



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**COORDINACIÓN DE POSGRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**TRABAJO COMUNITARIO REALIZADO EN LA COMUNIDAD SALESIANA CHAVOS DE  
DON BOSCO, DELEGACIÓN TLAHUAC CD. DE MEXICO.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**P R E S E N T A**

**CONCEPCIÓN DE LA PEÑA MÉNDEZ**

**DIRECTOR: MTRA. MARÍA SILVIA HERNÁNDEZ ZAVALA**

**ASESOR: MTRA. MARÍA REBECA ROMO PINALES**

**Ciudad Universitaria, Cd. De Mex., Septiembre 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
Etnografía de la comunidad donde se realizó el Trabajo de campo.....	5
a) Acerca de Tláhuac.....	5
b) ) Extensión.....	6
c) c) Antecedentes históricos.....	6
d) d) Tradiciones y sentido histórico.....	8
e) e) El sector Educativo.....	10
f) f) Servicios de Salud en Tláhuac.....	10
g) g) Santa Catarina Yecahuitzotl.....	10
h) h) Estructura social.....	11
i) i) Educación escolar en Santa Catarina Yecahuitzotl.....	12
j) j) Estructura en materia de salud.....	12
k) k) Enfermedades más frecuentes en la población.....	13
l) l) Etnografía del Internado Salesiano “Chavos de Don Bosco”.....	14
JUSTIFICACION.....	16
MARCO DE REFERENCIA.....	17
a) Declaración de Alma Ata.....	18
b) Carta de Ottawa.....	19
c) Declaración de Adelaida sobre la salud.....	20
d) Conferencia de Yakarta.....	22
Determinantes sociales para que se genere el proceso salud-enfermedad atención.....	23
a) Mujer y Familia.....	24
b) Saber y entender la enfermedad.....	29
c) MODELO MEDICO HEGEMONICO.....	32
d) Pobreza.....	38
e) Alcoholismo y proceso de alcoholización.....	41
f) Maltrato infantil.....	43
OBEJIVO GENERAL.....	47
OBJETIVOESPECIFICO.....	47
METODO.....	47
RESULTADOS.....	48
ANALISIS.....	67
CONCLUSIONES.....	70

## INTRODUCCION

El presente trabajo fue un estudio del proceso salud/enfermedad/atención que se realizó desde una perspectiva antropológica, ya que merecen atención no solo las enfermedades que poseen relevancia biomédica de determinada población, sino también aquellas que destacan con un enfoque sociocultural, fue realizado en el internado para varones salesianos en México, que pertenece a la Fundación “Déjame ayudarte” I.A.P ubicado en Santa Catarina CDMEX, hoy Alcaldía de Tláhuac, en el año 2016

La organización salesiana, es un organismo internacional, católico al servicio de la comunidad de los jóvenes de 135 países, se encarga especialmente de los jóvenes más desfavorecidos y en situación de calle. El nombre oficial de la organización es conocida como Sociedad Salesiana y su sede central se encuentra en la ciudad de Roma (Italia).

“La Fundación nace con la idea de apoyar todas las obras Salesianas y centros de trabajo, que en la actualidad se encuentran prestando su servicio a favor de mejorar la calidad de vida de los jóvenes adolescentes de las clases más desfavorecidas, facilitando los servicios y conduciéndoles al desarrollo y educación basada en valores hasta lograr su capacitación garantizándole la integración plena en la sociedad”<sup>1</sup>

El trabajo fue dirigido a jóvenes varones de 12 a 18 años, y que de alguna manera los padres de familia o tutores de estos, consideraron en su momento, el internado como la mejor opción para su desarrollo académico y personal de sus hijos.

Los resultados fueron el producto de un arduo trabajo, que implica una larga tarea de recopilación de información, un logro personal fue la experiencia de compartir e integrarme prácticamente a la vida de esta comunidad, comprendí, los aspectos demográficos, epidemiológicos, botánicos y etnográficos de una población, es de vital importancia, para conocer de primera mano, sus creencias y prácticas sociales con las cuales se debe trabajar, con respeto y sin denigrar al sujeto, indagar y escuchar, preguntar y observar, reconocer y aceptar la cultura del otro que está frente a mí. No imponer mis formas de pensamiento, mis prejuicios, escuchar, comprender y validar. Pasar de una interculturalidad pasiva, espontánea, a un proceso intercultural en forma activa, lo que llamamos una interculturalidad apropiada.

---

<sup>1</sup> (Rev. Salesianos Antillas. Insectoría salesiana 2016)

**“Cuando analizamos y reflexionamos sobre los problemas de salud y las relaciones que se establecen entre el personal de salud y la comunidad, que tienen una cultura diferente, estamos hablando del proceso de interculturalidad en el terreno de la salud. Definimos la interculturalidad como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales”<sup>2</sup>**

En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe la relación médico-paciente, sino que va más allá de lo que podemos visualizar físicamente, no podemos limitar el servicio de salud a una mera relación de médico-paciente, si no identificar la integridad del individuo.

**“La interculturalidad en salud es definida como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”<sup>3</sup>.**

En mi formación profesional como Odontóloga en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES ZARAGOZA) Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) no se nos brindó ningún elemento de conocimiento y comprensión de la cultura médica popular o tradicional. Por el contrario, algunos profesores descartaron, cualquier creencia y práctica proveniente de los grupos sociales populares, catalogándolos como conocimientos empíricos, carentes de todo sustento científico. Con la experiencia adquirida en el Módulo de Trabajo Comunitario en esta Especialidad, y con el trabajo de campo, con poblaciones vulnerables, como en este caso aprendí la importancia de estos conceptos relacionados con la construcción cultural del individuo y las formas de enseñar los procesos de salud-enfermedad-atención bajo el análisis del Modelo Médico Hegemónico.

El trabajo de campo me permitió comprender las razones por las que los grupos populares en su mayoría NO asisten a las instituciones de salud, es más fácil la automedicación o el uso de recursos terapéuticos de orden doméstico, bajo la premisa del costo elevado del medicamento. Las farmacias de autoservicio y similares ofrecen gran variedad de productos farmacéuticos que no requieren de receta médica y control de las autoridades sanitarias. Los encargados de las farmacias ofrecen consulta gratuita o menor costo, recomendando “x” o “y” medicamento, sin control ni supervisión alguna.

Por otro lado la utilización de plantas medicinales por la comunidad, como práctica médica alternativa, realiza la compra en cualquier local del

---

<sup>2</sup> La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. Campos Navarro, 2004. Pág. 3

<sup>3</sup>Oyarce e Ibacache, 1996

mercado tradicional, constituye un recurso importante para la resolución de problemas de salud.

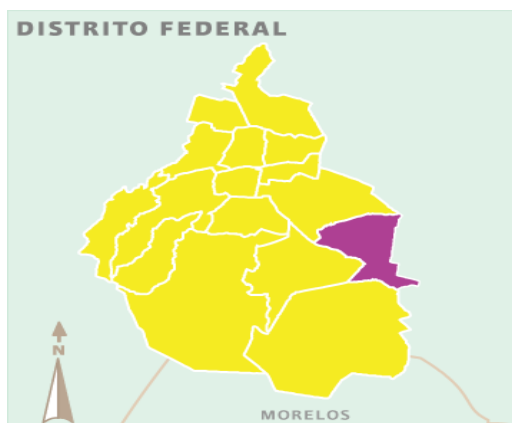
Si bien, las plantas medicinales ocupan un lugar muy importante como recurso de la medicina tradicional, también deben considerarse los recursos animales y minerales (como huevos de gallina, miel o leche, metales como el cuarzo, etc...) y todos aquellos recursos no materiales que se emplean para lograr la curación del enfermo y aliviar sus malestares: las palabras, las actitudes por la comunidad o por quien los practica.

## **Etnografía de la comunidad donde se realizó el Trabajo de campo**

### **ACERCA DE TLAHUAC**

Los datos que aquí se describen tienen como principal fuente de consulta, la monografía Delegacional de Tláhuac y las observaciones directas que realice durante la realización del trabajo de campo, se han incluido aquí para ofrecer al lector un panorama general de las condiciones que se tienen alrededor del escenario donde trabajamos que es el albergue para los jóvenes salesianos.

**“La Delegación Tláhuac se localiza al sureste del Distrito Federal, a 60 kilómetros del Zócalo capitalino colindando al norte y noreste con la Delegación Iztapalapa, al oriente con el municipio Valle de Chalco Solidaridad del Estado de México, al poniente con la Delegación de Xochimilco y al sur con la Delegación Milpa Alta.”<sup>3</sup>**



### **EXTENSION.**

**“Tiene una superficie de 85.91 hectáreas; que corresponden al 5.75% del total del Distrito Federal y el quinto lugar entre las cuales el 39.1% es de superficie urbana, con 2,860 ha y el 60.9% es de zona de conservación ecológica con 5,674 ha Dentro de esta cifra, 4,030 ha se**

---

<sup>3</sup> Monografía Tláhuac, Gobierno del Distrito Federal 1999

**dedican a sus agropecuarios y el resto corresponde a la zona inundable de la Ciénega.”<sup>4</sup>**

Hasta la década de 1980 Tláhuac fue una delegación de carácter netamente rural, por ello era conocida como *La Provincia del Anáhuac*. Durante los últimos años, el aumento demográfico de la megalópolis ha alentado la rápida urbanización del territorio, de modo que las áreas urbanas cubren aproximadamente un tercio de él. El resto como ya se mencionó, constituye una importante reserva natural, pero el avance de la ciudad amenaza la conservación de estos espacios.

Si bien es cierto que un alto porcentaje de la población de Tláhuac, se dedica a la siembra de maíz, frijol, calabaza, tomate, hortalizas, entre otras, también es cierto que cada vez más gente va abandonando dicha actividad, ya que los subsidios que otorga el gobierno de la CDMX no son suficientes para comprar semillas y dar mantenimiento a todo el proceso que implica la siembra y cosecha de los productos. Dando pie a que la población busque mejores fuentes de trabajo fuera de la demarcación, o bien la instalación de un negocio propio.

## **ANTECEDENTES HISTORICOS.**

Los Pueblos Originarios de la Ciudad de México son, simultáneamente, herederos de las antiguas civilizaciones mesoamericanas que ocuparon el mismo espacio, y expresiones contemporáneas de la modernidad mexicana, parte de la rica diversidad que constituye a la nación; transformados sustancialmente por la poderosa influencia que ha ejercido el desarrollo urbano, poseedores de un denso capital cultural, se han modelado tanto en respuesta a los intentos etnocidios de los regímenes liberales como por el impulso que les otorgan los grandes movimientos sociales, he aquí una semblanza de estos hechos:

**“Tláhuac se funda en el año 1222 D.C., cerca del centro del antiguo lago de Xochimilco. Y sus primeros pobladores fueron los chichimecas. El código Chimalpopoca menciona que Cuauhtlotliutecutli, Ihitzin, Ticoatzin, Chalchiuhtzin, y Tlahuacan; fueron quienes fundaron sus pueblos donde existía la gran extensión acuática que formaba el lago de Chalco y Xochimilco, en esa época Tláhuac sufría de inundaciones, sin embargo, logro prosperar gracias al sistema de chinampas.**

**Más tarde, en la conquista española vinieron tiempos de cambio, la evangelización de indígenas se llevó a cabo por la orden franciscana, quienes tiempo después, en 1554 cedieron el cargo a los frailes dominicos. Tláhuac, fue poblada varios siglos antes de nuestra era cristiana y que sus habitantes desarrollaron o compartieron una**

---

<sup>4</sup> “Programa General de Ordenamiento Ecológico del D.F.”- Editado por la Secretaría del Medio Ambiente 2000

**cultura similar con los demás grupos que en esa época vivieron en la cuenca de México hace unos 20 mil años.**

**Los españoles en su rumbo a la capital azteca pudieron admirar al cruzar entre los volcanes el gran lago en donde destacaba como una esmeralda la isla de Cuitláhuac bella antesala de la deslumbrante México Tenochtitlan.**

**La idea de chinampa seduce y hasta parece innovadora como la forma de cultivo que una cultura logró desarrollar en la cuenca de Anáhuac, pues la actividad económica de los pobladores de Cuitláhuac y Mixquic fue esencialmente la agricultura y la pesca; gracias a la benevolencia del dios Mixcoatl se obtenían los productos de la caza que, junto con los derivados del agua y de la tierra, eran llevados hasta la ciudad de Tenochtitlan.**

**En el período de la independencia Tláhuac formaba parte del Estado de México; sin embargo en 1854 se incorporó a la prefectura de Xochimilco al igual que Mixquic. En 1857 estaban comprendidas las municipalidades de Tláhuac, Mixquic y San Francisco Tlaltenco, dentro de la prefectura de Xochimilco.**

**El 26 de marzo de 1903 el gobierno porfirista expidió la Ley de Organización Política y Municipal del Distrito Federal que suprimió la municipalidad de Tláhuac. El 5 de febrero de 1924 gracias al apoyo de Severino Ceniceros, el Congreso decretó la segregación de Tláhuac de la municipalidad de Xochimilco y reestableció el Ayuntamiento. A finales de 1928 se constituyó oficialmente como delegación la cual estuvo gobernada por Crescencio Ríos.”<sup>5</sup>**

Como puede observarse en esta descripción se trata de una localidad con una importante base sociohistórica de la que al día de hoy se tiene en cuenta como su origen y arraigo poblacional, estos hechos respaldan el sentido de identidad que tienen los pobladores de Tláhuac, a continuación se ofrece una secuencia de los hechos históricos más significativos en el origen de esta demarcación:

---

<sup>5</sup> Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México **Distrito Federal**.



## CRONOLOGIA DE SUCESOS

Año	Sucesos
1222	Se fundó Tláhuac
1262	Primer gobernador de Tláhuac
1554	Cedieron el cargo a los frailes dominicos
1786	Tláhuac pertenecía al corregimiento de Chalco
1857	Tláhuac se ubica en la prefectura de Xochimilco
1895	Porfirio Díaz Cedió el permiso a Iñigo Noriega para desecar definitivamente el lago de Chalco
1903	La Organización Política y Municipal suprimió la municipalidad de Tláhuac
1924	El congreso decreto la segregación de Tláhuac a municipalidad de Xochimilco y reestableció el ayuntamiento
1928	Se constituyó oficialmente como delegación, gobernada por Crescencio Ríos

### Tradiciones y sentido histórico.

Durante la presente investigación pude observar que Tláhuac es una demarcación rica en tradiciones y prácticas sociales muy arraigadas a su población, mencionare las más importantes: El tradicional día de muertos, Tradición a nivel Nacional, que en Mixquic Tláhuac, aun celebran con base a la tradición prehispánica de la época de los Aztecas, con danzas y ofrendas (pan tradicional de muerto, frutas, flores, comida que más le gustaba al difunto. Etc.) para agasajar a los fallecidos, las festividades inician el 31 de Octubre y culminan el día 2 por la noche, a partir de entonces se pueden consumir los alimentos.

Otra de las festividades en común que tienen estos pueblos, es el *tradicional baile del guajolote*, en bodas, bautizos, primeras comuniones y quince años. En este baile se ofrece a los padrinos, un guajolote vivo y una canasta con pollos cocidos, arroz, fríjol, mole, tortillas y una botella de tequila; al mismo tiempo se baila la comparsa de los chinelos, cargando los alimentos y bebida, manifestando agradecimiento de una familia hacia los padrinos de determinado evento.

Y no podía faltar el tradicional carnaval, tradición arraigada y representativa de San Francisco Tlaltenco, donde participa gente del pueblo

con sus respectivos carros alegóricos, trajes de charros, disfraces múltiples y bandas musicales. Esta festividad es una de las más representativas de la demarcación de Tláhuac y una de las complicadas para la vialidad, ya que en estas festividades cierran las principales avenidas de la demarcación, provocando un caos vial, donde la mayoría de los poblados aledaños toman sus precauciones procurando no utilizar auto esos días, igualmente el comercio local y ambulante aumenta considerablemente, hecho que beneficia a los lugareños.

Existen diversas comparsas, formadas por los vecinos de estos pueblos, que acompañados por sus respectivas bandas, desfilan por las principales calles del pueblo, en las que se utiliza la música de los chinelos; al término del recorrido se reúnen en la Plazas de cada iglesia para realizar el Baile de Cuadrillas en honor a la Reina en turno, con el cual culmina el Carnaval.

La escenificación inicia el domingo de ramos, donde diferentes iglesias sacan imágenes de Jesús para realizar un recorrido, con palmas, todos ellos con la dirección del sacerdote de la comunidad, hacen su entrada a la iglesia y los feligreses bendicen las palmas. El jueves santo se realiza la última cena y la aprehensión de Jesús, quien pasa la noche en la iglesia, resguardado por los organizadores del evento. El viernes se realiza el vía crucis por las calles principales del pueblo. Cada estación se ilustra con un cuadro que representa algún pasaje histórico de la vida y muerte de Jesucristo.

De esta manera y de forma generalizada, se viven las prácticas sociales en Tláhuac, demarcación que hasta hace algunos años se consideraba tranquila por los pobladores, ya que la mayoría de los comuneros se conocían, generalmente se identificaban por el antecedente de familia a la que pertenecían. Actualmente con los problemas de inseguridad que se han vivido en dicha demarcación la mayoría de la población se siente indignada e insegura por los hechos recientes.

La inseguridad que se vive Tláhuac, es uno de los problemas sociales más relevantes por los cuales se ha dado a conocer, no solo a nivel local, sino a nivel nacional e internacional, dejando de ser una de las demarcaciones más tranquilas de la ciudad. (Mapa estadístico inseguridad INEGI).

## **El Sector Educativo**

Tláhuac cuenta con 107 planteles que forman parte del sistema educativo estatal. En 2008 había 36 jardines de niños en la delegación, más 7 centros de desarrollo infantil (Cendi) que atienden a los niños y niñas menores de tres años. La educación básica se ofrecía en 43 escuelas primarias, 17, 1 telesecundaria y 1 secundaria para trabajadores. En el nivel de la educación media superior se cuenta con 1 plantel del Colegio de Bachilleres (Cobach), 1 Centro de Estudios Tecnológicos, Industriales y de Servicios (Cetís) 1 plantel del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Conalep). 1 Preparatoria. En el nivel superior, Tláhuac cuenta con el Centro Nacional de Actualización Docente (CNAD) de la Dirección General de Educación Tecnológica de la SEP. 3 institutos tecnológicos de Tláhuac, que ofrecen estudios de ingeniería y otras carreras asociadas a la industria. Para la población en rezago educativo a través de dos plazas comunitarias que dependen del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), las cuales atienden a la población que no cuenta con primaria o secundaria, ofreciendo cursos gratuitos a la comunidad y prestando sus espacios para la realización de eventos educativos.<sup>6</sup>

## **Servicios de Salud en Tláhuac**

Los servicios de salud pública en Tláhuac son establecimientos sanitarios operados por organismos del gobierno capitalino. Tláhuac constituye la Jurisdicción 12 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En 2008 contaba con 14 centros de salud que dan atención primaria a la población; a esta infraestructura se sumaba el Hospital Materno-Infantil de Tláhuac, Hospital General Tláhuac, Lafragua inaugurado en abril del 2010 por el jefe de gobierno Marcelo Ebrard y el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF-DF) prestaba atención médica general y odontológica en sus consultorios del centro comunitario de San Francisco Tlaltenco.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Delegación Tláhuac, 2008: Pág. 43, 44

## **Santa Catarina Yecahitzotl**

El presente proyecto se realizó en el poblado de Santa Catarina, donde se encuentra ubicado en internado para varones, Proyecto Salesiano “Chavos de Don Bosco”, Ubicado en calle Tlalacoyococ, #70, Int. 0, PUEBLO, **Santa Catarina** Yecahitzotl, **TLÁHUAC**, Ciudad de México.

