización, es un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos.⁴¹ Según Roberto Castro, la medicalización se ha impuesto en la mayoría de los problemas de salud de los individuos, a quienes una visita al doctor parece ser la solución lógica de sus problemas. En nuestro estudio se observó que se recurre al médico cuando las alternativas empleadas no han funcionado e incluso el dolor o la complicación es la condicionante para visitar a éste, además refieren que siempre han estado los malestares y que actualmente el médico diagnostica y le da un nombre a la enfermedad. Sin embargo, encontramos que algunas personas refieren que hay nuevas enfermedades como por ejemplo el SIDA o el Cáncer; para algunos el SIDA ha sido consecuencia directa de muchos habitantes que han migrado a EU y que al momento de regresar con sus familias las contagian.

Estudio sobre migración indígena nos indican que no es un problema nuevo en México, en los últimos 30 o 40 años, la migración indígena ha tendido a intensificarse y diversificarse y se ha insertado en las grandes corrientes migratorias nacionales. Podría suponerse que desde la década 1980-1990, y siguiendo la tendencia nacional, al menos un tercio del total de la población indígena del país se ha visto involucrada en procesos migratorios. La migración afecta los modelos culturales, desde los más cotidianos y domésticos –patrones

alimenticios, casa, vestido, estructuras parentales, estrategias de relación, hábitos, concepciones del mundo, sistemas cognitivos, entre otros-, pasando por los colectivos y públicos de carácter comunitario –estructuras políticas y económicas, cosmovisiones, instituciones públicas, espacios y formas de socialización, tecnologías, sistemas normativos y organizacionales, modelos de relación e intercomunicación, sistemas ceremoniales y de cargos, etc., hasta los simbólicos.⁴²

Algunos datos nos indican que Oaxaca sigue siendo una ciudad de migrantes, más del 60 por ciento de los jefes de casa nacieron fuera de la ciudad de Oaxaca. La mayoría nacieron en los valles centrales cerca de la ciudad, es decir, viven a un par de horas de su pueblo natal, por lo que fácilmente pueden participar en el ciclo ritual de su comunidad.⁴³ Lo que se encontró en este estudio fue que esta comunidad depende del turismo, solo hay temporadas en donde hay trabajo por lo tanto algunos residentes tiene que salir de la comunidad para conseguir mejores oportunidad de empleo y mayores ingresos, y así poder regresar en la temporada vacacional en donde hay turismo. Otros miembros de la comunidad han salido de ella, por que encontraron a su pareja y viven en otro poblado. Se encontró que hay gran cantidad de extranjeros residiendo en la comunidad, y se encuentran dos posturas de los residentes, para la mayoría ven con un carácter positivo ya que ayudan al bienestar de la comunidad y respetan a sus pobladores, solo dos personas lo ven de una forma negativa y lo asocian al despojo de sus tierras y que hablan mal de ellos. La migración es un proceso que no se puede parar y que es parte del México actual, las personas lo hacen con el fin de buscar una mejor calidad de vida, lo que se identificó en la comunidad es que los nuevos residentes han aportado una gran ayuda a la comunidad, sin que ellos reciban nada a cambio.

También se observó que en la comunidad se han ido perdiendo las tradiciones y costumbres, algunos refieren que es porque la gente le da prioridad a otros aspectos como el trabajo y sus negocios y deja a un lado las tradiciones de la comunidad, otros mencionan que las nuevas generaciones han perdido el interés por continuar con las tradiciones de la comunidad y otras mencionan que es por que los adultos no han inculcado o no han reforzado a los jóvenes para que estos continúen con dichas tradiciones y costumbres, y que poco a poco se han ido perdiendo. Nosotros consideramos que el dinamismo que tiene la comunidad ha generado que se adopte nuevas costumbres y sean desplazadas las tradiciones, debido a que no es una comunidad que tener arraigado su etnicidad.

Banton,²¹ considera que la etnicidad refleja las tendencias positivas de identificación e inclusión. Otras investigaciones señalan a la etnicidad como principio organizador de la sobrevivencia económica y la autodefensa. En la encuesta de 1992, se utilizó la característica *idioma* como indicador de la etnicidad, de acuerdo con la definición oficial y la aceptada por muchos científicos sociales.⁴³ En este trabajo no se encontró etnicidad por parte de los pobladores, esta comunidad es relativamente joven y fundada por personas que llegaron de otros pueblos, la mayoría no son oriundas de la comunidad, y ninguna de ellas menciona hablar algún dialecto, además ninguna persona mencionó pertenecer a ninguna etnia de la región.