A esta comunidad se llega por el sur, a través del Eje 10 sur y por el oriente, por medio de la autopista México-Puebla. (Ver Mapa)

Este pueblo de Santa Catarina cuenta con una población total de **8416 personas**, de las cuales 4187 son masculinos y 4229 femeninas. (INEGI 2015), donde la mayoría de sus pobladores se dedica a la agricultura y comercio.

“Colindando al norte con la carretera México-Puebla y al poniente con la Sierra de Santa Catarina, este pueblo celebra su fiesta religiosa en honor a Santa Catarina el 25 de noviembre; el 12 de diciembre, el Barrio de Guadalupe, el 29 de septiembre, Barrio San Miguel, el 25 de julio, el Barrio de Santiago y el 8 de diciembre el Barrio de la Concepción.

Su iglesia data del año 1647 está construida con piedra de tezontle, cuenta con un atrio en el cual se observan cuatro capillas esquinadas cada una de ellas dedicada a los santos patronos de los barrios que conforman el pueblo.

La Sierra de Santa Catarina es de formación geológica y comprende un pequeño valle con manifestaciones volcánicas. Los distintos elementos orográficos de esta sierra varía en su elevación”<sup>7</sup>

Santa Catarina, forma parte de los 7 pueblos originarios que conforman la demarcación Tláhuac, al igual que ellos, cuenta con diferentes prácticas sociales en común, algunas de ellas datan desde la época prehispánica, como lo es el tradicional Día de Muertos y otras muy similares a las ya mencionadas en la descripción de Tláhuac.

## **Estructura social**

Cabe señalar, que en esta comunidad, la estructura familiar aun es el patriarcado, con base en mis observaciones y reportes de los mismos participantes en la investigación, son pocas las familias donde la mujer es jefa de familia y aun así en algunos casos siguen siendo gobernadas por el papá de ellas, ya que ellas mismas se consideran hijas de familia y siguen apoyándose en la familia nuclear.

---

<sup>7</sup> Monografía Tláhuac, Gobierno del Distrito Federal 1996

La mayoría de los pobladores de Santa Catarina se dedica al comercio, ya sea local o ambulante. Siendo una de sus necesidades primordiales la alimentación, la comunidad le resta importancia a la educación.

## **Educación escolar en Santa Catarina Yecahuitzotl**

Según los reportes estadísticos la Educación escolar en Santa Catarina, es uno de los poblados con más alto índice de analfabetismo, encontrándose entre ellos algunos jóvenes que aun hablan lenguas locales y que a partir de que ellos ingresan al internado Salesiano comienzan a asistir a la escuela pública, de esta manera han logrado aprender el español, ya que es uno de los objetivos de la fundación, la impartición de la educación.

## **DESERCIÓN ESCOLAR Y ANALFABETISMO**

La deserción escolar y el analfabetismo son problemas muy serios en esta Delegación, aquí los datos reportados:

**“La delegación Tláhuac ocupa el quinto lugar en analfabetismo en la CDMX, el cual se localiza en un 70% en el área rural y un 30% en el área urbana”<sup>8</sup>**

Este dato me reporta que el promedio general de educación en el poblado de Santa Catarina es de 3<sup>o</sup> de secundaria. Generalmente en esta población se le da más importancia al trabajo que a la educación, lo cual los convierte en una población vulnerable a diferentes problemas sociales que más adelante se abordaran.

Actualmente esta población cuenta con 2 Planteles preescolares, 3 planteles de educación primaria y una escuela secundaria, como se puede observar, esta población únicamente cuenta con la educación básica, si alguno de sus habitantes desea estudiar más, tendrá que desplazarse a otros poblados de Tláhuac u otras demarcaciones de la CDMX.

## **Estructura en materia de salud**

El servicio de salud para esta comunidad, se encuentra a cargo de 2 entidades de salud pública, que son: 1 centro de salud, y un Hospital Psiquiátrico, que prestan sus servicios a toda la comunidad.

---

<sup>8</sup> RESULTADOS DE LA EVALUACION INTERNA DEL PROGRAMA SOCIAL A CARGO DE LA DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL EN TLÁHUAC, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL 1279 TOMO III DE FECHA 31 DE ENERO DE 2012. Pág. 3

Específicamente el encargado de vigilar la salud en Santa Catarina en el Centro de Salud Comunitario, ubicado en Calle Rafael Oropeza y Gabriel Mar S/N. Col. Santa Catarina Yecahizotl C.P 13100 Del. Tláhuac CDMEX.

A este Centro de Salud se puede obtener acceso por la siguiente vía:

Sobre el Eje 10 sur, circula transporte público y particular, este eje 10 sur, enlaza la autopista México- Puebla y la Av. Tláhuac de la CDMEX.

Sus calles se encuentran completamente pavimentadas, las calles aledañas son muy amplias (4 metros aprox.), por tal motivo el tráfico es fluido.

Este centro de salud, se considera como uno de los centros de salud “reforzados”, ya que brinda atención los 365 días del año, con un horario de 8:00 a.m. a 20:00 p.m.

Para documentar los padecimientos más frecuentes de esta población, se retoman las aproximaciones estadísticas reportadas directamente por el centro de salud de la comunidad, donde es de interés analizar el proceso salud-enfermedad-atención y su interpretación, desde su contexto social, el concepto orienta a la caracterización de la zona.

El centro de Salud cuenta con los siguientes recursos humanos:

Consultorios: 4

Médicos en contacto con paciente: 11

Médicos generales: 8

Médicos familiares: 0

Médicos pediatras: 0

Médicos ginecobstetras: 0

Médicos cirujanos: 11

Médicos internistas: 0

Médicos especialistas: 0

Odontólogos: 3

Enfermeras generales: 10

Enfermeras especialistas: 0

Enfermeras auxiliares: 4

## Enfermedades más frecuente en la población de Santa Catarina Yecahizotl

De acuerdo al reporte del Centro de Salud Comunitario, se concluyó que las enfermedades más frecuentes que se presentan en la población son las que a continuación se enlistan:

ENFERMEDAD
Enfermedades respiratorias
Enfermedades gastrointestinales
Diabetes mellitus
Hipertensión arterial
Caries dental
Traumatismos
Enfermedades propias de la mujer
Dermatitis
Mordeduras de animales

Durante la realización de este trabajo, también pude observar y escuchar, que muchos de las participantes no asisten al Centro de Salud hasta que perciben que su hijo o familiar ya presenta un cuadro agudo de determinada enfermedad, muchas de ellas, previo a la consulta médica, prefieren aplicar remedios de la medicina tradicional, que en muchas ocasiones, como ellas mismas reportan, si funcionan.

Como dato importante, menciono, que este Centro de Salud atiende a toda la población, no importando si es derechohabiente de alguna Institución de salud, y cuando resulta necesario, canaliza a los enfermos a otra Institución Especializada o de Alta Especialidad.

### **ETNOGRAFIA del Internado Salesiano “Chavos de Don Bosco”**

En el internado para varones, “Chavos de Don Bosco” ubicado en calle Tlalacoyococ, No.70, pueblo, **Santa Catarina** Yecahuitzotl, **Tláhuac**, Ciudad de México, también conocido como “El artesanado” se imparten talleres sobre diferentes oficios como son, carpintería, repujado y pintura.

Al internado se llega por la calle Tlalacoyococ (foto), que es una calle semi-pavimentada, no cuenta con banquetas de aproximadamente 3 metros de ancho. La parte posterior (norte) colinda con la autopista México-Puebla. La parte oeste, colinda con una planta gasera, que se encuentra aproximadamente a 200 metros de sus instalaciones. Sus únicos accesos

son por el sur y el este: Este internado fue fundado en el año de 1990, con la finalidad de “albergar, rehabilitar a los jóvenes de las clases más deprotegidas”<sup>9</sup>, “así como el mejoramiento de su economía”.<sup>9</sup>

Las familias que ingresan a sus hijos a esa institución, lo hacen con la idea de que ahí podrán “rehabilitarse”, y que ahí podrán tener la atención que necesitan, los sacerdotes cuentan con la preparación necesaria para orientar su vocación escolar y de conducta.

Esta comunidad alberga a 40 jóvenes varones adolescentes más los sacerdotes, la construcción cuenta con una estructura de concreto y amplios espacios, así como:

- 1 dirección general
- 16 dormitorios
- 1 cocina
- 1 sala de usos múltiples
- 1 consultorio médico
- 1 taller de carpintería
- 1 peluquería
- 1 cuarto de lavado
- 1 aula recreativa que cuenta con televisión y juegos de mesa
- 1 cancha de futbol rápido, 1 de basquetbol, 1 de volibol
- 1 granja que cuenta con gallinas, cerdos, conejos y 2 caballos
- 1 capilla
- 1 kiosco
- 1 estadio de futbol
- 1 parcela donde se cultivan diferentes hortalizas: tomate, jitomate, maíz, y calabaza.

Sus ingresos económicos están a cargo principalmente de la iglesia católica, más las aportaciones “voluntarias” de los padres familia (\$100. Y una despensa básica cada semana), diferentes instituciones como son: Banamex, Comex, Lala, fundación Caritas, entre otras.

---

<sup>9</sup> Boletín Salesiano de 1967 y Protagonistas de la Historia Salesiana 1889-1991, Comisión de Historia y Salesianos en México del P. Francisco Castellanos )



Otra fuente de entrada económica, es el resultado de las ventas de huevo, y hortalizas que resultan de la cosecha de la parcela, así como la venta de animales de granja, como lo son las gallinas, conejos y cerdos.

### **La Dirección está conformada por:**

4 sacerdotes católicos (1 director, 1 tesorero, 1 coordinador escolar y un auxiliar)

2 secretarias (una para cada turno)

2 prefectos varones

1 Psicóloga

1 maestra de apoyo para las tareas escolares.

3 cocineras auxiliares y una de base (Las tres cocineras, son familiares de los internos, se rolan turnos por semana).

El siguiente rubro precisa las razones por las que me decidí a desarrollar este trabajo, partiendo de hechos que sucedieron hace varios años antes de ingresar a la especialidad.

## **JUSTIFICACION**

Mi primer encuentro con esta comunidad se realizó hace ocho años, cuando voluntariamente ofrecí mis servicios para atender el servicio de salud bucodental, abocándome esencialmente a la restauración bucal, realizando diversos tratamientos clínicos, como: profilaxis, operatoria dental y ortodoncia interceptiva, subsumí su estructura social, con una idea meramente biológica.

En este lapso de tiempo pude observar que la población carecía completamente del servicio de salud bucal, ya que los directivos (sacerdotes) únicamente llevaban al enfermo al servicio médico si se trataba de alguna enfermedad sistémica, dejando de lado completamente la salud bucal. Igualmente pude observar físicamente las condiciones de salud en las que vivía la comunidad, la falta de higiene de los jóvenes, así como el olvido total de algunos padres. Al cumplir la mayoría de edad deben dejar el internado, (esta es una de las políticas del mismo internado), dejando a los mismos nuevamente en situación de calle, en caso de que ningún familiar se hiciera cargo de ellos.

El hecho de conocer estos antecedentes me motivo a elegir este escenario como mi propuesta para la realización de este trabajo, lo he considerado como un compromiso primero personal, y después institucional luego de mi formación como especialista, en convencimiento propio de que el

respeto, la tolerancia y la comprensión que se debe tener hacia las personas que de alguna manera han vivido en situación de calle es inminente, ahora abordare los referentes teóricos de los que partido para la realización de este trabajo.

## MARCO DE REFERENCIA

El trabajo integra los principales temas tratados en las cuatro conferencias de Promoción de Salud y la dificultad que el gobierno mexicano presenta para cumplir dichos acuerdos. El principal objetivo de estas reflexiones es describir cómo a pesar del esfuerzo que hacen algunos países, gobiernos y personalidades, el planeta se desplaza cada vez más hacia los procesos hegemónicos, y la pobreza va en aumento.

El desarrollo de una política pública siempre debe ser favorable a la salud. Los gobiernos deben fijar metas explícitas de salud que hagan hincapié en la promoción de la salud y la educación, teniendo en cuenta que la educación es un factor importante para comunicarse con los grupos más afectados y vulnerables.

La Conferencias que a continuación se mencionan ponen de relieve la necesidad de evaluar los programas implementados en el sector salud, esto promoverá una mejor toma de decisiones, previamente informada para la asignación de recursos favorables a la salud, aquí las sedes donde se realizaron:

Declaración de Alma Ata

Carta de Ottawa

Declaración de Adelaida sobre la salud

Conferencia de Yakarta,

En estas Conferencias se identifican cuatro áreas clave como prioridades para las políticas públicas en favor de la salud para la acción inmediata, que son:

**Apoyo y salud a la mujer. Las mujeres son las principales promotoras de la salud en todo el mundo y la mayoría de su trabajo se realiza sin pago o por un sueldo mínimo.**

**Alimentación y nutrición. La eliminación del hambre y la malnutrición es un objetivo fundamental de las políticas públicas para**

la salud. Tal política debe garantizar el acceso universal a cantidades adecuadas de alimentos saludables de maneras que sean culturalmente aceptables

**Tabaquismo y alcoholismo.** El uso del tabaco y el abuso del alcohol son dos de los principales riesgos para la salud que merecen acción inmediata por medio del desarrollo de políticas públicas favorables a la salud.

**Creación de entornos propicios.** Muchas personas viven y trabajan en condiciones que son peligrosas para su salud y están expuestas a productos potencialmente peligrosos.

**Compromiso con la salud pública mundial.** Los requisitos para la salud y el desarrollo social son paz y justicia social; alimentos nutritivos y agua limpia; la educación; vivienda decente; un papel útil que desempeñar en la sociedad y unos ingresos adecuados; la conservación de los recursos y la protección del ecosistema<sup>10</sup>

Como se puede apreciar estas declaraciones, plantean propuestas y un compromiso para el fortalecimiento de la planificación de acciones para la promoción a la salud, calificando esta como una prioridad fundamental en los programas de salud y educación, no solamente locales, sino nacionales e internacionales.

La adopción en 1978, de la Declaración de Alma-Ata marcó un hito importante en la estrategia de Salud para todos que la Asamblea Mundial de la Salud lanzó en 1977. Basándose en el reconocimiento de la salud como una meta social, la Declaración fija una nueva dirección para las políticas de salud al poner de relieve que la participación de la gente, la cooperación entre los sectores de la sociedad y la atención primaria de salud son las bases en las que se apoya dicha estrategia.

**DECLARACIÓN DE ALMA-ATA\*:** Esta Declaración estableció una meta ambiciosa: "lograr salud para todos en el año 2000", mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud, definida como: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación".<sup>11</sup>

Por lo anterior se deduce que la promoción de la salud está enfocada en colaborar a un estilo de vida saludable con actividades que promuevan la educación y prevención. Las estrategias de promoción deben abordar las

---

<sup>10</sup> II CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA SALUD DECLARACIÓN DE ADELAIDE. 1988

<sup>11</sup> OMS: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud - 1986

necesidades generales y particulares de quienes se encuentran en mayor riesgo y son más vulnerables, en el presente caso los adolescentes. Considero la educación como el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman los conocimientos, actitudes y valores en todas sus manifestaciones.

Otro de los aspectos a considerar para la elaboración de este trabajo es la **Carta de Ottawa**, esta Carta reafirma los principios fundamentales de la promoción de la salud, el enfoque apunta a identificar los factores determinantes de la salud que influyen en cualquier comunidad para que se dé el proceso salud/enfermedad/atención, igualmente considera y alienta el desarrollo de actividades comunitarias, servicios de salud accesibles, entornos favorables y políticas públicas que ayuden a reducir los riesgos para la salud.

**La Carta de Ottawa (1986), fue el resultado de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. La Carta enuncia el amplio concepto de salud y promoción de la salud. Además, establece como requisitos indispensables (o factores determinantes) para la salud los siguientes elementos: • Paz. • Vivienda. • Educación. • Alimentos. • Ingresos. • Ecosistema estable. • Recursos sostenibles. • Justicia social y equidad.**

**La CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000", fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.<sup>12</sup>**

Por tanto, promover y participar en acciones de información dirigidas a adolescentes y sus familias, propiciar conductas de prevención y transmisión de diferentes enfermedades, fueron indispensables. Una de las funciones fundamentales del promotor de salud es la de estimular el aprendizaje, y que logren ser capaces de tomar sus propias decisiones para la protección de su salud y la del grupo que dirigen.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales del medio ambiente, de

---

<sup>12</sup> "Salud para todos en el año 2000". Carta de Ottawa 21 noviembre 1986

conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables, pero lamentablemente no es así ya que en el presente trabajo se denota que el sistema de salud en México, es el Modelo Médico Hegemónico quien tiene dominio absoluto en la formación de todo el profesional de la salud, quedando este como la única forma de medicina oficial.

Hacer hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de salud para todos consiste en que todos los sectores incluyan la educación y la salud como componente esencial de la formulación de políticas públicas en materia de salud, se hace indispensable.

Otra de las declaraciones de relevancia a favor de la salud, es La Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional.

## **DECLARACION DE ADELAIDA SOBRE LA SALUD EN TODAS LAS POLITICAS**

En estas Políticas públicas se plantea entre sus objetivos el impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo y con ello hacer un llamamiento a los gobiernos para que incorporen la salud y la equidad en materia de salud en sus agendas, recursos y capacidad institucional de apoyo a la comunidad.

**Las Recomendaciones de Adelaida (1988) es un documento producido durante la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Las recomendaciones proporcionan un examen exhaustivo del concepto de política pública saludable y hacen un llamado al compromiso político por parte de todos los sectores. Las cuatro áreas clave identificadas como prioridades para la política pública saludable incluyen: • Apoyo a la salud de las mujeres. • Alimentación y nutrición. • Tabaco y alcohol. • Creación de entornos saludables.**

**Lograr el desarrollo social, económico y medioambiental Una población sana es un requisito fundamental para la consecución de los objetivos de la sociedad. La reducción de las desigualdades y las diferencias sociales mejora la salud y el bienestar de todos. La buena salud mejora la calidad de vida y la productividad laboral, aumenta la capacidad de aprendizaje, fortalece a las familias y comunidades, y contribuye a la sostenibilidad del hábitat y del medio ambiente, así como a la seguridad, la reducción de la pobreza y la inclusión social. Sin embargo, el aumento de los costos de los tratamientos y de la atención sanitaria está suponiendo para los recursos nacionales y locales una carga insostenible que puede retrasar un desarrollo más general. Estas interacciones entre la salud, el bienestar y el desarrollo**

**económico han recibido gran impulso en las agendas políticas de todos los países. Cada vez más, las comunidades, los empleadores y las industrias esperan y demandan acciones de gobierno fuertes y coordinadas para abordar los determinantes de la salud y el bienestar, y evitar la duplicación y fragmentación de medidas.<sup>13</sup>**

Con base en lo expresado en dicha carta, considero que para alcanzar el propósito de la salud para todos, deben comprometerse todos los interesados directos a trabajar juntos, formando alianzas para cumplir con los objetivos y compromisos. Las iniciativas emprendidas a la luz de esta carta pueden mejorar radicalmente las perspectivas de la salud de las comunidades más desfavorecidas, no solo de México sino de todo el mundo.

Han transcurrido más de 30 años desde la Declaración de Alma-Ata y más de 20 años desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Carta de Ottawa) para la promoción de la salud, que han sido fuente de orientación e inspiración en ese campo, desde entonces y en varias conferencias internacionales, se han aclarado la importancia y el significado de implementar las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes de la declaración de Adelaida (Adelaide, 1988) creando un ambiente favorable a la salud, y sin embargo a pesar de dichas declaraciones el sistema de salud en México, sigue siendo uno de los sectores más deficientes y con mayores carencias, se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la misma. Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla.

Considero que por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud podría derivar el máximo beneficio posible para la población, así como para el estado, representando un gran ahorro económico, haciendo un aporte de importancia en la reducción de costos en el proceso salud/enfermedad/atención.

Continuando con las declaraciones internacionales más importantes en materia de salud, mencionare que en la 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud, aquí la Declaración textual, que a la letra dice:

---

<sup>13</sup> Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida del 13 al 15 de abril de 2010.

## **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.**

**Factores determinantes de la salud: nuevos desafíos, Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud. Las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenas de millones de personas. Las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen una respuesta urgente... Cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos. Estos cambios determinan los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida en todo el mundo.<sup>14</sup>**

Las investigaciones y los estudios de todo el mundo han demostrado que la promoción de la salud puede crear y modificar nuevos modos de vida y crear las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud de cualquier comunidad.

*En la Declaración de Yakarta sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud al siglo XXI se identifican cinco prioridades:*

- 1. Promover la responsabilidad social por la salud.**
- 2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.**
- 3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.**
- 4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.**
- 5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.<sup>15</sup>**

Sin duda alguna existen diversos escenarios para la implementación de estos programas de promoción a la salud, que ofrecen oportunidades de cambio para la población, cabe citar, que las estrategias van desde las grandes ciudades, municipios y comunidades locales, junto con sus mercados, escuelas, lugares de trabajo y establecimientos asistenciales.

La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado. Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro

---

<sup>14</sup> Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, República de Indonesia

<sup>15</sup> Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, República de Indonesia

de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones. El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación, el acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades.

Para cumplir estos objetivos se hace un llamamiento a los gobiernos nacionales a que tomen la iniciativa de alentar y patrocinar el establecimiento de redes de promoción de la salud dentro de sus países y entre unos y otros.

**Los participantes en la reunión de Yakarta 97 pidieron a la OMS que encabezara la creación de una alianza mundial para la promoción de la salud y facultara a los Estados Miembros para poner en práctica los resultados de la Conferencia. Como parte clave de esa función, la OMS debe conseguir la participación de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los bancos de desarrollo, los organismos de las Naciones Unidas, los órganos interregionales, las entidades bilaterales, el movimiento laboral, las cooperativas y sector privado en la propuesta de medidas prioritarias para la promoción de la salud.<sup>16</sup>**

Entiendo con esto que todos los países deben crear el entorno político, jurídico, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud, crear nuevos ámbitos, espacios y/o entornos para la salud, los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial.

Conviene alentar el adiestramiento y la práctica de los conocimientos de liderazgo en cada localidad para apoyar las actividades de promoción de la salud. Se necesita ampliar la documentación de experiencias de los promotores de la salud por medio de investigaciones y preparación de proyectos para mejorar el trabajo de planificación, ejecución y evaluación.

Para ampliar la capacidad y empoderar al individuo que formara parte de la promoción de la salud, será necesario Ampliar su capacitación para colaborar ante los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud.

A continuación se hace una breve consideración de lo que son los determinantes sociales

### **Determinantes sociales para que se genere el proceso salud-enfermedad-atención.**

---

<sup>16</sup> Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, República de Indonesia



Sin duda alguna para poder entender el proceso salud-enfermedad-atención, primero debemos entender el contexto social del individuo, no es posible hacer un diagnóstico médico cuando no sabemos y entendemos la construcción social de su entorno, social y del medio ambiente.

**El Concepto de determinantes sociales según la OMS: Determinantes sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.<sup>17</sup>**

Se entiende que los determinantes sociales son las condiciones socio-culturales en que las personas nacen, viven, trabajan, y se desenvuelven y que tienen repercusiones en su vida cotidiana, que de forma directa o indirecta impactan sobre la salud física y emocional.

En el presente trabajo pude observar, casi sin objeciones, que los principales determinantes de la salud, se relacionan directamente con el ingreso económico, la educación, los derechos humanos y el acceso a servicios básicos de salud, la situación ambiental, entre otros. Por el descuido de estos determinantes, cada día surgen nuevas amenazas sanitarias, derivadas por la omisión de la información a la que tiene derecho el individuo, por tanto, este trabajo tiene como uno de sus propósitos ofrecer información relevante sobre el tema de los determinantes sociales y su relación con el proceso salud-enfermedad-atención, ampliar la perspectiva de los esfuerzos en salud pública y privada, que debería ir más allá de las personas como individuos e incluso de las comunidades.

Ya que hemos revisado el concepto de los determinantes sociales, veremos ahora el análisis que se hace sobre el papel sociocultural que realizan las mujeres en este grupo humano que hemos abordado, para ello veremos entonces el concepto de Mujer y de familia.

## **Mujer y Familia**

Durante la modernidad existen varias políticas y leyes que protegen a la mujer contra la violencia de género, pero que tan confiables son estas políticas, estos programas, podrán responder preguntas como: ¿Existen capacidades femeninas y masculinas diferentes? o ¿las diferencias de género son producto de oportunidades desiguales para hombres y mujeres? ¿Las responsabilidades en el hogar, las cargas de trabajo domésticas y el desgaste cotidiano, le expropian a las mujeres su tiempo, dejándola como un ser inferior y sometido?

---

<sup>17</sup> OMS 2005

La teoría de género parte de reconocer la existencia de diferencias biológicas, pero señala que a partir de ellas se construyen socialmente las identidades femenina y masculina y se generan relaciones asimétricas entre los sexos, de modo que a la mujer se le constriñe al mundo de lo privado y al hombre al de lo público. Si la desigualdad entre los sexos deriva, en gran parte, de una construcción social que se traduce en normas culturales, aquí una reflexión al respecto:

**La socialización de las mujeres y los hombres se inicia en las familias, se refuerza en la escuela y en la comunidad cercana, y se sostiene con la intervención de las iglesias, los medios de comunicación, el mercado de trabajo, las empresas y diversas instituciones. Por lo anterior, para lograr relaciones más equitativas entre los sexos es necesario provocar un cambio cultural al nivel de todas esas instituciones, ir eliminando paulatinamente los estereotipos y garantizar igualdad de oportunidades de desarrollo a los niños y a las niñas.<sup>18</sup>**

Dentro de este marco, tratemos de explicar por qué las mujeres son parte fundamental no solo de este trabajo, sino de la sociedad misma, aquí el concepto de mujer, desde la teoría del género:

**Mujer: “...La teoría de género es el punto de partida para mostrar cómo es que la situación de la mujer no está determinada biológicamente por su sexo, sino culturalmente por los roles asignados o por la interpretación social de lo biológico que se asignan a su sexo, es decir, por el género. De esta manera, se explica cómo es que la situación de la mujer es producto de un cierto tipo de relaciones sociales de subordinación de lo femenino a lo masculino”...”se hace alusión a algunos de los tipos de violencia que con mayor frecuencia se ejercen contra la mujer: violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia sexual en el matrimonio, hostigamiento sexual; y se concluye con una serie de reflexiones acerca del derecho a la dignidad, integridad y a estar libre de violencia<sup>19</sup>**

Sin duda alguna el papel de la mujer en México en el siglo XXI, ha presentado enormes cambios lo cual le ha permitido ser consciente de sus derechos; en la vida social, sin embargo es importante considerar que falta mucho por hacer, para mejorar las condiciones de vida, así como erradicar la violencia a la que ha sido sometida a través de la historia. La lucha por la sobrevivencia es el motivo principal de sus vidas, es motivo y razón de su ser. “El que no alcance el gasto”, “sacar adelante a los hijos...” son el motivo

---

<sup>18</sup> Siete estudios y una conversación María de la Paz López y Vania Salles. Primera edición 2004. Pág. 90

<sup>19</sup> Análisis jurídico de la violencia contra las mujeres. Guía de argumentación para operadores jurídicos, 2a. ed., España, Instituto Andaluz de la Mujer, 2004, p. 13

principal de sus preocupaciones, de su desesperación, depresión y tristeza. No se sabe dónde empieza la responsabilidad y donde acaba, expresando con toda claridad sus frustraciones y limitaciones cuando no pueden resolver en la cotidianidad el bienestar de la familia.

En México son asesinadas 7 mujeres cada 24 horas, según datos del INMUJERES Nacional de 2015, confirmados por el Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio (OCNF). México, Ocupa el lugar 16 en la incidencia de homicidios de mujeres a nivel mundial (ONU Mujeres 2013).

Si bien es cierto que ante la ley todos los seres humanos son iguales, la realidad y específicamente la biología impone diferencias para que las personas sean tratadas de diferente manera, según su sexo, aunque los derechos humanos son iguales para todos, adquieren una determinada connotación en virtud de quien pretenda ejercerlos.

**“...existen en su interior restos arqueológicos del pasado que han permitido mantener relaciones humanas desiguales y jerárquicas, basadas en la creencia de una naturaleza humana que se presenta en dos formas: mujeres y hombres, a las que la naturaleza les ha proporcionado valores y capacidades morales e intelectivas distintas”.**<sup>20</sup>

En base a lo anterior se entiende que la supremacía masculina ha sido institucionalizada en determinados grupos sociales, no obstante, existiendo y sabiendo de la igualdad de derechos y oportunidades, las mujeres aún siguen siendo sometidas por su cónyuge o pareja sentimental, bajo el argumento que así fueron educadas desde niñas, no importa cuán cansadas estén, si trabajan o no en alguna otra actividad, aparte de las labores domésticas propias del hogar, siempre tendrán las “obligaciones del hogar”.

Un aspecto importante es el papel de la mujer como madre de familia, nuestras mujeres adquirieron el papel de trabajadoras en el campo y formadoras de sus hijos. En la actualidad, por la difícil situación económica de nuestro país, la mujer sale de su hogar a trabajar, para cubrir las necesidades básicas de su familia. De la misma forma se ha elevado el número de mujeres que viven solas o se convierten en cabeza de familia debido a los divorcios y/o separaciones.

Para hablar de la mujer mexicana comencemos primero, por la distinción entre la mujer de pueblo y la ciudadina, la primera es vista sin poder, dedicada a los deberes familiares, confinada en el hogar y en total subordinación al hombre, consagrada a las labores domésticas; y no olvidemos

---

<sup>20</sup> Análisis jurídico de la violencia contra las mujeres. Guía de argumentación para operadores jurídicos, 2a. ed., España, Instituto Andaluz de la Mujer, 2004, p. 13

el determinante papel que tiene la iglesia en este concepto, la mujer se queda sola a cargo de la familia y funge como un pilar para su casa y la comunidad de la que forma parte. En el caso de la mujer urbana, la que tiene una vida laboral en crecimiento en el país, en algunos casos su objetivo primordial son sus estudios; en una etapa de su vida deja de lado el encontrar una pareja estable y la formación de una familia propia e hijos, en ambos casos la familia, es en su mayoría eje central de sus vidas.

## **Familia**

Este enfoque es de máxima relevancia, como pauta orientadora, es eje de estudios donde se destaca el trabajo doméstico del papel de la mujer ya que la familia es la base de inicio de relaciones interpersonales principalmente que posteriormente se transmiten a la sociedad. Existen diferentes modelos de familias que se presentan a continuación, de acuerdo a los aportes de Vania Salles:

**“Familias nucleares.- Formada por esposo, esposa e hijos aisladas de sus familias de origen. El líder es el esposo, quien proporciona determinado estilo de vida. Que varía según las pautas heredadas por la familia. El papel de la mujer son labores de socialización. Viven del contexto de lo moderno, donde nace el matrimonio como un sentido moral ejemplar, donde se concibe como control de la sexualidad familiar y más de la femenina”**

**Familia ampliada o extensa. Establece líneas bilaterales de parentesco de varias generaciones, las formas de dominio son patriarcales se ejerce sobre la mujer y los hijos, como reflejo de cambios profundos observados en las relaciones sociales del capitalismo.**

**Familia nuclear.- Viven del contexto de lo moderno, donde nace el matrimonio como un sentido moral ejemplar, donde se concibe como control de la sexualidad familiar y más de la femenina. Se presenta en sociedades urbano-industriales de la actualidad.”<sup>21</sup>**

Entonces se considera la familia como la célula principal de la sociedad, es donde se aprenden los valores y la práctica de éstos constituye la base para el desarrollo y progreso de la sociedad. Años atrás, se entendía por familia a aquella integrada por la madre, el padre y los hijos, un concepto clásico llamado familia nuclear. En la actualidad, el término ha ido modificando, ahora el concepto no sólo se centra en los lazos consanguíneos, nuestra familia puede ser el grupo de personas con el que nos sentimos protegidos con cierto grado de bienestar.

---

<sup>21</sup> Vania Salles. Cuando hablamos de familia ¿de qué familia estamos hablando?, Nueva Antropología, vol. XI, núm. 39, junio.

Si el núcleo familiar está dañado, la comunidad adolesce de estas fracturas y las refleja en sus relaciones y entornos; surgen acciones de violencia, desapegos, inconformidades, ¿Pero que entendemos por familia?, podemos mencionar diferentes análisis, para tener una idea más clara:

**Horkeimer, analiza la familia como espacio de ejercicio de autoridad y reproducción social del consenso.**

**Pitrou, analiza la familia desde la percepción feminista, donde propone la inserción laboral a la mujer, la responsabilidad compartida de los hijos.**

**Marx Engels, considera la familia como una forma de organización social.**<sup>op. cit. 22</sup>

A partir de los diferentes conceptos, salta la gran preocupación intelectual por la familia y los procesos de reproducción social, aunque se han enriquecido en estos últimos años con una nueva mirada, la participación de algunas mujeres que han tomado las riendas de los ingresos, salen y entran de su hogar, en busca del vestido, alimentación y con los gastos de la familia, ahora están más centradas en los aspectos de educación, pero también es cierto que muchas de ellas siguen siendo sometidas a maltrato y violencia, física y psicológica por su cónyuge o pareja sentimental.

Como se puede observar el papel de la mujer, esposa, ama de casa, madre de familia responde a las expectativas sociales; que a las mujeres les toca asumir y se les pide conformarse; no se espera que renuncien a sus necesidades y a sus derechos, derechos que están muy lejos de ser reconocidos y mucho menos de ser exigidos ante la sociedad, e incluso por ellas mismas. El derecho “a ser libres” debería ser su derecho fundamental, pero no está en el horizonte próximo de la vida y menos aún de las que viven en pobreza.

Sin duda alguna la pobreza, es en primera instancia, el motivo por el cual la mujer constituye su propio modelo de auto-atención (MAA), que parte desde su propia cultura y cosmovisión de la enfermedad.

Luego de haber revisado los conceptos de Mujer y Familia abordaremos la importancia que tienen los esquemas de atención doméstica y los procesos de atención que involucran los mixtos que integran los recursos domésticos y el papel del médico, así como la relación que tienen estos con el estrato socioeconómico al que pertenecen, la escasa escolaridad y el estilo de vida, en las condiciones de pobreza y pobreza extrema, donde predomina la ejecución del Modelo de Autoatención, propios del grupo que se ha atendido en este trabajo, ahora veamos el concepto del Modelo de Autoatención:

**“El Modelo de Autoatención... supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico familiar, respecto a los procesos salud-enfermedad. Integran la alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de la enfermedad...”<sup>22</sup>**

El trabajo de Rosa María Osorio, ofrece una amalgama de ideas que puntualizan muy bien la forma en que las mujeres aprenden en medio de la pobreza formas de entender y atender la enfermedad y como realizan estrategias diversas para resolver el problema de salud de sus escenarios domésticos, aquí el concepto de saber y entender la enfermedad:

### **Saber y entender la enfermedad**

Es preciso considerar el saber médico en términos de representaciones y prácticas sociales, constituidos a partir de sus grupos de socialización y acción profesional, función que se realiza no solamente para pensar e intervenir sobre la enfermedad sino, sobre todo, como forma de tratar al enfermo. Por lo tanto, el concepto de saber se refiere a **“un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias a partir de que lo sustantivo es el efecto del saber sobre la realidad”**<sup>23</sup>

En este concepto se propone el reconocimiento de la atención médica primaria que inicia en el ámbito doméstico es, sin duda, el primer sistema de atención a la salud en México, motivo por el cual se hace énfasis en la importancia de situarse en el contexto doméstico y el reconocimiento del papel central de las madres como guardianes de la salud y de cómo sus representaciones y practicas determinan la búsqueda de la solución a la enfermedad, aquí lo dicho por Kleiman:

**Según Kleiman, deben ser entendidos los MMA como sistemas culturales simbólicos, a partir de los cuales se analizan las respuestas sociales de la enfermedad en términos significativos y de experiencia<sup>24</sup>**

La gente a menudo conoce los remedios de la medicina tradicional como «alternativa», puede decirse que los recursos para sanar se presentan en todos los sistemas de salud, modalidades, y prácticas con sus teorías y creencias, que identifican una comunidad en particular, esto nos ayuda a entender que la medicina tradicional puede variar de una comunidad a otra.

---

<sup>22</sup> Osorio Carranza Rosa María Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles.

<sup>23</sup> Eduardo Menéndez, en: Morir de alcohol, saber y hegemonía médica, Méjico, Alianza, 1990.Pag. 83

<sup>24</sup> En Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. Rosa María Osorio

Las razones por las cuales una familia llega a aplicar la medicina tradicional o alternativas a un enfermo son variadas, entre las más frecuentes, encontramos, la pobreza, desconocimiento de la misma enfermedad, negligencia, etc... Pero ante una enfermedad, sin duda alguna siempre en primera instancia esta la figura materna.

Con base en lo anterior podemos decir que existen diferentes sectores de salud, para la atención de la comunidad, según sus necesidades.