En este estudio encontramos que de las doce personas entrevistadas, nueve no tienen escolaridad, esto indica un gran rezago a nivel educativo, sin embargo, las nuevas generaciones gozan de oportunidades para estudiar y continuar con sus estudios. El aspecto negativo que identificamos fue que las personas sin estudios están en una grave desventaja, ya que al momento de recibir la explicación de su padecimiento o indicaciones por parte del médico, ellos no comprenden estas y por lo tanto no las siguen o ponen en duda la veracidad del médico.

La pobreza, la marginalidad y la exclusión se han convertido en una característica estructural para los pueblos indígenas. En los estudios comparativos existentes, las cifras de pobreza desagregadas por el origen étnico-racial muestran diferencias de varios puntos con respecto al resto de la población. En los casos más extremos, como Guatemala, México y Perú, la diferencia entre indígenas y no indígenas puede alcanzar de 20 a 30 puntos porcentuales.⁴⁴ En nuestro estudio identificamos que hay una gran diferencia entre los pobladores, por un lado se encontró diferencias entre las personas que viven en la playa y las que viven sobre la carretera y pendientes. La literatura menciona que las diferencias son entre indígenas y no indígenas, aquí encontramos que dentro de la misma comunidad hay una desigualdad, por ejemplo se pudo observar al momento de solicitar algún servicio médico, las personas que viven en la playa solicitan este servicio con un carácter más privado, mientras que los que viven sobre la carretera y pendientes buscan el servicio de asistencia social, como Centros de Salud y Hospitales.

11. Conclusión

La percepción del proceso salud-enfermedad por parte de las personas entrevistadas hacen evidente la conceptualización individualizada de la salud y la enfermedad, sin embargo, en sus discursos consideran el dinamismo que existe entre los dos concepto para poder ser funcionales.

La percepción de la enfermedad es diferente entre las personas que han experimentado alguna enfermedad grave, los que padecen de enfermedades crónicas y los que solo han padecido enfermedades infecciosas.

Se deben hacer estudios dirigidos a identificar los remedios y usos de la medicina tradicional que emplean los habitantes de las diferentes comunidades para tener evidencia científica respecto a su eficacia. Además de complementar la medicina alópata con la medicina tradicional, ya que es común en esta localidad que la medicina tradicional sea la primera opción de tratamiento.

Los programas de salud deben de contener información que haga énfasis en que la búsqueda de atención médica sea de manera inmediata antes de que se complique la enfermedad, y no la ultima opción, además se deben abordar temas de carácter preventivo.

Se deben modificar algunos estigmas sociales como la igualdad de género, para que las mujeres tengan las mismas oportunidades de ser atendidas y cuidadas.

Los factores socio-antropológicos aunados a las características demográficas influyen en el dinamismo del proceso salud-enfermedad, por lo que es importante su identificación para comprender la comorbilidad, su etiología y la búsqueda de atención, para diseñar programas que cubran las necesidades reales de la comunidad.

Finalmente proponemos el uso de la metodología cualitativa y la entrevista como métodos para obtener información que haga evidente las necesidades reales de la población.