**“1- Sector cuidados para la salud.- concierne a los practicantes de la medicina.**

**2.- Sector Folk.- Relativo a los curanderos indígenas (en sentido nativo)**

**3.- Sector popular.- Corresponde a la cultura profana, organizada a nivel familia de las redes familiares sin que participe el profesional. Es aquí donde se genera la mayor parte del diagnóstico y curación en cualquier tipo de sociedad, entre el 70 y 90 % de casos de enfermedad son resueltos en este nivel” .<sup>25</sup>**

Esto conlleva a pensar que el hecho de que esta práctica médica no sea reconocida por el sistema de salud en México, no exista y que no funcione, es un hecho que son prácticas que si funcionan para determinados grupos sociales.

Los Modelos explicativos de salud hacen referencia a los episodios completos de la enfermedad, como son.

Etiología

Tiempo

Modo de la aparición de los síntomas de la enfermedad

Fisiopatología.- curso de la enfermedad (severidad y tipo de rol del enfermo)

Tratamiento

Existen tres modelos alternativos de atención a la salud, que son planteados como elaboraciones hechas por individuos como respuestas adaptativas en los sistemas de salud, destacándose el Modelo Médico Hegemónico, MMH que incluye la biomedicina, medicina alópata, medicina científica y no permitirá comprender el saber médico, en términos de racionalidad ideológica- técnica, veremos ahora los conceptos del Modelo Médico Alternativo Subordinado, El Modelo de Autoatención y el Modelo Médico Hegemónico, discutidos por Eduardo Menéndez:

---

<sup>25</sup> Op cit p. 24

## **MODELO MEDICO ALTERNATIVO SUBORDINADO (MMAS)**

**“Integrado por las practicas medicas reconocidas como “tradicionales” así como otras prácticas médicas alternativas, como la medicina alternativa, la acupuntura, la herbolaria, las practicas espiritistas y otras que el MMH estigmatiza o por lo menos subordina ideológica e institucionalmente**

## **MODELO DE AUTOATENCION (AA)**

**supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico familiar, respecto a los procesos salud-enfermedad. Integran la alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de la enfermedad.**

## **MODELO MEDICO HEGEMONICO**

**Menéndez estructura su propuesta teórica metodológica a partir del análisis de las relaciones de hegemonía/subalternidad que establecen los distintos modelos de atención reconocidos MMH (modelo medico Hegemónico)<sup>26</sup>**

**“La Hegemonía médica y subordinación legal de las medicinas indígenas. En las relaciones de poder se ha menospreciado la medicina indígena. Jane Estepa (1983), publico en la OMS una revisión sobre la regularización jurídica de la práctica de la medicina tradicional.”<sup>27</sup>**

Durante mi formación como especialista en Estomatología en Atención primaria, me llevan a retomar y confirmar lo dicho sobre el Modelo Medico Hegemónico por E. Menéndez y que Roberto Campos Navarro de igual manera coincide, el expresa:

**“...Como se sabe la medicina científica surge de los países europeos industrializados como Inglaterra, Alemania y Francia, como un valor universal, esta concepción universal ha producido enfrentamientos con otras medicinas.**

**Conviene aquí mencionar el MMH que tiene una serie de rasgos estructurales como:**

**Asimetría en la relación médico paciente, con una marcada subordinación.**

**El paciente es marcado como responsable de su enfermedad y es criticado como ignorante en cuestiones médicas.**

---

<sup>26</sup> Menéndez Eduardo, Modelo hegemónico, modelo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Ed. 1992. p. 97-113

<sup>27</sup> Campos Navarro Roberto, en Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina



## **Exigencias de participación en acciones médicas (campana de vacunación, prevención de enfermedades etc.)...”<sup>28</sup>**

A continuación veremos el Concepto del Modelo Médico Hegemónico descrito por su autor Eduardo Menéndez, quien plantea su origen y discute sus componentes:

### **MODELO MEDICO HEGEMONICO**

Actualmente en México la medicina alópata tiene un papel protagónico, dejando esta como la única forma reconocida por el estado de devolver la salud a una persona, dejando totalmente subordinada la medicina tradicional y alternativa. Puede decirse que la medicina alternativa tiene antecedentes culturales, en oriente dentro de la cosmovisión de esa zona geográfica. La medicina tradicional abarca una amplia variedad de terapias y prácticas curanderiles, que varían entre países y regiones del mundo. La medicina tradicional se viene manejando desde hace miles de años, y sus practicantes han contribuido a la salud humana, de generación en generación, en particular se han desempeñado como proveedores de atención primaria de salud en su comunidad, por lo tanto se puede decir que el modelo medico hegemónico es el único legitimado en México y que nos es impuesto por el gobierno federal. Menéndez retoma de Gramsci el concepto de Hegemonía:

**EL CONCEPTO DE HEGEMONÍA PARA GRAMSCI**  
Antonio Gramsci (1891-1937), educador y dirigente comunista, Hegemonía deriva del griego eghesthai, que significa “conducir”, “ser guía”, “ser jefe”; o tal vez del verbo eghemoneno, que significa “guiar”, “preceder”, “conducir”, y del cual deriva “estar al frente”, “comandar”, “gobernar”. Se trata, pues, de un término militar.<sup>29</sup>

**Entiendo por Modelo Médico Hegemónico el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes, ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr**

---

<sup>28</sup> idem.

<sup>29</sup> Gruppi L. El concepto de hegemonía en Gramsci. México: Ediciones de Cultura Popular; 1978. Caps. 1 y 5. Págs. 7-24 y 89-111

identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Mi análisis de este modelo no supone una posición maniquea según la cual la medicina denominada científica cumple "en si" funciones que pueden ser consideradas como negativas; ni tampoco implica una recuperación romántica de las prácticas conocidas en la actualidad como "alternativas". Mi preocupación por el MMH debe relacionarse con varios niveles problemáticos, de los cuales en este trabajo me interesan destacar dos. Por una parte el contraste entre el desarrollo del MMH y las condiciones dominantes de mortalidad en la mayoría de los países de América Latina, por otra parte la posibilidad de plantear, a través del análisis de este modelo y de su crisis, una propuesta de atención primaria basada en el modelo de autoatención. Debo indicar que el análisis integral del MMH no puede reducirse a sí mismo, sino que el mismo debe ser descrito y analizado tanto en un nivel de autonomía, como referido a las condiciones históricas en las cuales opera. La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas.”...” Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico<sup>30</sup>

El MMH, tiene la tendencia a la propia práctica curativa basada en la eliminación de los síntomas sin atender otras cuestiones que están relacionadas con la misma enfermedad, como lo son los determinantes sociales.

La participación subordinada de los pacientes está relacionada con la atención y la relación médico- paciente. El médico y el paciente se saben distintos, se reconocen en planos diferentes, se ubican en niveles contrapuestos: uno es el que sabe, el que indica qué es lo que el otro debe hacer para “curarse” y el otro escucha y acepta el diagnóstico médico, de la

---

<sup>30</sup> Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

misma manera, el médico, ignora los saberes del paciente, a quien le da vergüenza discutir con sus argumentos al médico.

Según Menéndez, en los países capitalistas el sector salud es la segunda área de mayor creación de puestos de trabajo. Esto demuestra a grandes voces la mercantilización que es la salud. Detrás de cada enfermedad se encuentran grandes laboratorios y jugosos dividendos. El hecho de “sanar una herida” no se trata de simple altruismo, se trata de un negocio. Lo cual demuestra, que el MMH, se ha impuesto como una orden, dentro de la sociedad.

Con esto se puede decir que los intereses privados siempre están por encima de los públicos, aun tratándose de la misma salud pública, es decir imponer su visión dominante sobre los grupos subalternos, aquí otras ideas sobre las funciones del Modelo Médico Hegemónico:

**Las funciones del MMH, la estructura del MMH se ejerce a través de toda una serie de funciones, una parte de las cuales no suele ser reconocida por la propia práctica médica, incluida la salud pública. La descripción y análisis de estas funciones posibilita explicar no sólo la sobre determinación de la salud pública por el sistema social en el cual está incluida, sino la racionalidad social, ideológica y técnica que ella estructura para intervenir en el proceso s/ e/ a. Las funciones que cumple el MMH pueden ser organizadas en tres grupos: uno que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; un segundo grupo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación; y un tercero en el cual incluimos las funciones económico-ocupacionales<sup>31</sup>**

Como se puede apreciar, el rasgo estructural dominante del MMH es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la jerarquización respecto de otros factores explicativos de la práctica médico-odontológica. El biologismo constituye un carácter tan obvio que no parece reflexionar sobre otras posibilidades de otras causales del proceso salud enfermedad atención (SEA).

De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo biológico no sólo nos constituye una identificación, como médico u odontólogo, sino que es la parte constitutiva de la formación como profesional de la salud. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los

---

<sup>31</sup> Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos, dejando de lado hechos tan relevantes como son los determinantes sociales.

La medicina como un instrumento de poder en el campo de la salud, las personas más poderosas son las que manejan las finanzas y la economía sanitaria, tanto a nivel público como privado, ya que el dinero gastado en medicina influye directamente en nuestras vidas. En el mundo en que vivimos los métodos quirúrgicos a los conservadores, producen dividendos mayores en un tiempo menor, a manera en que los médicos se han tenido que adaptar a las condiciones impuestas por la “Industria de la Salud”.

**“Mi error, y el de toda una generación de médicos, fue crecer con la convicción de que la economía tenía poco que ver con el quehacer médico. Como a muchos colegas, primero me costó trabajo admitir que los cambios más importantes en los indicadores de salud de un pueblo son el resultado de intervenciones médicas”, dice Menéndez.**

Esto ha condicionado que en la literatura científica, aparezcan cada vez más trabajos relacionados con sustancias químicas, con procedimientos quirúrgicos y con el empleo de la más diversa tecnología, y cada vez menos en proporción, con el empleo de recursos de la sociedad en general, con el fin de lograr mejores diagnósticos mediante el empleo de los recursos tecnológicos, constituyendo esta una de sus formas de repercusión en el pensamiento científico y en el desarrollo tecnológico.

Un proceso paralelo ha ido ocurriendo, en correspondencia, en el paciente. Poco a poco el paciente ha ido comprendiendo la labor del médico como un servicio que se renta o se compra, que él solicita y paga en función de resultados concretos. Cuando no obtiene o cree haber obtenido lo esperado en calidad o cantidad, suele recurrir, con frecuencia, a la demanda y exigir indemnización o devolución del pago. Esto ha llegado a convertir a la demanda y a la exigencia de indemnización en una nueva forma de relación Médico Paciente, solo que ésta es mucho más agresiva que las formas precedentes en función de garantizar las “buenas prácticas”.

Dado que el valor de la “mano de obra” del médico, donde dada la crisis económica que atraviesa el país con salarios deficientes, que ha llevado a la población a poner otras prácticas de medicina tradicional, veremos ahora la clasificación de estas prácticas emanadas de Roberto Campos Navarro, quien ha aprendido de Menéndez desde el Modelo Médico Hegemónico otros conceptos sobre las prácticas de la Medicina tradicional:

**Medicina popular tradicional.- conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos utilizados por los curadores sin estudio académico, pero en este caso de origen mestizo.**

**Medicina indígena tradicional.- conjunto de conceptos y saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos o curadores de**

las diversas etnias de México y Bolivia, que han sido aprendidos de generación en generación.

La línea de separación entre la medicina indígena y la popular, es que la medicina popular tradicional está más relacionada con el ámbito urbano y sus expresiones suelen ser más abigarradas e influidas por culturas foráneas, en especial la occidental.<sup>32</sup>

Siendo la práctica de la Medicina alternativa (naturismo, acupuntura, iridología entre otras), estas al igual que otras forman parte del modelo subalterno, en posición de inferioridad o desventaja frente a la medicina académica.

Otro aspecto a analizar del MMH desde su punto de vista, económico/político, institucional, son las funciones técnicas y sociales a través de las cuales se establece la hegemonía, como un eje político en el más amplio sentido del término, es decir implicando el proceso salud/enfermedad/ atención, el cual describe especialmente la expansión del saber e ideología médica en las clases subalternas.

**Dimensión económico-política** Esta es la dimensión de mayor generalidad, y a través de la misma observamos la existencia de procesos similares en el desarrollo de la biomedicina, y en las estructuras y desarrollo económico/políticos de las formaciones capitalistas. Aunque obviamente, es importante recordar que el surgimiento y desarrollo de la biomedicina se dará en los países de mayor desarrollo capitalista. Y si bien es correcto asumir que parte de los primeros aportes importantes de la investigación biomédica se dio en países capitalistas menos desarrollados en términos económicos, como fue el caso de Italia en los siglos XVII y XVIII, lo cierto es que a medida que se desarrolla el capitalismo, la concentración de las invenciones y propuestas biomédicas de todo tipo se concentrarán cada vez más en un reducido número de países de alto desarrollo capitalista (Inglaterra, Francia, Alemania, EE.UU.), desde los cuales se difundirán hacia los países periféricos. Las relaciones entre desarrollo capitalista y MM pueden ser analizadas a través de dos aspectos complementarios. Por una parte, a través del desarrollo capitalista según sus fases de acumulación primitiva, etapa de libre cambio, fase de concentración oligopólica, incluyendo las orientaciones que reformulan las relaciones entre condiciones económico/políticas y salud a partir de las propuestas fascistas, populistas y socialdemócratas en el poder.<sup>33</sup>

Estos procesos económico/políticos están en la base de la transformación de la propia profesión médica, desde formas basadas en el profesional liberal independiente hasta el profesional asalariado de una institución oficial o privada de salud. El capitalismo impulsará, como ya señalamos, el desarrollo de

---

<sup>32</sup> Campos Navarro Roberto Legitimidad social y proceso de legitimización de la medicina indígena en América latina.

<sup>33</sup> Menéndez, Eduardo L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores Salud Colectiva, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 9-32 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina. Pág. 20

nuevas formas de trabajo, así como el desarrollo de nuevos sectores sociales que demandarán atención médica según sus necesidades y sus posibilidades diferenciales de consumo. Esto dará lugar al desarrollo de un sector ocupacional médico que se incrementará según las capacidades de compra de servicios por parte de los conjuntos sociales, de las políticas de salud y de seguridad impulsadas por los sectores dominantes así como de las capacidades organizativas de las clases subalternas

El presente trabajo analiza el desarrollo que ha tenido la medicina, que se ha acuñado con el nombre de Modelo Médico Hegemónico, su determinismo, no solo en la práctica médica, sino, en la educación de los estudiantes que se forman y egresan de la Facultad de medicina reproduciendo las características del mencionado modelo.

La medicina en la actualidad es un sistema complejo de conocimientos especializados, procedimientos técnicos y formas de conducta construidos en un proceso de varios siglos, pero también podemos decir que se presenta como un campo de poder en el que algunos, tienen más probabilidades que otros de recibir los premios y las recompensas. ***Bourdieu define al campo como un lugar de luchas por el capital simbólico. "El campo científico es un campo de luchas como cualquier otro"***<sup>34</sup> Bourdieu dice que los campos (científicos) se presentan como espacios estructurados y se ha convertido en un sistema extenso de hospitales, clínicas, postas de salud, centros médicos, compañías de seguros y otras organizaciones que emplean una fuerza de trabajo importante.

Esta transformación se ha debido no solo al avance de la ciencia y la satisfacción de las necesidades humanas sino también a su autoridad en la sociedad, la medicina es no solo el desarrollo de una ciencia, sino también el relato de conflictos con el poder político de turno, con las creencias y tradiciones, con los nuevos mercados, y con los vínculos sociales, culturales y económicos que establecen los Estados y los gobiernos.

**“Cuanto más avanzada está la ciencia, y tiene pues un logro colectivo más importante, mayor es el capital científico que supone la participación en la lucha”**<sup>35</sup>

El conocimiento especializado coloca al médico en una posición privilegiada de una profesión que se fundamenta en una disciplina científica. Para el común de las personas este poder parece cosa legítima, cuando los médicos afirman que tienen autoridad para hablar de la naturaleza de una enfermedad o un problema de salud que afecta a una colectividad generalmente la sociedad se atiene a su juicio.

---

<sup>34</sup> Bourdieu Pierre; Sociología y Cultura, México, Ed. Grijalbo, 1993.Op.cit.p. 63

<sup>35</sup> Bourdieu P., 1993 Op. cit. pág. 63

Si bien es cierto que el MMH considera al individuo como la unidad de análisis y en ese contexto estrictamente a la enfermedad como la alteración patológica, que se manifiesta por la alteración de los parámetros normales, omitiendo completamente los determinantes sociales como parte del proceso salud/enfermedad/atención.

Es la historia del despojo, la pobreza extrema y la injusticia social dentro del capitalismo, donde el paciente con menos recursos (pobreza y pobreza extrema) ocupa el último lugar de la escala social, lo cual explica su actual situación de sometimiento y abandono social, incluyendo los servicios médicos básicos, que la misma constitución Política de México (Art. 4°), señala como un derecho, así como la ley general de salud.

Dentro de estos determinantes que se señalan en la declaración de Adelaida y Yakarta, el que más impacto y relación tiene en la sociedad, es la pobreza, siendo este también una limitante para acceder a los servicios de salud.

Luego de haber analizado profundamente los componentes y el concepto del Modelo Médico Hegemónico y considerando la importancia que tiene la pobreza para que este opere en el medio, se analizara ahora el concepto de pobreza.

### **Pobreza**

Sabemos que la pobreza es un problema multifactorial, vinculada a una serie de factores, políticos, económicos, cambios en el mercado de trabajo, movilidad social, y cambio en las oportunidades ocupacionales. La pobreza es consecuencia del desarrollo desigual de la economía nacional, pero también se atribuye a factores territoriales, como distribución espacial de la población, la pobreza abarca adicionalmente condiciones personales, que tienen que ver con características individuales, donde intervienen diferentes factores como son: La educación, la salud y el entorno ambiental.