12. Referencias

- ¹ Fernández P, García JE, Ávila DE, Estimación de la población indígena en México. La situación demográfica de México, 2002, 169-82.
- ² Consejo Nacional de Población. Indígenas por tamaño de localidad, Clasificación de localidades de México según el grado de presencia indígena. 2000, 13-22
- ³ Consejo Nacional de Población, Indígenas por tamaño de localidad, Clasificación de localidades de México según el grado de presencia indígena. 2000, 13-22
- ⁴ Castro R., La Vida En La Adversidad. El Significado De La Salud Y La Reproducción En La Pobreza. Cuernavaca Morelos, UNAM-CRIM, 2000, pag. 110.
- ⁵ Rodríguez, G. Gil, G. García, Metodología De La Investigación Cualitativa, Capítulo IV. Málaga, Editorial Aljibe, 1996.
- ⁶ Rodríguez, G. Gil, G. García, Metodología De La Investigación Cualitativa. Capítulo II. Málaga, Editorial Aljibe, 1996.
- ⁷ Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Poblaci%C3%B3n>
- ⁸ Consejo Nacional de Población, Tamaño de la población indígena mexicana, La población de México en el nuevo siglo, 105-80.
- ⁹ Consejo Nacional de Población, Tamaño de la población indígena mexicana, La población de México en el nuevo siglo, 105-80.
- ¹⁰ Consejo Nacional de Población, Indígenas por tamaño de localidad, Clasificación de localidades de México según el grado de presencia indígena, 2000, 13-22
- ¹¹ Fernández P, García JE, Ávila DE, Estimación de la población indígena en México, La situación demográfica de México 2002, 169-82.
- ¹² Disponible en: http://cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=198
- ¹³ Consejo Nacional de Población, Tamaño de la población indígena mexicana, La población de México en el nuevo siglo, 105-80.
- ¹⁴ Consejo Nacional de Población, Indígenas por tamaño de localidad, Clasificación de localidades de México según el grado de presencia indígena, 2000, 13-22
- ¹⁵ Consejo Nacional de Población, Indígenas por tamaño de localidad, Clasificación de localidades de México según el grado de presencia indígena, 2000, 13-22
- ¹⁶ Fernández P, García JE, Ávila DE, Estimación de la población indígena en México, La situación demográfica de México 2002, 169-82.
- ¹⁷ Disponible en: http://cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=198
- ¹⁸ Fernández P, García JE, Ávila DE, Estimación de la población indígena en México, La situación demográfica de México 2002, 169-82.
- ¹⁹ Consejo Nacional de Población, Indígenas por tamaño de localidad, Clasificación de localidades de México según el grado de presencia indígena, 2000, 13-22

- ²⁰ Consejo Nacional de Población, Indígenas por tamaño de localidad, Clasificación de localidades de México según el grado de presencia indígena, 2000, 13-22
- ²¹ Disponible en: http://cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=198
- ²² Susser W. & Watson W. La sociología de la medicina, Capítulo III Teorías e índices de clase social. México IMSS. 1982 Pags. 165-198.
- ²³ Claudia Infante, Loraine Schlaepfer Las variables socioeconómicas en la investigación en salud pública en México: su significado y medición. Salud Pública México. 1994; 36: 364-373.
- ²⁴ Ray Fitzpatrick y Gram. Scambler, Clase Social, Etnicidad Y Enfermedad. En: Fitzpatrick R. et al. La enfermedad como experiencia en México. FCE. 1990. Págs. 65-97.
- ²⁵ Series sobre migración Internacional. Consejo Nacional de Población. Disponible: www.conapo.gob.mx
- ²⁶ Ray Fitzpatrick y Gram. Scambler La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica. Clase Social, Etnicidad Y Enfermedad. 1990
- ²⁷ Ivonne Szasz. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. Salud, cambio social y Política; Perspectiva Desde América Latina. Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud. Edo. Méx. México 1999.
- ²⁸ Beatriz Cruz. Prioridad de atención a la salud en una muestra de personas en edad productiva. Ciudad de México 2006. [Tesis Licenciatura] México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2006
- ²⁹ Centro De Documentación, Investigación E Información De Los Pueblos Indígenas. Informe Narrativo De ONG Sobre El Foro Mundial De Pueblos Indígenas Y La Sociedad De La Información: Ginebra 8 Al 11 De Diciembre De 2003. Disponible: http://www.docip.org/espagnol/news_sp/informeGFIPIS_esp.rtf
- ³⁰ Piedrola G., Medicina Preventiva y Salud Pública, 9° edición, Edit. Ediciones Científicas y Técnicas S. A. , 1992, España
- ³¹ San Martín H., Salud Enfermedad, 4° Edición, Edit La Prensa Médica Mexicana, 1981, México.
- ³² Álvarez R., Salud Pública y Medicina Preventiva, 2° edición, Edit. El manual moderno S. A. de C. V 1998. México D.F.
- ³³ Sergio Lerin Piñón, Inequidad en Salud e Interculturalidad, Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social (CIESAS). MÉXICO D.F.
- ³⁴ Centro de Capacitación, Asesoría, Medio Ambiente y Defensa del Derecho a la Salud A. C. La experiencia del Programa de Rehabilitación Basada en y con la comunidad (RBC) en el estado de Oaxaca pag. 91 – 140.
- ³⁵ Declaración de Helsinki de la asociación medical mundial. Pautas Éticas para la Intervención y experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.1993. Ginebra.