Estadísticamente en la actualidad, son más de 55 millones de personas las que viven en la indigencia, Además, el 9,5%, es decir, 11,4 millones de habitantes, sobreviven bajo una situación de pobreza extrema según el CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). Los datos de las publicaciones que realizan provienen del INEGI, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

**Según la OMS, en varios de sus comunicados califica la pobreza como la enfermedad más mortal del mundo, debido a que se registran a nivel mundial gran parte de ellas se relacionan con la pobreza y las malas condiciones de vida<sup>36</sup>**

Veamos primero cuáles son algunas de las causas de la pobreza, para después explicar por qué las mujeres son más susceptibles de verse afectadas

---

<sup>36</sup> Pobreza mundial.com

por esas causas y qué prescripciones pueden hacerse para modificar su mayor vulnerabilidad. Analizando los factores que llevan a las personas a la pobreza o las mantienen en ella, es convencionalmente separarlas cuando son causas personales, de familia o derivan del entorno, entre las causas que afectan a los individuos se encuentran las siguientes:

**• Carencia de activos productivos (tierra, capital, acceso a tecnología) • Mala calidad de los activos disponibles (tierras deterioradas, falta de agua, equipos obsoletos, ganado de mala calidad, etc.) • Inaccesibilidad al crédito • Baja o nula inversión en capital humano (educación, capacitación, salud, alimentación) • Aislamiento y ausencia de redes de relaciones • Vejez • Discapacidad • Enfermedad • Desempleo • Baja autoestima, depresión, inseguridad • Ambiente cultural familiar pobre.**

**Causas de la pobreza de las familias • Catástrofes familiares • Familias extensas • Carencia de capital productivo • Enfermedad, muerte, discapacidad de miembros activos del grupo • Desempleo del generador(a) principal de ingresos Causas externas de la pobreza • Desigual distribución de la riqueza (tierra, capital y equipo) • Desigual distribución de la información y el conocimiento • Ausencia o reducidas oportunidades para formación de capital humano en el entorno accesible (escuelas, centros de capacitación, servicios médicos, oferta de alimentos, viviendas, etc.) • Carencia de oportunidades de empleo o de actividades generadoras de ingresos • Bajos niveles de retribución a la fuerza de trabajo • Escaso o nulo desarrollo de los mercados de bienes y servicios y de factores de la producción • Bajos precios a los productos de los productores pobres y términos de intercambio injustos • Catástrofes humanas (crisis económicas, guerras, desastres ambientales) y naturales (inundaciones, terremotos, ciclones, etc.)<sup>37</sup>**

Como se puede apreciar la pobreza comprende diversos componentes o dimensiones, es decir, se trata de un fenómeno de naturaleza multidimensional que no puede ser considerado, única y exclusivamente, por los bienes y servicios que pueden adquirirse en el mercado, sino que también, incluye factores históricos, culturales, sociales y políticos que se interrelacionan estrechamente con elementos económicos.

Indudablemente todos son relevantemente importantes, pero considero uno de los más importantes el ambiente cultural pobre ya que de aquí nace un gran índice de deserción escolar en los primeros años de escuela se relaciona con la carencia de estímulos para el desarrollo de las habilidades mentales, motrices, de relación, de comunicación, etc., posiblemente, ésta es la etapa de la vida donde se condiciona de manera irreversible el futuro de los seres humanos. Además de las deficiencias en la alimentación y en la protección de la salud que pueden ocurrir a lo largo de este ciclo de vida de las personas, un

---

<sup>37</sup> López María de la Paz y Salles Vania, Observatorio de género y pobreza. Siete estudios y una conversación. Primera edición: 2004 pág. 93, 94,95



ambiente cultural pobre introduce serias limitaciones a su desarrollo posterior, desde el punto de vista intelectual, y condiciona mucho de su desempeño cuando se convierten en adultos, aquí lo dicho por Menéndez:

**...“Desde mi punto de vista para entender los procesos específicos de la pobreza debemos escribirlo y analizarlos a partir de sus particularidades aunque siempre vinculada a los procesos generales en una permanente relación entre lo general y lo particular. (Menéndez 1993)...”**

En este sentido cabe señalar que las grandes desigualdades sociales, son el mayor generador de pobreza, sin duda alguna, la pobreza es el fenómeno que atenta no solo con el desarrollo de una comunidad, sino de un país entero, con pobreza no puede existir desarrollo en todas sus modalidades, ni justicia social, dejando una juventud inmersa en la delimitación del conocimiento, debido a la pobreza de algunas familias, lo cual ha aumentado el número de jóvenes que se ven obligados a dejar sus estudios y ponerse a trabajar para ayudar en casa, siendo esta una situación aprovechada por algunos patrones, ya que la mano de obra infantil es más barata, por ser esta ilegal, aquí datos del Banco Mundial:

**“en 1980 el (BM) había propuesto una serie de medidas la mayoría de las cuales se encuadraban dentro de las estrategias de atención primaria, que buscaban mejorar la calidad de vida y salud de la población de los países en vías de desarrollo. Las principales eran incrementar la producción de alimentos básicos, que asegure un mínimo de alimentación adecuada, expandir la escolaridad de la población, especialmente la educación primaria y extender la cobertura en salud totalmente a nivel atención. Propone además desarrollar programas de educación para la salud, eliminar las enfermedades transmisibles y disminuir la fecundidad.**

**Las condiciones de desigualdad social y economía denominan la trayectoria de la mayoría del proceso s-e-a no solo en MEXICO sino en América Latina (Cuadernos de Suade, publicación 2002, OPS 1999). Las desigualdades e inequidades como refiere decir el sector salud, se expresan a través de una serie de variables entre las que destacan los niveles económico-ocupacionales, la pertenencia del medio rural o urbano, la condición del indígena y no indígena, la situación de marginalidad o pobreza, la pertenencia o no a la seguridad social, la adscripción o no al seguro de gastos médicos mayores y la situación de género.**

**Dado que México y América latina se caracterizan por el dominio e incremento de desigualdades socioeconómicas, es necesario recordar que estudios recientemente “demuestran que las sociedades**

**que tienen mejor nivel de salud son las más igualitarias, son las que tienen alta cohesión social y una fuerte vida comunitaria (Pelligrini 1999. 219).**<sup>38</sup>

Sin duda alguna las políticas económicas adoptadas en México han contribuido a la desigualdad en la distribución del ingreso. Actualmente, ante las crisis presupuestales debidas a deficientes sistemas fiscales y a los modelos impuestos, la tendencia es traspasar las responsabilidades sociales de los gobiernos a los sectores privados y a las organizaciones de la sociedad civil promoviendo la idea de corresponsabilidad.

El sistema de salud y de educación, sectores que hacen uso de los servicios públicos gratuitos, algunos han quedado a prestadores de servicios privados, contribuyendo a profundizar la desigualdad. Los servicios de calidad con altas tecnologías para los que más tienen frente a servicios de pobre calidad y tecnológicamente rezagados para los demás.

La pobreza como problema social y como condición de vida individual, trae consigo otra multiplicidad de problemas sociales como son problemas de adicciones y falta de control en el consumo del alcohol, ahora veremos la diferencia entre el alcoholismo considerado como enfermedad y los procesos de alcoholización integrando la parte social que genera el proceso de alcoholización:

## **Alcoholismo y proceso de alcoholización**

Es importante señalar que estos conceptos son totalmente diferentes, ya que alcoholismo, es el término propio de la enfermedad y proceso de alcoholización, son todos los factores que contribuyen para que un sujeto se convierta en un enfermo alcohólico:

**Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina como «toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales...».**<sup>39</sup>

Mientras que para E. Menéndez. **“El alcohol es una sustancia química, caracterizada por una serie de propiedades, cuyas consecuencias y funciones operan básicamente, a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que lo utilizan, es decir el alcohol puede generar**

---

<sup>38</sup> (INI, 2000, Menéndez, 1994).”

<sup>39</sup> Consejo Ejecutivo (1991). Organización Mundial de la Salud, ed. *PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO Y EL USO INDEBIDO DE DROGAS. Informe del Director General sobre los progresos realizados*

**consecuencias patológicas a nivel psíquico, físico en función de las características (cirrosis hepática, intoxicación, delirio, etc.). Pero la mayoría son consecuencias negativas serias del producto, no del alcohol sino de las condiciones construidas socialmente, Los homicidios, las violaciones, las agresiones, no son producto necesariamente del alcohol, se constituyen normatividades definidas por cada sociedad. La identificación y auto identificación de los grupos étnicos o de la clase social, el “alcoholismo” así como las estigmatizaciones son construcciones sociales, a partir de las relaciones económicas-políticas e ideológicas, que instrumentan el uso del alcohol”<sup>40</sup>**

Como se sabe, es una condición que causa dependencia, y que se puede adquirir desde la adolescencia, que por sí sola ya es una etapa difícil del desarrollo humano, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, o la imitación a los adultos, e inclusive por inducción de los mismos padres. Estos aspectos deberán, tomarse en cuenta ya que el grupo de referencia a que pertenecen, es un grupo social muy susceptible, dadas las condiciones y antecedentes familiares.

La observación de los factores sociales y personales, actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada del consumo de alcohol y otras drogas, igualmente pueden verse influidos por los medios de comunicación, familiares o amigos que beben, aquí una idea sobre el consumo:

**“...El consumo de alcohol impacta de forma negativa en la salud de los adolescentes y estimula conductas de riesgo. En esta etapa de la vida el cerebro es un órgano en desarrollo y como tal es un organismo plástico que puede ser moldeado por lo aprendido. El consumo de alcohol puede bloquear temporalmente esta plasticidad cerebral...”<sup>41</sup>**

Hay que señalar que la adolescencia es un momento de gran riesgo para el inicio del consumo del alcohol. Es un momento crítico, los padres pierden control sobre la conducta del joven, y es éste el que adquiere un cierto autocontrol de su vida. Hay que destacar la pauta de consumo juvenil que se produce en la mayor parte de los jóvenes, independientemente de su edad, sexo, clase social, u otros factores.

Igualmente es importante señalar que la embriaguez, ya es una especie de rito de paso, casi obligatorio para los adolescentes. Parece como si fuera una “socialización obligatoria” de la que apenas existen alternativas de resistencia. También es un hecho importante el ocultismo a los padres por parte de los adolescentes.

---

<sup>40</sup> Menéndez Eduardo, Alcoholismo y proceso de alcoholización, la construcción de una propuesta antropológica. 1991 pág. 13

<sup>41</sup> Rossi G, Carbajal M, Bottrill A. La Previa: el consumo de alcohol entre los adolescentes. Guía para padres y educadores. Montevideo, Santillana, 2012

La problemática más frecuentes donde se ven reflejados estos problemas, son el alcoholismo dentro de la familia. La familia se ve afectada en mayor o menor escala cuando uno de sus miembros padece el problema. Dicho problema provoca situaciones tensas en el grupo familiar, perturba la convivencia en el hogar, además supone un importante impedimento para que se produzca un desarrollo normal en las relaciones afectivas así como de la comunicación familiar. La actitud de la familia con el miembro que bebe alcohol, ha sido y sigue siendo negativa y contraproducente.

Ante esta problemática se considera que la prevención debe iniciarse en edades tempranas, con una educación basada en la moderación, reforzada con el ejemplo en la familia, así como acciones que fomenten el autoestima y las habilidades sociales, bajo esta visión, E. Menéndez señala:

**. “...Algunos profesionales de la salud critican los intentos de las personas que tratan de moderar el consumo mediante prácticas locales religiosas, como las promesas y juramentos a vírgenes y santos, por considerarlos intentos no legítimos y poco validos ya que no hay una intención real por el cambio. En suma se considera la forma de percibir y relatar el problema , tiene efectos en los intentos de solución, cuando la familia relata, el consumo con base al discurso dominante, va fortalecido una historia saturada de problemas, centrando sus explicaciones generalmente desde la enfermedad, vicio o, patología, limitando los saberes practicas particulares para enfrentarlo”<sup>42</sup>**

Cuando una persona ha desarrollado la dependencia del alcohol difícilmente podrá regresar a un consumo moderado y cuando pruebe nuevamente bebidas alcohólicas volverá a experimentar las mismas dificultades para controlar su consumo. Se sabe que el diagnóstico de consumo de alcohol es más frecuente en personas que viven en condiciones de aislamiento social; deprimido por su situación social, económica o sentimental, conllevando a otros problemas, aún más graves, como lo es el maltrato infantil, ahora se analizará el concepto del maltrato infantil.

## **Maltrato infantil**

**“NO IMPORTA CUANDO OCURRIO LA INJUSTICIA, SIEMPRE EN ALGUN PUNTO ALGUIEN TENDRA QUE PAGARLA, AUNQUE NO SEA EL DEUDOR ORIGINAL, expresa en su trabajo Imelda Ana Ortíz”<sup>43</sup>**

El maltrato infantil, es otro de los determinantes sociales, más constantes, como un problema de salud, esta comienza siempre en el núcleo

---

<sup>42</sup> Menéndez E. Alcoholismo y proceso de alcoholización, la construcción de una propuesta antropológica. 2003.

<sup>43</sup> Maltrato infantil. Dra. Imelda A. Rodríguez Ortiz

familiar en el que un miembro de mayor jerarquía (padres, tutor), produce daño físico y/o emocional, descuido o trato negligente, sobre un miembro (hijos) haciendo uso del poder que le da su status, mientras que el niño o el adolescente se encuentra bajo su custodia.

### **Antecedentes en México**

El primer caso de maltrato infantil en México se detectó en 1965 en el Hospital Pediátrico del Centro Médico Nacional.

Ahora bien, se entiende, que el concepto enfermedad, no solo se reduce a una alteración de tipo biológica en el organismo, sino también una alteración de tipo social, que en consecuencia altera todo el entorno psicosocial del niño o adolescente, veamos la posición de la OMS al respecto:

**“Según la OMS, maltrato infantil se define como los abusos o la desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.”<sup>44</sup>**

Maltrato infantil según el IMSS y el DIF:

**Definición según el IMSS. “El menor maltratado es aquel menor de 18 años que es objeto de violencia física, emocional o ambas, por actos de acción u omisión intencional que producen lesiones físicas, mentales e incluso la muerte, proveniente de sujetos que tienen alguna relación con él”.**

**“La UNICEF deriva al niño maltratado como una de las subcategorías de niños en situaciones especialmente difíciles, en las que quedan comprendidos los huérfanos, los desplazados, los abandonados, niños indígenas, secuestrados, niños en disputa por los padres, niños de la calle, analfabetas y niños trabajadores”<sup>45</sup>**

Como se puede observar son muchas las definiciones, muchas las leyes que pretenden solucionar la problemática, sin embargo los niveles de incidencia del maltrato infantil la colocan como un importante problema de salud pública.

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato

---

<sup>44</sup> OMS. 30 de septiembre de 2016

<sup>45</sup> Rodríguez Ortiz Imelda Ana, Maltrato infantil, México FES ZARAGOZA UNAM.

infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.

**El Maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad.<sup>46</sup> También es un problema universal, y al respecto Manterola afirma: "El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad".<sup>47</sup>**

El Maltrato infantil se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales.

Sin duda alguna las raíces históricas, culturales y sociales constituyen un reto a vencer al enfrentar el problema. Las diversas definiciones y clasificaciones de este fenómeno muestran las dificultades para abordarlo desde sus distintas facetas que el problema posee, y sus implicaciones éticas y legales. Llama la atención el surgimiento del investigador y experto del área para trabajar en este aspecto particular, principalmente en torno a lo psicológico y emocional, profundizando en cuanto a la etiología, y las características del agresor, agredido, disparador de la agresión y de su interacción permitirá establecer estrategias preventivas que impidan maltratar al menor.

La SSA señala como factores determinantes de la evolución de este problema lo siguiente:

- A) La ignorancia
- B) La miseria.
- C) El desempleo
- D) La falta de oportunidades
- E) Alcoholismo
- F) Violencia intrafamiliar
- G) Desarraigo y enajenación

Siendo el Maltrato infantil un fenómeno multicausal y universal, consideramos que la divulgación, instrucción y educación de la población en

---

<sup>46</sup> Martínez MM, Reyes RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 50:557-563.

<sup>47</sup> Torregosa FL. El niño maltratado. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992;II:55-74

general sobre el mismo son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia a todos; es necesario dar a conocer que no sólo el trauma físico lesiona a un niño, sino que también los otros tipos de maltrato, como el emocional, el psicológico y la negligencia, deterioran la personalidad del pequeño, y de aquí la importancia de identificar cada uno de estos indicadores. Consideremos que esta problemática va asociada con lo que es la violencia infantil, como una secuela o continuidad, ahora se verá el concepto de Violencia Infantil

### **Violencia infantil**

La violencia contra las mujeres y la violencia infantil, en el ámbito doméstico se ha demostrado que es también causante de efectos negativos para los hijos e hijas de las mujeres víctimas, cualquiera que sea la edad de los menores, quienes pueden sufrir la violencia de forma directa, en forma de malos tratos físicos o emocionales, o de forma indirecta, siendo testigos de los actos violentos que padecen sus madres, aquí una idea al respecto:

**Se entiende por violencia, la fuerza física o de coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo, en contra de otra persona o grupo de personas, que produzca como resultado destrucción o daño de los derechos de las personas o grupo de personas<sup>48</sup>**

Mucha gente utiliza la violencia como un mecanismo de resolución de conflictos, Se acude a la violencia por la incapacidad de las partes de resolver una diferencia o pleito por medios pacíficos o alternativos, se puede decir que la violencia es un instrumento de dominio e imposición.

Mi argumento es que esta práctica no resuelve sus problemas, sino que los esconde ante la sociedad, y muestra la incapacidad de la estancia para solucionar los conflictos de la comunidad, en un esquema ineficiente y con escasa rendición de cuentas a las autoridades correspondientes y a los mismos padres de familia.

Luego de haber desarrollado los argumentos teóricos para la realización de este trabajo partiendo de los principales pronunciamientos internacionales sobre la salud desde Alma Ata hasta la declaración de Adelaide, discurriendo sobre los conceptos de Mujer, Familia, el origen del concepto de Hegemonía de Gramsci y su impacto en el Concepto de Menéndez sobre el Modelo Médico Hegemónico y los Modelos Alternativos de Autoatención que retoma Rosa María Osorio y analizando los conceptos de determinantes sociales, pobreza, procesos de alcoholización, violencia y maltrato infantil, veremos ahora los resultados que se han generado luego de la realización del trabajo de campo después de 35 sesiones de trabajo.

---

<sup>48</sup> Dr. Foncerrada Moreno Simposio Humanismo y Medicina, Infancia y Sociedad.

## **OBJETIVO GENERAL**

Formar promotores voluntarios de salud, capaces de entender el proceso salud-enfermedad-atención, desde su propia construcción social y que de esta manera colaboren con el mejoramiento de su entorno ambiental y social.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1) Identificar y analizar cada uno de los diferentes determinantes sociales para que se genere el proceso salud-enfermedad-atención.
- 2) Analizar el síndrome de filiación cultural que mantienen los jóvenes y sus familias en el nuevo contexto y analizar la forma en que se relacionan con el proceso salud-enfermedad-atención.
- 3) Trabajar con padres de familia para promover condiciones favorables de diálogo espontáneo, educativo y de reciprocidad al servicio de la comunidad, así como implementar medidas educativo-preventivas para cada uno de los diferentes padecimientos de salud

## **METODO**

Se utilizaron varias técnicas de la Investigación cualitativa: Focus group, observación directa y observación participante.

Los participantes fueron personas residentes de la demarcación, internos y sus familiares, con edad mínima de 12 años, llegando hasta 18 años, para los internos, fue necesario otorgar el consentimiento informado para participar en dicho estudio, tanto de padres o tutores, así como de las autoridades del internado.

Este trabajo parte de algunos antecedentes teóricos propios del escenario del lugar, así como los procesos de “auto-atención”, donde el individuo interpreta sus padecimientos según su percepción y su concepto.

Para el estudio de estos conceptos, se requiere de dos estrategias esenciales para la recopilación de datos:

- 1) Se propone el Proyecto a las autoridades del Internado y luego de la aceptación de estas, se convoca a los padres de familia para presentarles la propuesta y reunir al grupo de personas que han aceptado participar en el proyecto.



- 2) Las entrevistas y la observación participante, con el objeto de conocer de primera mano información sobre la interpretación de su contexto social y entorno ambiental.
- 3) Se desarrollaron sesiones sobre diversos temas de interés que han surgido de la población, estos temas fueron previamente seleccionados y analizados en las sesiones se asesoría presencial del grupo de practica comunitaria de la EEAP.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados que a través de un año de trabajo de campo fueron realizado en el escenario del internado.

Pues bien, las sesiones estuvieron compuestas por 12 integrantes de la comunidad del internado “Chavos de Don Bosco”, entre ellos jóvenes y madres de familia de los mismos, cada sesión duro 2 Horas, los días de actividad fueron los sábados de 14.00.a 18.00 horas y los domingos de 9.00 a.m. a 11.00 a.m.

### Integrantes del grupo promotores de salud. “Chavos de Don Bosco”

Nombre	Edad	sexo	Ocupación	Edo. civil	L. de residencia	N. Escolar	Religión	Ocup. del cónyuge	N. esc. Del cónyuge
Zenaida	47	M	hogar	C	Tláhuac. CDMX	Sec.	Cat.	Empleado	Sec.
Victoria	37	M	T. doméstica	Madre soltera	Chalco Edo. Mex.	Sec.	Cat.	-	-
Mariana	35	M	Comerciante	Madre soltera	Chalco edo. Mex.	Sec.	Cat.	-	-
Mariana	58	M	T. social	Viuda	Iztapalapa CDMX	Técnico	Cat.	-	-
Araceli	56	M	Modista	Divorciada	Tláhuac CDMX	Técnico	Cat.	audio logo	B. técnico
Guadalupe	56	M	Empleada	Divorciada	Iztapalapa CDMX	Sec.	Cat.	Mecánico	Sec.
Fassael	28	H	Estudiante	Solt.	Iztapalapa	Lic.	Cat.	-	-
Antonio	18	H		Solt.	Iztapalapa CDMX	Sec.	-		
Hassel	17	H	Estudiante	Solt.	Tláhuac CDMX	Bac.	Cat.	-	-
Pedro	14	H	Estudiante	Solt.	Chalco Edo. Mex	Sec.	Cat.	-	-
Juan Pablo	14	H	Estudiante	Solt.	Chalco Edo Mex.	Sec.	Cat.		

Valeria	14	M	Estudiante	Solt.	Tláhuac CDMX	Sec.	Cat.		
---------	----	---	------------	-------	-----------------	------	------	--	--

Como se puede apreciar el grupo de promotores de salud, estuvo integrado por ocho adultos, todos ellos con un familiar en el internado, excepto Antonio, quien fue un exalumno del internado, quien al cumplir los 18 años tuvo que dejar el mismo, por la políticas de la misma institución, quienes dicen, “que los jóvenes al cumplir los 18 años dejaran de pertenecer a dicha institución”, incorporándose a la vida laboral y social, o en su caso seguir estudiando por cuenta propia o con financiamiento de sus padres o tutores.

Al grupo de estudiantes, solamente su pudieron integrar 4 alumnos, ya que desde el inicio de actividades, estas se vieron obstruidas por el sacerdote encargado del apoyo escolar, bajo el argumento de que **“los temas de análisis no eran aptos para los jóvenes y que mejor deberían aprovechar el tiempo en sus tareas y no perder el tiempo en dicho curso”**.

Sin duda alguna este individuo, represento el más grande obstáculo para la aplicación del curso de formación de promotores de salud, ya que mencionado sujeto en múltiples ocasiones nos restringió el acceso a las aulas, teniendo que tomar la clase en el comedor o kiosco de dicho internado.

### **SESION 1. Mi percepción (dibujo)**

En esta sesión se solicitó a las madres de familia y adolescentes realizar un dibujo donde se dibujaran ellos mismos, acerca de cómo se percibían.

### **RESULTADOS**

NOMBRE	Edad	AUTOPERCEPCION
Zenaida	47	Triste
Mariana 1	58	Resentida y preocupada por su hijo
Mariana 2	35	Triste y ansiosa por sus hijos y nietos
Araceli	56	Preocupada y con sentimientos de culpa
Patricia	34	Preocupada ya triste por su hijo
Guadalupe	55	Enojada y triste
Victoria	37	Enojada y ansiosa
Valeria	14	Triste y enojada
Hassel	17	Triste y con baja autoestima
Juan Pablo	14	Actitud de “no me importa”
Pedro	14	Interesado en los temas

Como se puede apreciar la mayoría de los integrantes se auto describe como una persona enojada, triste y preocupada por sus hijos y nietos, mientras los adolescentes se mostraron tímidos, con la cabeza agachada, a

excepción de Pedro quien desde un principio se mostró interesado y participativo en todo el trayecto del curso.

## **Sesión 2 y 3. Mujer y Familia**

Esta sesión se llevó a cabo únicamente con las madres de familia, ya que los jóvenes tuvieron actividad con los sacerdotes.

En esta sesión se analizó el papel de la mujer en todas sus facetas a través de la historia hasta nuestros días, pude observar que todas se sintieron muy identificadas con el tema ya que les genero mucho interés en su papel de mujer, y como a través del tiempo la mujer sigue siendo sometida por el hombre, no importa que tan modernizada se encuentre nuestra sociedad, siempre habrá violencia de género, a continuación se hará mención de algunos testimonios:

**Zenaida....***“Yo tengo un tumor en la cabeza y a veces olvido las cosas, mi esposo es buena persona conmigo, algunas veces llega molesto del trabajo porque las cosas no salen bien, pero aun así con dolor de cabeza tengo que atenderlo, yo hago tortillas y las vendo para ayudarle a los gastos de la casa y de esta manera apoyarlo y no se sienta tan presionado”*

**Mariana:** *“todas tenemos problemas, algunas más fuertes que otras, soy madre soltera, me separe del padre de mi hijo porque me golpeaba, además resulto ser un ladrón que abuso de mi buena fe, y cuando creí que mejor estábamos entro a casa de mi madre y a mi pequeño restaurante saqueando todo lo que pudo, dejándome casi sin nada, tuve que vender parte de mi terreno para volver iniciar mi negocio, ahora él ni se ocupa para nada de nuestro hijo por lo cual he tenido que enfrentar toda la carga yo sola y la verdad eso me estresa”*

**Mariana 2.-** *“Yo soy trabajadora social, soy divorciada, soy una mujer frustrada porque mi ex me golpeaba y porque tengo un hijo universitario de 30 años que no quiere trabajar, que todo el tiempo se la pasa pidiéndome dinero y si no se lo doy, me maltrata verbalmente y me amenaza con irse de la casa”.*

Sin duda alguna la violencia de género, no solo se limita solo a la comunidad de Santa Catarina, o de México, es un problema que va más allá de las fronteras, convirtiéndose en un problema de políticas públicas

## **SESIÓN 4. Caries dental**

En esta sesión como se analizaron los diferentes factores sociales y biológicos que desencadenan la caries dental y las diferentes enfermedades bucales.

Como dato mencionare que en esta sesión se integró un nuevo participante, de nombre Fassael de 29 años, quien es pasante de Licenciatura de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, ahora veremos los testimonios sobre la exposición de este tema

<b>Participante</b>	<b>Edad</b>	
Zenaida	47	“En mi pueblo mis papas nunca nos enseñaron a lavar nuestro dientes, ni la importancia de conservarlos, por eso perdí varias piezas, hoy mis hijas si tiene la cultura de lavarse los dientes por lo menos 2 veces al día”...”yo me levanto a las 5 de la mañana para irme a formar al centro de salud para que me den una cita para consulta dental, pues si es cierto que el servicio está saturado y solo dan 10 fichas por turno”
Victoria	37	“yo no tenía la cultura de lavarme los dientes, pero como tuve varios problemas con mis dientes, por eso ahora les explico a mis hijos que se los laven, aunque veo que a veces les da flojera y no lo hacen, por más que les digo”...”tampoco va uno al dentista porque cobran bien caro y en el centro de salud siempre hay mucha gente”
Mariana 2	58	“yo creo que son los dentistas los culpables por no informar con sinceridad, son pocos los que nos explican cómo lavarnos los dientes”...”como dice la Dra. Es el conocimiento de las cosas lo que hace la diferencia”
Araceli	56	“pues antes nuestros padres no nos enseñaban a cepillarnos, es más ni siquiera teníamos cepillo, para ellos era más importante que comiéramos y vistiéramos”
Fassael	29	“yo creo que como dice la Dra. Es un problema de educación y economía. Pues la mayoría de los dentistas solo quieren sacarte dinero y no nos explican cómo prevenir la enfermedad”...”yo si me lavo los dientes porque una dentadura sana y limpia te eleva tu autoestima”
Juan Pablo	14	“A mí me da flojera lavármelos, pero si me los lavo porque luego en la escuela nos dicen que nos huele la boca”
Valeria	14	“yo si me lavo la boca, aunque con puro cepillo y agua, pues no me gusta que mis amigas me digan que me huele la boca, por eso aunque mi papá casi no nos lleva al dentista yo con solo cepillo y agua me lavo los dientes”
Hassel	17	“a mí, mi papá nos dice que nos lavemos diario los dientes pero luego no hay pasta y tenemos que lavarnos solo con agua”...casi no vamos al dentista porque cobran bien caro y en el centro de salud ya no atienden a mayores de edad”

Pedro	14	“A mí la verdad me da mucha flojera lavarme los dientes y aquí los padres si nos dicen que nos lavemos pero luego la mayoría ni lo hace”
-------	----	--

## SESIÓN 5. Enfermedad periodontal

En esta sesión como en la anterior se analizaron los diferentes factores sociales y biológicos que desencadenan la enfermedad periodontal y sus consecuencias, no solo a nivel local, sino también sus afecciones a nivel sistémico.

En esta sesión se identificaron varios de los factores de riesgo para la enfermedad periodontal, entre los más relevantes son, el hábito de fumar, la caries dental con estados incipientes; los casos con maloclusiones, patologías sistémicas más asociada con la enfermedad, como lo fue la diabetes y la depresión. Entre los testimonios más relevante mencionare a:

***Valeria 14 años...“Yo no sabía que cuando menstruaba se inflamaban más las encías”...“ni tampoco sabía que a las mujeres embarazadas se les inflamaban las encías”***

***Pedro 14 años...“ahora entiendo porque me sangran las encías, hay veces que amanezco con sangre en la boca...”***

***Mariana1 32 años...“Ah caray! yo no sabía que por no lavarse los dientes también podíamos enfermar del corazón “***

***Victoria 37 años...“Creo que esto de la enfermedad periodontal no lo tomamos en cuenta cuando somos chicos, hasta que somos grandes y ya perdimos algunos dientes, es entonces cuando les decimos a nuestros hijos que se cepillen los dientes”***

## SESION 6 Y 7 Enfermedades Gastrointestinales

Debo mencionar que este fue el tema principal por él cual se sintieron interesados los directivos del internado, ya que dicho padecimiento es el más frecuente en esta población, el director comento...***“No sé por qué seguido se enferman los niños...”***, sin embargo el tema se abordó hasta la 8° y 9° sesión, ya que a petición de los integrantes del grupo, consideraron más importantes los temas anteriores, ya que representaban una carga emocional que de alguna manera necesitaban externar.

En esta sesión se identificaron y analizaron los factores de riesgo que producen enfermedades gastrointestinales, los resultados fueron los siguientes:

Primeramente, citare que las encargadas de la cocina son las mismas

madres de familia de los jóvenes internos, ellas realizan roles semanales, apoyando en la preparación de alimentos, la Sra., Silvia (hermana de uno de los sacerdotes) Silvia, es la encargada oficial de la cocina, es quien administra la despensa y quien determina la comida que se realizara por día.

Haciendo un recorrido del internado se identificaron los siguientes factores de riesgo para que se dé el proceso de esta enfermedad.

### Factores de Riesgo

Factores personales	Factores ambientales	Propuestas
Falta de aseo personal y bucal	Presencia de animales de granja.	Implementar un programa de promotores de salud
Uñas largas	Presencia de animales rastreros y cucarachas en la cocina y dormitorios	Fumigación de plagas
Lavado de manos deficiente e inadecuado	La recolección de basura se hace 1 sola vez al día	Lavado de cisterna por lo menos 1 vez al mes
Ausencia total de información sobre la enfermedad	Constantes tolvaneras	Aseo completo de los dormitorios evitando dejar restos alimenticios dentro de ellos.
Maltrato infantil	Cisterna sucia y sin filtros	Baño diarios, lavado de dientes y corte de uñas
Períodos largos de estrés en los adolescentes	Presencia de moscas y mosquitos	Eliminar el uso de gel antibacterial.
Uso de gel antibacterial	Falta de desinfección de frutas y verduras.	

### SESION 8. Pobreza.

La pobreza es tan común en esta comunidad, que ya hasta es considerada como una situación normal, siendo que esta representa un grave problema biológico y social, ya que esta desencadena una inestabilidad social generando varios problemas sociales, entre los más comunes pudimos encontrar la violencia, robo, alcoholismo y drogadicción entre otros.

nombre	edad	
Zenaida	47	<b>“Yo nací en un rancho, provengo de una familia muy pobre, por lo cual no pudimos estudiar más allá de la secundaria porque no había dinero, por eso ahora yo si quiero que mis hijas estudien”</b>
Victoria	37	<b>“que mala suerte haber nacido pobre, porque siempre te quedas con las ganas de comprar algo, quizás yo por eso siempre me siento enojada, porque nunca me alcanza el dinero por más que trabajo, y no me alcanza para darles todo a mis hijos, por eso vivo con mis papas”</b>
Pedro	14	<b>“yo me salía a la calle cuando mis abuelos me regañaban, y uno de mis cuates era ratero y siempre nos disparaba las chelas, pero ahora está en la cárcel porque le robo su bolsa a una chava”</b>

Juan Pablo	14	“Mi mamá dice que no tenemos dinero porque mi papá nos robó todo y se fué, porque era un flojo para trabajar”
Mariana 2	58	“Mi experiencia es que mi ex todo el tiempo se la pasaba en casa acostado, mientras yo salía a trabajar, nunca se hizo responsable de los hijos, por eso me divorcie”
Hassel	17	“ Mi mamá dice se fue de la casa con otro hombre porque mi papá siempre la tenía limitada de dinero, por eso se fue a trabajar”
Fassael	29	“ La pobreza siempre se hereda simplemente”

## SESION 9 y 10. Maltrato infantil

Esta sesión se llevó a cabo con ambos grupos al igual que las otras, con padres de familia e hijos, resultando esta de gran interés, no solo por los internos, sino todos los integrantes del grupo, al sentirse identificados con el tema, la presentación se analizó basada en el libro “Maltrato infantil” de la Dra. Imelda Rodríguez

Los integrantes del grupo fueron capaces de identificar los factores más frecuentes que lo desencadenan, así como los diferentes tipos de maltrato, ya sea físico o psicológico.

Nombre	edad	Testimonios
Zenaida	47	Maltratada por su esposo y padres
Mariana 1	58	Maltrato por expareja y padres en su momento
Mariana 2	35	
Araceli	56	Maltrato por expareja y madre en su momento
Patricia	34	Maltrato por expareja y padres
Guadalupe	55	Maltrato por expareja y padres en su momento
Victoria	37	Maltrato por expareja y padres
Valeria	14	Maltrato por padres, tíos y abuelo.
Hassel	17	Maltrato por padres, tíos y abuelos
Juan Pablo	14	Maltrato por padres, tíos, compañeros de escuela
Pedro	14	Maltrato por padres, tíos, compañeros de escuela

Sin duda alguno este fue uno de los temas, que más movieron la sensibilidad de todos los integrantes del grupo, de alguna manera todos se sintieron identificados con el tema, ya que todos en algún momento de su vida han sido violentados por algún sujeto, ya sea en la infancia o como mujeres, en estas sesiones, los adolescentes hacen hincapié, delante de sus padres del maltrato físico y verbal a la que son sometidos por del sacerdote (Cayetano), coordinador de la enseñanza.

***Pedro 14 años...”El padre Cayetano siempre nos regaña con groserías sino nos apuramos a nuestros deberes dentro de las instalaciones, e inclusive en ocasiones nos pega con la mano o nos jala de la oreja...”***

**Juan Pablo 14 años...** "yo peleo mucho en la escuela porque me hacen burla los compañeros de mis tenis viejitos, me enoja tanto que les pego, por eso seguido mandan a traer a mi mamá o me suspenden las monjas..."

**Valeria 14 años...** "A mí. Mi papá me dice que si un día me ve con el novio me va a pegar y que si me voy con mi mamá, me va a matar y eso me asusta..."

**Hassel 14 años...** " A mí me enoja que me digan que soy tonto y que se rían de que tartamudeo y por eso les pego a mis compañeros..."

Todos los jóvenes reportaron ser víctimas del maltrato infantil, dentro de las instalaciones del internado, en la escuela por sus compañeros y algunos profesores, así como en sus respectivos hogares de origen.

### **SESION 11 Y 12. Depresión**

En esta sesión se abordó el problema de la depresión como problema de salud pública, el tema fue abordado desde el punto de vista social, sin dejar de lado algunos factores biológicos, que resultan importantes en la adolescencia, como son los cambios hormonales y que también pueden modificar y desencadenar alteraciones de conducta, los testimonios de esta sesión fueron los siguientes:

<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	
Zenaida	47	Depresión por tumor en la cabeza
Mariana 1	58	Esposo ladrón y por temor a perder a su hijo
Mariana 2	35	Hijo mantenido y nieto rebelde
Araceli	56	Problemas familiares, expareja, mamá e hija
Patricia	34	Falta de oportunidades de trabajo e hijo rebelde
Guadalupe	55	Hijo adicto y alcohólico al igual que el esposo
Victoria	37	Falta de oportunidades e hijo rebelde
Valeria	14	Bulling y disputa familiar por su custodia
Hassel	17	Bulling, baja autoestima, incertidumbre sobre el futuro
Juan Pablo	14	Bulling dentro y fuera del internado, necesidad de verse bien y presión dentro del internado
Pedro	14	Bulling dentro y fuera del internado, golpes por parte de la mamá y presión dentro del internado

### **SESION 13. Entrevista con la Dra. Hernández Zavala**

En esta sesión contamos con la presencia en el internado de la Mtra. Silvia Hernández Zavala, profesora del módulo de trabajo comunitario.