³⁶ The Nuremberg Code (1947) Permissible Medical Experiments. Disponible en: <http://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/>

³⁷ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Últimas reformas publicadas DOF 14-07-2008. Disponible en: <http://diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

³⁸ Ruth Gubler, El papel de curandero y la medicina tradicional en Yucatán, , Alteridades, 1996 6 (12): Págs. 11-18

³⁹ Roberto Castro, La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza, México, 2000, CRIM-UNAM, 541 pp.

⁴⁰ Zolezzi G, Foro permanente para cuestiones Indígenas Informe del tercer periodo de sesiones 10 al 21 de mayo del 2004 (pp. 4). Estudios sociodemográficos de pueblos indígenas, CELADE; CIDOB 1994, y Género desde la perspectiva de las mujeres indígenas, Primera Cumbre de mujeres indígenas de las Américas, URACCAN 2003

⁴¹ Eduardo Menéndez, Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos, Revista de Antropología Social 33 2005, 14 33-69.

⁴² Coordinación académica: Dra. Margarita Nolasco y Mtro. Miguel Ángel Rubio, La migración indígena: causas y efectos en la cultura, en la economía y en la población, Etnografía de las regiones Indígenas de México en el nuevo milenio.

⁴³ Arthur d. Murphy / Mary Winter / Earl W. Morris, Alteridades, 1999 9 (17): Págs. 5-10 Etnicidad en Oaxaca de Juárez

⁴⁴ Álvaro Bello Marta Rangel, La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en *América Latina y el Caribe*, REVISTA DE LA CEPAL 76, 1994.

Anexos



Anexo
1
Carta de Consentimiento





Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
Centro de Atención Infantil Piña Palmera
Epidemiología



Carta de consentimiento Informado

Nombre del Proyecto:

Factores Socio-antropológicos que Intervienen en el Proceso de Salud-Enfermedad de una Comunidad del Estado de Oaxaca. México 2008.

Oaxaca Oax., a _____ de _____ de 200__.

Por medio de la presente nos dirigimos a ustedes para solicitar el consentimiento para la participación voluntaria en el presente estudio, el cual tiene como objetivo identificar algunos factores socio-demográficos y culturales que intervienen en el proceso de salud/enfermedad, el procedimiento constará de la realización de una entrevista la cual se grabara.

Todos los datos obtenidos durante la entrevista serán manejados con absoluta confidencialidad y en ningún momento se utilizarán datos personales para otros fines que no sean los del estudio.

Usted tiene la libertad de tomar la decisión para participar en el estudio y de retirarse en el momento en el que lo desee.

Acepto participar en el estudio:

Nombre Sr. (a): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Investigador: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Testigo: _____

Firma: _____

Nombre Testigo: _____

Firma: _____

En caso de alguna pregunta o aclaración relacionada con el investigador, favor de ponerse en contacto con Ervin Castrejón Gómez al teléfono 044 553443 8280 o al 044 553242 9989 o con el Mtro. Alberto Zelocuatecatl Aguilar al teléfono 044 559191 4107.



Anexo
2
Entrevista





Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
Centro de Atención Infantil Piña Palmera
Entrevista



Fecha: _____

=Ficha de identificación=

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Tiene hijos: _____ ¿Cuántos? _____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección _____

¿Pertenece a algún grupo étnico?: _____ ¿Habla algún dialecto?: _____

1. ¿Para Usted que es Salud?
2. ¿Para Usted que es Enfermedad?
-¿Creé que se relaciona la S/E?
3. ¿Cuáles son las principales enfermedades que ha padecido?
-¿Cómo H/M en que momento buscan atención?
4. ¿Por qué cree que se enferma?
5. ¿Cómo se cura o se remedia cuando se enferma?
6. ¿Cuándo se enferma con quién acude?
7. ¿Por qué acude con esa persona?
-¿De que lo ha curado?
8. ¿Usted como hombre/mujer tiene los mismos derechos de ser atendido?
9. ¿Por qué?
10. ¿Usted como H/M recibe los mismos cuidados?
11. ¿Por qué?
12. ¿Cuando la Mujer se enferma quién la cuida?
13. ¿Tiene familiares viviendo en el extranjero o fuera de Zipolite?
-¿Quiénes y por qué?
14. ¿Qué opina de la gente nueva que ha llegado a vivir a Zipolite?
-¿Por qué bueno o malo?
15. ¿Ha notado cambios en la salud de la comunidad por la gente que se va y la que llega?
16. ¿Creé que se han modificado las tradiciones y costumbres de la comunidad? ¿Por qué?