Esta sesión se llevó a cabo con 8 de los 12 *“promotores de salud”*, dicha sesión dio inicio de la siguiente forma: cada integrante se presentó ante la comunidad y la Dra. Silvia Hernández, misma que fue observando, identificando y cuestionando en forma de plática, amena e interesante a cada uno de los integrantes, respecto a cómo percibían el proyecto, a continuación se hará una breve narración de los mismos:

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Testimonios</b>
Zenaida	47	“Hola soy Zenaida, a mí me gusta mucho este curso, de hecho no he faltado a ninguna clase, porque he visto temas muy interesante que me han hecho pensar de forma diferente, como el tema de mujer y maltrato infantil, como dice la Dra. Estamos tan acostumbrados a vivir así que ya hasta nos acostumbramos”...”pero me gustaría que este curso se diera más días, y sólo espero jueves y domingo para asistir a mi clase”...”Comparto cada clase con mi esposo y el me da permiso de venir”
Araceli	56	“Soy Araceli, soy diseñadora de ropa, llegue a este curso por comunicado de una amiga del centro de salud de la zona, por ser de salud me intereso pues yo tengo mi madre de 80 años, enferma, soy totalmente responsable de ella”...”Soy divorciada y con la Dra. He visto temas con un enfoque diferente, que no creí que existiera, me gusta mucho venir, he aprendido bastante, me identifico con cada uno de los temas y me ha hecho analizar varios aspectos de mi vida”
Victoria	37	“Hola, mi nombre es Victoria, yo solamente puedo asistir al curso los domingos y algunas veces por semana, pues trabajo en casa y no me da tiempo”...”Pero no falto ningún domingo, pues lo que he aprendido aquí en el curso no lo había visto jamás, desde que conocí a la Dra. la primera vez que nos pidió que hiciéramos un dibujo de nosotros, me intereso, porque no sabía ni como dibujarme”...”Soy madre soltera, vivo con mis padres con los cuales he tenido varios conflictos por la conducta de mi hijo”...”Este curso me ha ayudado mucho a pensar sobre mi vida personal, me identifico con cada tema y hasta cuando salgo de aquí, salgo sin palabras, si me ha ayudado mucho”
Mariana	58	“ Yo soy trabajadora social y en mi formación como tal, jamás vi un curso como este, la verdad lo considero muy completo, me identifico con cada uno de los temas, me hacen reflexionar sobre como tomamos la vida, la violencia y abuso que vivimos cada día, que ya hasta se nos hace normal, igual que mis compañeras no me pierdo ni una sesión, todos los temas tiene un enfoque diferente al que nos han enseñado”
Valeria	14	Valeria es una adolescente (14 años) tímida y muy callada. “Soy Valeria, y vengo con mi hermano al catecismo y al curso...si he aprendido del curso y de lo que nos dice la Dra. del maltrato y del maltrato de los maestros”
Hassael	17	“yo tengo 17 años, estudio aquí el catecismo junto con mi hermana, porque mi papá, nos manda”...”He aprendido mucho de la Dra. De temas

		que no sabía, y me han servido mucho en mi vida diaria”
Pedro	14	“Bueno, mi nombre es Pedro, uno de los temas que más me gustaron fue el de maltrato infantil, la Dra. Nos enseñó las diferentes formas de maltrato y me acorde del bulling de los compañeros, de los maestros que nos maltratan y nos culpan de todo”...”Como estudio en una escuela de mojas, tengo problemas con una de ellas que siempre me echa en cara que le agradezca, pues dice que gracias y a ellas yo estoy estudiando ahí y eso a mí me molesta, muchas veces hasta me dice de cosas delante de los maestros y mis compañeros”...”Y si he aprendido varias cosas de los temas que nos da la Dra.”.
Juan Pablo	14	“tiene razón la Dra. aquí todos nos maltratan desde los padres, hasta los compañeros más grandes, en la escuela también se burlan de nosotros por nuestros tenis y eso a mí me da mucho coraje”

#### **SESION 14. Comentarios sobre la visita de la Maestra Hernández Zavala y evaluación de las sesiones previas.**

En esta sesión se llevaron a cabo los comentarios sobre la visita realizada por la Dra. Silvia Hernández Zavala

<b>Nombre</b>	<b>edad</b>	
Zenaida	47	“Estuvo buenísimo, se ve que la Dra. Sabe mucho, de lo que se perdieron”
Araceli	56	“La Dra. Me abrió otro campo de visión”...”ahora ya hasta quiero estudiar”...”este curso me ha dado otra visión de la vida”
Victoria	37	“La Dra. Me dejo callada. Tiene razón en todo lo que dijo, me siento muy identificada con el curso...yo creo que terminando el ciclo escolar voy a sacar a mi hijo de esta institución”
Mariana	58	“ Se ve que la Dra., es una persona muy preparada, la verdad movió todos mis sentimientos”...”para mi este curso es como oro molido, muy valioso”
Valeria	14	“Hay a mí la Dra. Me daba miedo que me preguntara... y más si se me quedaba viendo”...sentía que si no contestaba bien me iba a regañar”
Hassel	17	“Yo me sentí muy bien con la visita de la Dra. Y ya he decidido volver a estudiar, venir aquí me ha hecho ver que no soy un tonto como algunos creen”...”le digo a mi papá el curso me gusta, por eso no falto”
Pedro	14	“Yo ya sabía del maltrato infantil, porque la Dra. Cony nos lo explico, pero la Dra. (Silvia ) me hizo sentir menos culpable de mis problemas con las monjas”...”Ahora sé que yo no tengo la culpa”
Juan Pablo	14	“La Dra. se ve que sabe mucho, todo lo que dijo es cierto, eso del maltrato infantil lo vivimos todos los días aquí con el padre Cayetano”

#### **SESION 15,16 y 17. Alcoholismo y proceso de alcoholización**

Sin duda alguna esta sesión fue una de las más fuertes y enriquecedoras, donde cada uno de los participantes se sintieron identificados. En esta sesión, previamente se realizó un breve análisis de lo que son los valores, ya que son de vital importancia para la formación del individuo como integrante de la sociedad.

Igualmente se analizaron todos los factores sociales de riesgo para que se de este fenómeno, cabe mencionar, que la mayoría de los participantes han sido víctimas de este fenómeno, pues en su mayoría (12 de los 12 participantes) han sido hijos de padres alcohólicos y víctimas de la pobreza.

A esta sesión se agregó un nuevo integrante al grupo se trata de Antonio de 18 años, este joven adolescente sin duda alguna fue la representación social más significativa del tema, su testimonio dejo en silencio a los demás participantes, ya que todos los factores de riesgo para el proceso de alcoholización se vieron reflejados en él, como el mismo en su momento dio testimonio.

<b>Nombre</b>	<b>edad</b>	<b>TESTIMONIOS</b>
Zenaida	49	“Mi padre fue alcohólico, y a mi pobre madre siempre la regañaba y hasta le pegaba, por eso a mí no me gustan los borrachos, y agradezco a mi marido que no toma, si no ya lo hubiese dejado”
Mariana 1	32	“Mi ex marido, tomaba mucho, y se alocaba, la verdad a mi si me daba miedo, de hacho a veces hasta me llego a golpear por eso lo deje”...”Pero no está mal de vez en cuando echarnos unas copitas en las fiestas”
Mariana 2	58	“Yo he tenido muchos problemas con mi hijo porque toma, de hecho cuando toma se aloca tanto que hasta me ha llegado amenazar que se va a suicidar porque no tiene trabajo, la verdad a veces ya no sé qué hacer”
Araceli	58	“Yo tuve malas experiencias con el alcohol, mi ex marido tomaba mucho y era muy mujeriego, cuando llegaba borracho todo le parecía mal, y era pleito seguro, muchas veces me golpeaba, y en dos de ellas me tiro los dientes de enfrente y unos de atrás, la verdad fue muy horrible”
Fassael	29	“Bueno, pues yo tomo porque los viernes en la facultad todo mundo ya sabe qué viernes de reventón con los cuates, pero si estoy de acuerdo que esto es un problema de salud pública, unos tomamos por placer, otros POR depresión, en fin son muchos los factores que nos inducen al vicio”

Victoria	37	<b>“Yo soy madre soltera, mi padre siempre fue alcohólico, yo viví entre los golpes, por eso soy muy rebelde y enojona, apenas con este curso estoy comprendiendo lo importante que es cambiar de actitudes para cambiar como dice la Dra. Nuestro entorno, no quisiera que mis hijos vivieran lo mismo que yo.”</b>
Patricia	36	<b>“yo sí me gusta tomar y no lo considero un vicio, sino un acto de convivencia, también en mi familia toman, he asistido a pláticas de AA y ellos me dicen que el alcoholismo es hereditario”</b>
Valeria	14	<b>“A mí no me gustan los borrachos, y me molesta que mi papá tome porque luego nos regaña y nos la mienta, la verdad a mí me da coraje, y a mi hermanita le da miedo, lo bueno es que no toma muy seguido”</b>
Hassel	17	<b>“Yo alguna vez he llegado a tomar por la presión de mis amigos, porque si no lo hago me dicen que soy marica y que si me pegan, por eso lo he hecho para quedar bien con los amigos, pero lo hago sin que mi papá se entere, pues si se da cuenta me pega”</b>
Pedro	14	<b>“yo si he tomado alguna vez con mis amigos, pero porque si no le entras te cabulean, mi mamá no lo supo, pero no me gusto”</b>
Juan Pablo	14	<b>“La verdad yo si he tomado, mi papá me daba a escondidas de mi mamá y cuando entre a la secundaria, unos “compas” y yo al salir nos echábamos una caguama, a veces no quería pero como que te obligan...pero mi mamá nunca se dio cuenta”</b>
Antonio	17	<b>“Pues yo soy hijo de padres alcohólicos, mi mamá al igual que mi papá siempre han tomado desde que me acuerdo, de ellos solo recuerdo gritos, golpes. Insultos, borracheras...por eso me Salí de mi casa y mi mamá me trajo aquí”</b>

## SESION 18. Sociodrama del proceso de alcoholización

En esta sesión se llevó a cabo un sociodrama sobre procesos de alcoholización. Se retomó un caso de Antonio integrante del grupo, y ellos mismos realizaron su propia obra de teatro basada en el su testimonio, de cómo ha vivido el proceso de alcoholización de sus padres, al igual de cuál es su situación emocional actualmente. A esta sesión se incorporó al grupo su mamá, la Sra. Guadalupe ya que ella misma reporta que ha buscado ayuda en diferentes grupos de alcohólicos anónimos sin encontrar respuesta a su problemática.

***Guadalupe 58 años... "Yo he ido a diferentes grupos de alcohólicos anónimos, pero ninguno me ha servido, Antonio siempre cae en lo mismo, se la vive en la calle tomando con sus amigos y hasta a veces me llega drogado, pero de esto tiene la culpa su padre, porque desde chiquito (12 años) se lo llevaba a tomar y hasta los antros lo metía para que viera a las mujeres"***

Testimonios del grupo:

Nombre	Edad	
Fassael	29	"Sin duda alguna el gobierno únicamente se aboca al problema, dejando de lado las múltiples causas sociales que lo originan"...Este cuestionario lo considero basura, ya que sólo juzga al individuo como enfermo sin importar los motivos que lo orillaron a serlo"
Zenaida	47	" Yo tengo mi suegro que es alcohólico y en el centro de salud también le aplicaron un cuestionario parecido, pero ahora con la plática del alcoholismo me doy cuenta en verdad el sector salud sólo juzga la enfermedad pero no da el remedio, pues mi suegro sigue en la misma"
Valeria	14	"Mi papá casi no toma, pero cuando lo hace nos regaña mucho"...Yo nunca había visto este cuestionario, pero como dice la Dra. Y como lo veo yo, si es cierto que le faltan muchas cosas como la edad, hasta qué grado estudio y a que se dedica"
Hassel	17	"Yo no sabía que había cuestionarios para saber si uno es alcohólico, pero hoy aprendí algunos elementos que se deben tener en cuenta para saber si uno está cayendo en ese problema"...Yo no sabía que era un problema social"
Mariana	58	"Me impacto el caso del joven Antonio y su mamá, creo que esto del alcoholismo nunca se va a acabar mientras no cambiemos nosotros mismos."

## SESION 19 Y 20. Diabetes mellitus y juvenil

En esta sesión se analizaron los diferentes factores biológicos y sociales que pueden desencadenar esta enfermedad, así como los métodos de prevención. El tema al igual que todos los anteriores se abordó desde el punto de vista social, sin olvidar la parte biológica que es la manifestación sintomática.

En esta sesión nos acompañó Silvia, visitante esporádica que nos visitó por curiosidad, es una mujer de 66 años, es encargada oficial de la cocina del internado, señalo que ella es madre del sacerdote Víctor que es tesorero del internado, ella si recibe un salario por sus servicios...y respecto al tema nos comentó...***“yo sé que la diabetes es una enfermedad del azúcar y que se puede complicar, también sé que la diabetes da por un susto o un coraje, pero nunca me dijeron lo que ud. me dice”***

Es evidente que cada persona trae diferente construcción social de lo que es el proceso-salud-enfermedad-atención, en este caso las integrantes manifestaron que además de los medicamentos indicados para sus familiares diabéticos, también recurren a lo que es la medicina tradicional, con la preparación de diferentes tés, como son: agua de palo dulce, cáscara de tomate hervida, nopales asados o preparados en sus diferentes modalidades, aquí los testimonios sobre el tema:

Nombre	edad	
Zenaida	47	<b>...”En cuanto a la diabetes, yo creí que daba por alguna impresión fuerte pero jamás pensé que fuese tan sencillo prevenirla, creo que tiene razón la Dra. No estudiamos y nos confiamos de lo que dice la televisión, y también los médicos nunca nos dicen esto, solo nos dan medicinas y si no hay dinero tenemos que conseguirlo”</b>
Araceli	56	<b>“Yo tengo mi mamá diabética, hoy he aprendido que es más fácil y barato prevenir que curar”...”Además de los medicamentos que toma a diario mi mamá,</b>

		también le hago su té con cáscara de tomate, sus nopales asados, su manzana rayada y todo tipo de alimentos que me sugieren para controlarla”...”Tiene razón la Dra. Es más fácil prevenir la enfermedad que curarla, y además sufre el paciente y sufre toda la familia”...”también tenía entendido que la diabetes dá por un susto o por tantos corajes, o por hacer un coraje y después comer aguacate”
<b>Silvia</b>	<b>66</b>	“ yo sé que la diabetes es una enfermedad del azúcar y que se puede complicar, y yo sé que la diabetes da por un susto o un coraje, pero nunca me dijeron lo que Ud. me dice”
<b>Hassel</b>	<b>17</b>	“Yo no tengo familiares diabéticos, pero viniendo a este curso cada día aprendo algo nuevo que nunca había yo escuchado con ningún doctor, ni con mi tío que es médico”...”y creo que lo que aprendemos aquí podemos compartirlo con los demás, yo lo hago con mi papá”.
<b>Valeria</b>	<b>14</b>	”de la diabetes yo casi no sabía nada, he escuchado que es una enfermedad del azúcar, y que la gente se puede morir, pero casi no sé nada”
<b>Pedro</b>	<b>14</b>	“El año pasado aquí había un chavo que tenía diabetes juvenil y seguido se ponía mal y tenían que llamar al Dr. pues comía de todo “

## **SESION 20 Y 21. Hipertensión arterial**

De la misma forma que las sesiones anteriores se analizaron los diferentes factores de riesgo, tanto biológicas y sobre todos los sociales que pueden desencadenar esta enfermedad, señalando que la hipertensión Arterial es una de las 3 primeras causas de muerte en México según el INEGI.

Tomando en cuenta que el primer lugar lo ocupa la Diabetes Mellitus por el rezago en promoción a la salud, lo cual afecta más a las familias pobres, constituyéndose en un problema de salud pública.

Durante la entrevista focus group, las participantes manifestaron que una de las prácticas curanderiles era ponerse unos “chiqueadores” de hoja en las sienas de la cabeza y con eso se quitaba el dolor y mareo de la cabeza, algunas otras mencionaron el té de tila, para relajarse cuando se sienten muy estresadas, aquí los testimonios:

Nombre	edad	
Zenaida	47	...”Me hubiese gustado traer a mis suegros a esta plática, ya que ellos son hipertensos, pero como no vinieron, yo voy y les digo todo lo que aprendí”...”Nunca pensé que la hipertensión fuera tan fácil de prevenir, ni tampoco me había preguntado porque daba”...”es que los doctores nada más toman la presión y ya dicen es hipertenso, tómese esto, pero ni dicen porque nos dio”
Araceli	58	...” Mi mamá es hipertensa, yo creo que por tantos corajes con mis hermanos, nunca me imaginé que el papel social fuera tan importante, es más nunca pensé que como se daba el proceso de esta enfermedad”
Mariana 1	32	“En cuanto a la hipertensión yo no sabía mucho sobre las causas que lo desencadenan, pero si sabía que si las personas hacen muchos corajes se le sube la presión y es peligroso porque les puede dar un derrame cerebral “...”Nunca pensé que la hipertensión si se puede prevenir”
Mariana 2	58	“A mí se me sube la presión cuando tengo mucho trabajo o cuando tengo problemas con mis hijos. De hecho soy hipertensa y si yo hubiese sabido esto, me hubiese cuidado más y no hacer tantos corajes”...”
Valeria	14	“yo no sé mucho de la hipertensión, pero sí sé que mi abuelita murió de hipertensión, a ella solo le dolió la cabeza, se la llevaron al hospital y ahí murió”
Hassel	17	“yo no sé mucho de la hipertensión, pero sí sé que mi abuelita murió de hipertensión, a ella solo le dolió la cabeza, se la llevaron al hospital y ahí murió”
Guadalupe	56	“ Yo también soy hipertensa, pero con tantos corajes con Antonio y su papá, creo que ya hasta ni las pastillas me hacen efecto, siempre me duele la cabeza, y ando como borracha, lo único que me relaja es el cigarro”

## SESION 22. Mi obra de arte

En esta sesión se le pidió a los integrantes del grupo que tomaran hojas de papel de colores he hicieran una representación del porque estaban en el curso y como ha influido en su vida cotidiana. Posteriormente cada uno expuso su tema y el porqué de los colores que utilizaron, Los resultados fueron



totalmente positivos, con esto se puede comprobar que las instituciones de salud pública únicamente hacen promoción para la educación en salud, imprimiendo solo trípticos o periódico murales donde la gente solo se limita a leer, sin comprender realmente la importancia de lo que es la promoción de la salud, aquí los testimonios sobre la actividad realizada:

<b>Nombre</b>	<b>edad</b>	
Zenaida	47	“Yo me represento, en mi obra de arte con un termómetro, donde marco como he ido subiendo mis conocimientos sobre lo que son las enfermedades, y la pirámide representa como sólo vemos la enfermedad y nos olvidamos de las causas, como dice la Dra.”
Fassael	29	“Yo en mi representación me visualizo como líder de mi trabajo, hace muchos años cuando inicie la carrera de sociología admiraba a los líderes por su forma de hablar, actualmente trabajo en comunidades y me siento realizado, por eso me pongo a la cabeza en mi obra de arte”
Mariana 2	58	“Yo a partir de este curso me visualizo diferente, pues he aprendido que la enfermedad se puede prevenir, que es la misma sociedad y la falta de conocimiento la que nos limita y nos hace enfermar”
Victoria	37	“ Con este curso yo me visualizo más tranquila, como este curso me diera las respuestas a mis problemas, por eso me gusta venir...y con los temas que he visto y con lo que ha dicho mi hijo, el próximo año lo sacare de aquí”
Valeria	14	“Yo antes de venir a este curso, no sabía mucho de la salud, como dice la Dra. Era muy cuadrada, ahora después de venir a este curso me doy cuenta de que hay muchas causas sociales que hacen que uno se enferme, por eso en mi representación al final hago un arco iris, porque ahora si entiendo un poco más de las enfermedades”
Araceli	58	“yo he aprendido de este curso, y me represento lo que era antes, una mujer siempre preocupada por mi familia en especial por mi mamá y ahora con carita feliz porque este curso me ayudo a pensar que primero debo pensar en mí”
Hassel	17	“yo me siento más seguro de mí mismo, porque yo nunca había visto estos temas, como el maltrato infantil”
Pedro	14	“Yo me visualizo como un gran futbolista algún día, y ya no me siento culpable de pelear tanto con las monjas de la escuela”
Antonio	17	“Pues yo quisiera que mis padres ya no pelearan tanto, ya quiero estar en mi casa”
Guadalupe	58	“pues yo solo quisiera visualizarme tranquila, viendo que mi hijo se retire del alcohol y las drogas”
Juan Pablo	14	“Me gustó mucho el tema de maltrato infantil, y el de alcoholismo, y a mí me gustaría ser doctor de grande”

## **SESION 23. Bulling**

Sin duda alguna este tema fue uno de los más esperados por la comunidad del internado, ya que por su condición de vulnerabilidad, frecuentemente son víctimas de bullying de sus propios compañeros de estancia y de escuela, sin dejar de mencionar al sacerdote Cayetano, quien constantemente los agrede verbalmente, aquí los testimonios:

***Pedro 14 años...” A mí me hacen burla en la escuela porque llevo mis tenis viejitos, por eso les pego”***

***Hassel 17 años...”A mí el padre Cayetano siempre me decía que era yo un tonto, un burro y eso me hacía sentir muy mal”***

***Antonio 17...”Pues yo cuando se burlan de mí les pego, y fácil, no me importa que vayan de chillones y manden a traer a mi mamá “***

“De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupa el primer lugar internacional de casos de bullying en educación básica, ya que afecta a 18 millones 781 mil 875 alumnos de primaria y secundaria de escuelas públicas y privadas”<sup>49</sup>.

Ante tal situación se realizaron las diferentes medidas preventivas del bullying:

- A) Identifica si tu hijo sufre Bullying en la escuela. Hablar sobre el tema Si está siendo víctima del bullying, ofrécele tu apoyo incondicional, consulta en la escuela la política relacionada con el acoso escolar para saber cómo es el personal y los profesores
- B) Estar siempre acompañado Es mucho menos probable que una persona acompañada de uno o varios amigos sufra acoso.
- C) Mantener la calma y seguir adelante es la mejor defensa de un niño, ignorar los comentarios hirientes, decirle al acosador que pare y alejarse de la situación. Cuando un niño no se altera ni se irrita con facilidad tiene muchas menos probabilidades de ser víctima del acoso escolar.
- D) Evitar solucionar las cosas enfrenándose a los padres del acosador A veces, el hecho de mantener una conversación con los padres del acosador puede resultar constructivo, pero generalmente es mejor mantenerla en un lugar donde un funcionario del colegio, como un orientador escolar, pueda actuar como mediador.

**Sesión 23 y 24:** Obesidad, en esta sesión se revisaron los factores más relevantes como lo es el papel de la educación, la depresión, la falta de actividad física entre otros.

---

<sup>49</sup> “<http://www.milenio.com/ciencia-y-salud/bullying-el-terror-escolar-en-mexico>”

Esta sesión dio inicio con la lectura de comprensión y análisis, llamada “La tórtola y la lechuza”. Una vez terminada se analizaron los diferentes tipos de obesidad, así como los factores de riesgo que la desencadenan, sin pasar por alto los medios de prevención, aquí algunos testimonios:

Nombre	Edad	
Mariana	58	<b>“A mí me llamo mucho la atención la lectura de hoy, pues tiene razón, no importa donde vayamos, somos nosotros los que debemos cambiar y modificar nuestra conducta”...”respecto a la obesidad, yo soy gordita porque antes nuestros padres decían que si estábamos gorditos, estábamos sanos, hoy sé que no es así, pero se quedan los malos hábitos”</b>
Zenaida	47	<b>“tiene razón la lectura, primero tenemos que cambiar nosotros para poder, cambiar a los demás”...”yo no sabía mucho de todos los problemas que nos puede desencadenar la obesidad, y aunque no los sabía siempre me he preocupado porque mi familia no sea gorda, procuro que coman sano”...”no es necesario tener mucho dinero para comer bien”</b>
Araceli	56	<b>“Pues jamás pensé que la historia tenía que ver con nuestras conductas, y tienen razón, nuestros hábitos alimenticios y nuestras costumbres se han ido modificando por la cercanía de nuestro país vecino del norte”...”Al rato ya no vamos a ser ni de aquí ni de allá”</b>
Victoria	37	<b>“Pues a mí sí me han dado ganas de irme a trabajar a Estados Unidos, pero por mis hijos no me voy, porque no hay con quien los deje”...</b>
Fassael	29	<b>“Esto de la migración, tiene que ver mucho con el problema político, pues el gobierno no sabe aprovechar los talentos que se dan aquí en México”...” Yo estudio sociología en la UNAM y este ejercicio de la mesa lúdica no lo conocía, se me hace un ejercicio muy enriquecedor”</b>
Guadalupe	58	<b>“La verdad a mí me da mucha hambre cuando estoy preocupada por mi hijo Antonio”...”referente a la lectura, nunca pensé que a través de las lecturas aprendiéramos tanto”</b>
Valeria	14	<b>“mmm...pues mi papá dice que allá en Estados Unidos se gana más”...él pensaba irse con unos amigos, no había quien nos cuidara”</b>
Hassel	17	<b>“Yo pensé que estar gordito era porque estábamos sanos”</b>
Pedro	14	<b>“Nuca me hubiese imaginado que la televisión influyera en nuestra forma de alimentarnos”</b>

Existen 2 tipos de obesidad  
a) Endógena (5-10% de la población)

b) Exógena (el 90 % de la población, problema de salud pública y es causada por los malos hábitos alimenticio, desinformación, depresión etc.), Se analizaron cuáles son los factores de riesgo más frecuentes para que se de este padecimiento

**Sesión 24 y 25:** Enfermedades cardiovasculares. (Se realizó un análisis de estos padecimientos muy relacionado con el estilo de vida y basado en patrones de comportamiento identificables, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.)

**Sesión 26:** ¿Porque es importante estudiar ¿Desde el punto de vista que el conocimiento es lo único que puede ayudarte a desarrollar tus capacidades completamente

**Sesión 27:** Implementación de un taller de lectura y comprensión

Esta sesión estuvo basada en 2 lecturas de reflexión: El gato y aquí los participantes aportaron sus conclusiones desde su punto de vista personal, sintiéndose cada uno identificado en la lectura.

**Sesión 28 y 29:** Cáncer (Se analizaron los 5 tipos de cáncer más frecuente en México, así como su relación con la educación, y como prevenirlos.)

**Sesión 30 y 31:** Interrupción legal del embarazo (Tema que se analizando desde los múltiples factores Psicosociales- biológicos y económicos de la mujer, así como un derecho a decidir sobre su cuerpo, siempre que no hayan pasado 12 semanas de gestación. Igualmente se abordó la interrupción fuera del marco legal, así como sus técnicas de aplicación de la medicina tradicional).

**Sesión 32:** Mesa lúdica: Línea del tiempo, en esta sesión didáctica se analizaron algunos conceptos sociales más representativos de la comunidad de Santa Catarina.

**Sesión 33:** Evaluación. Terapia de dibujo, igualmente que en la sesión 22 en esta sesión se les pidió a los integrantes del grupo que tomaran hojas de papel de colores he hicieran una representación del porque estaban en el curso y como ha influido en su vida cotidiana y como después de 33 sesiones impacto en su vida.

## **ANÁLISIS**

El desarrollo de este trabajo ha dado muestra, primero del nivel de participación de todos los integrantes del grupo durante las distintas sesiones de entrevista grupal y después del nivel de intervención realizado en la comunidad para estos jóvenes salesianos.

Los antecedentes que me entusiasmaron para trabajar con este grupo se han puesto de manifiesto tanto en la introducción como en la justificación y he procurado realizar un trabajo secuenciado y sistemático así como lo muestran las actividades realizadas, partiendo de una metodología acorde con nuestra formación en la Especialización como ha sido la entrevista grupal, la observación directa y la observación participante, así como con los objetivos del módulo de Trabajo Comunitario.

La secuencia de las actividades de las sesiones pueden cuestionarse en términos del orden y contexto en que fueron desarrolladas, sin embargo revelan la forma en que fueron surgiendo los intereses del grupo, sé bien que es cuestionable pensar en cómo hablar de caries en una sesión y a la siguiente de un tema propio de las condiciones de desarrollo y trabajo psicoafectivo en las que viven los jóvenes y las madres que participaron del curso de promotores voluntarios de salud, como se ha descrito fue muy interesante observar de manera simultánea las participaciones tanto de alumnos del internado como de sus madres y esta forma de articular los temas y los testimonios le han dado una gran riqueza al trabajo.

La forma en que fueron surgiendo los intereses del grupo por temas de orden socioafectivo fue muy motivante y permitió que ellos comprobaran nuestro auténtico interés por mejorar las condiciones de su vida más allá de la salud bucal y de las condiciones tan críticas en que se desarrollan en el internado de manera cotidiana.

El marco de referencia me permitió situar de alguna manera la importancia de las temáticas revisadas y propició una especie de orden en mis pensamientos y en la forma de argumentar todos los sucesos vividos durante la capacitación.

Los resultados superaron mis expectativas ya que de entrada yo suponía que sólo nos concentraríamos a trabajar sobre salud bucodental y ha sido una gran sorpresa ver todos los temas que los integrantes solicitaron revisar, de manera que desde luego me he sentido altamente gratificada al ver sus respuestas y reacciones con los temas tratados como he señalado más allá de la salud bucal.

Los principales argumentos del marco de referencia destacan los pronunciamientos internacionales sobre atención primaria, principal bastión que ha respaldado mi orden de ideas sobre la ejecución del trabajo de campo, en la

claridad de que este ejercicio ha sido mi contribución a las propuestas de los pronunciamientos internacionales desde Alma Ata hasta Adelaide.

Por otro lado conocer el trabajo de Menéndez desde sus ideas sobre Gramsci y el concepto de Hegemonía y de manera medular el concepto del Modelo Médico Hegemónico, las pude ver evidenciadas en cada día de trabajo con el grupo, y por supuesto ha sido el eje del trabajo en sí mismo.

La importancia de integrar en el marco de referencia el concepto de Determinantes sociales, me permitió mirar con otro lente a mi comunidad y a mí misma frente a ella, revelando datos de incalculable valor para mi transformación alrededor de esta experiencia, articulando todo este bagaje con los conceptos de mujer y familia de Vania Salles.

Las ideas de Roberto Campos Navarro y su análisis sobre la Medicina Tradicional mexicana me han permitido fundamentar los resultados que surgieron a través de elementos de los Síndromes de Filiación cultural y prácticas con terapéuticas de la flora medicinal mexicana.

Los aportes de Rosa María Osorio Carranza con su concepto de la Cultura Médica Materna, me permitieron entender las llamadas pautas de crianza materna que se estilan en nuestra población mexicana destacando sus argumentos sobre los Modelos de Autoatención propios de las localidades de México.

La importancia que asigne a discutir sobre los conceptos de pobreza y construcción de las familias, asociados al concepto de Alcoholismo y Procesos de alcoholización se han encontrado totalmente fundamentados debido a las respuestas que encontramos en el grupo de trabajo, me permitieron ofrecer respuestas de mayor alcance y puntualidad a los asistentes al curso, ya que en prácticamente todos los casos se encontraron presentes estos fenómenos, de igual manera sucedió con el concepto de bullying y maltrato infantil que impacto tanto mi vida al leer a Imelda Ana Ortiz, se asocian a la importancia que se han vertido en los testimonios de las sesiones de trabajo.

El trabajo realizado revela dos tipos de resultados principalmente, primero la transformación ocurrida en los jóvenes luego de la experiencia de la capacitación por un lado y por otro mi propia transformación al encontrarme al frente y como responsable del grupo considerando todos los obstáculos que se presentaron para poder llegar hasta el final del curso.

El total de 35 sesiones de trabajo revela el entusiasmo con que los integrantes del grupo se fueron acoplando y participando de cada una de las temáticas, como se ha visto una nutrida participación a través de los testimonios reunidos en este trabajo, se ha hecho evidente que en varios de los integrantes se presentaban más de uno de los ítems reportados en el curso, es decir vivían al mismo tiempo experiencias de pobreza y bullying o de pobreza y los efectos de

las prácticas de alcoholización, quedando de lado por ejemplo la importancia de los aspectos de salud bucodental, sin embargo se fueron entremezclando de tal forma que se abarcaran los temas más importantes también los de orden sistémico como es hablar de hipertensión y de diabetes.

La transformación de los integrantes del grupo con respecto a la comprensión y aprendizajes sobre la construcción de su identidad y la relación de esta con su realidad y por ende con sus procesos de salud-enfermedad-atención, ha puesto de manifiesto el esmero y la calidad con que se ha desarrollado tanto el trabajo de campo, como el programa de intervención, como lo muestran la nutrida presencia de testimonios para cada una de las temáticas abordadas.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones se dirigen a evidenciar el entusiasmo que mostraron los integrantes del grupo de promotores en las 35 sesiones de trabajo, mismas que también fueron expuestas en el encuentro Anual de promotores que se desarrolló en el auditorio de la FES Zaragoza en conjunto con los trabajos de otros cuatro compañeros de grupo, en junio del año 2017.

La oportunidad de venir a nuestra FES a presentar su trabajo realizado le dio un gran realce al evento, nunca se imaginaron que vendrían a recibir sus diplomas como integrantes del grupo de promotores voluntarios de salud, con logo y lema universitario, mostraron un gran compromiso para la exposición de su trabajo y desde luego se fueron con su diploma por todo lo alto.

La sensación que me queda después de todos estos meses de trabajo tanto en el desarrollo del curso como en el desarrollo de este manuscrito es de gran satisfacción después de ver los logros que alcanzaron a pesar de sus diferencias de origen, de estrato socioeconómico y de escolaridad todos lograron cambios radicales en sus vidas y lo mejor aún es que se convirtieron como nos proponemos en el módulo, en líderes de otros grupos cercanos a su gente y familia, se convirtieron en portavoces de la salud bucal y de la salud integral de cada grupo.

El escenario del internado también operó importantes cambios luego de identificarse los factores de riesgo encontrados en el manejo de los alimentos y la cocina, de alguna manera han sido importantes las revisiones que se realizaron a las instalaciones luego del desarrollo del curso de promotores voluntarios de salud.

La oportunidad que he tenido durante mi formación como Especialista en Estomatología en Atención Primaria ha transformado mi vida de tal manera que mi propio ejercicio profesional ha dado un giro de 360 grados, he podido además transformar mi discurso en salud con todos los argumentos que he aprendido en este posgrado, no me queda más que agradecer a cada uno de mis profesores por los apoyos recibidos durante esta etapa de mi vida académica.



## Bibliografía

- 1 Rev. Salesianos Antillas. Inspectoría Salesiana 2016
- 2.- La Interculturalidad, la Medicina Tradicional y los Trabajadores de la Salud. Campos Navarro, 2004. Pág. 3
- 3.- Proyecto “El tiempo de la sobada. Prácticas y saberes del parto en Yucatán”. Una Experiencia de Co-construcción y Co-Labor de la Academia y la población. Oyarce E Ibacache, 1996.Pág. 3572.
- 4.- Monografía Tláhuac, Gobierno Del Distrito Federal 1999.
- 5.- “Programa General de Ordenamiento Ecológico del D.F.”- Editado por La Secretaría del Medio Ambiente 2000.
- 6.- Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México Distrito Federal. (Hoy Ciudad de México)
- 7.- “Cultura y Tradición en los Pueblos de Tláhuac”.- de Carolina Trejo Maldonado y N. Argelia H. Celis.
- 8.- Monografía Tláhuac, Gobierno del Distrito Federal 1996.
- 9.- Resultados de La Evaluación Interna del Programa Social a Cargo de la Dirección General de Desarrollo Social en Tláhuac, Publicado en la Gaceta oficial del Distrito Federal 1279 Tomo III. 31 de Enero 2012. Pág. 3
- 10.- Boletín Salesiano de 1967 y protagonistas de la Historia Salesiana 1889-1991, Comisión de Historia y Salesianos en México del P. Francisco Castellanos.
- 11.- Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de Salud. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.
- 12.- ONU. (1995). *The Copenhagen Declaration And Programme Of Action* (Nueva York: Organización de las Naciones Unidas).
- 13.- Poblaciones Abiertas, Seguras y Privadas. E. Menéndez, ( INI 2000) 1994. Pág. 159
- 14.- OMS Maltrato infantil. 30 de Septiembre de 2016

- 15.- Maltrato Infantil. Dra. Imelda A. Rodríguez Ortiz. Febrero 2012
- 16.- Dr. Foncerrada Moreno Simposio Humanismo y Medicina, infancia y Sociedad.
- 17.- Menéndez Eduardo, Alcoholismo y Proceso de Alcoholización, la Construcción de una Propuesta Antropológica. 1991 Pág. 13
- 18.-Rossi G, Carbajal M, Bottrill A. la Previa: El Consumo de Alcohol entre Los Adolescentes. Guía para Padres y Educadores. Montevideo: Santillana, 2012
- 19.- Alcoholismo y Proceso De Alcoholización, La Construcción de una Propuesta Antropológica. E. Menéndez 2003.
- 20.- La Violencia Contra La Mujer: Un Acercamiento al Problema María de Montserrat Pérez Contreras \* Enero-Abril 2002 Nueva Serie Año XXXVI. SSN 0041 8633, No. 103. Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales UNAM
- 21.- Análisis Jurídico de La Violencia contra Las Mujeres. Guía de Argumentación para Operadores Jurídicos, 2a. Ed., España, Instituto Andaluz de La Mujer, 2004, Pág. 13
- 22.- Aguántese como Macho. De construyendo Estereotipos de Género Gaceta Fes Aragón, Octubre 1 Del 2008
23. Osorio Carranza Rosa María, Entender y Atender la Enfermedad. Los Saberes Maternos Frente a Los Padecimientos Infantiles. México, CIESAS, INI, 2001
- 24.- Campos Navarro Roberto. Legitimidad Social y Proceso de Legalización de la Medicina Indígena en América Latina. 1998
- 25.-OMS: Carta de Ottawa para La Promoción de la Salud – 1986
- 26.- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Julio 21-25, 1997 Yakarta, República de Indonesia.
- 27.- Pellegrini A, Almeida-Filho N, Trostle J. La investigación de la salud en América Latina y el Caribe: tendencias y desafíos. En: Sánchez D, Bazzani R, Gómez S, coord. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: Trilce; 1998.
- 28.- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

